

**ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»**

# **ПОЛЯКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ 2018**

**Методологические и прикладные проблемы  
медицинской (клинической) психологии  
(к 90-летию Ю.Ф. Полякова)**

*Материалы всероссийской научно-практической  
конференции с международным участием  
15-16 марта 2018 года*

Москва  
2018

УДК 159.9  
ББК 88.7  
П54

*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

**П54 Поляковские чтения-2018 (к 90-летию Ю.Ф.Полякова).**

Научно-практическое издание. Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием 15-16 марта 2018 г/под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. С.Н.Ениколопова. — М.: ООО «Сам Полиграфист», 2018. — 390 с.

ISBN 978-5-94051-148-9

Сборник сформирован по материалам всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Поляковские чтения (к 90-летию Ю.Ф. Полякова)», организованной ФГБОУ ВО МГППУ и ФГБНУ НЦПЗ, состоявшейся в марте 2018. Авторы, научные сотрудники, преподаватели, специалисты-практики, аспиранты и магистранты, рассматривают научно-практические методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Представлены ее основные разделы: пато- и нейропсихология, психосоматика, психология аномального развития, психология экспертной деятельности в судебно-правовых вопросах, сфере образования и в психологическом консультировании. Также обсуждаются вопросы профилактики различных отклонений психического здоровья и насущные задачи подготовки специалистов-клинических психологов.

Целевая аудитория издания - научные работники, преподаватели, аспиранты, магистры, студенты, обучающиеся психологии и клинической психологии, практические психологи, работающие в области здравоохранения, социальной защиты населения и в системе образования.

УДК 159.9  
ББК 88.7  
П54

**ISBN 978-5-94051-148-9**

© ФГБОУ ВО МГППУ  
© ФГБНУ НЦПЗ  
© Коллектив авторов

### **От редакции (вместо вступления)**

Прошло 5 лет с февраля 2013 года, когда состоялась первая Всероссийская научно-практическая конференция по медицинской психологии, посвященная профессору Ю.Ф.Полякову. Конференция 2013 года прошла успешно, привлекла внимание свыше двухсот авторов из Москвы, Санкт-Петербурга и других городов России и стран постсоветского пространства. В новом сборнике количество присланных материалов около 200, авторов более 250, география участников также широкая, включает разные регионы РФ, страны постсоветского пространства (Белоруссия, Украина, Молдавия, Казахстан, Узбекистан), другие страны (Болгария, Мексика). Среди авторов есть и профессора, и студенты. С учетом широкой направленности печатаемых материалов, мы представили публикации в алфавитном порядке по фамилии первого автора. Мы учли возможность размещения сборника в Интернете, все материалы снабжены ключевыми словами, а также переводом их (как и названия статей и мест работы авторов) на английский язык, язык международного научного общения. Конечно, все материалы прошли определенный отбор и правку, однако специалисты, объединенные целым спектром общих проблем современной медицинской (клинической) психологии, с ее практической и научной стороны, говорят от первого лица.

Материалы второй конференции по методологическим и прикладным аспектам клинической (медицинской) психологии, посвященной Юрию Федоровичу Полякову (1927-2002), открывают ставшие библиографической редкостью статьи самого Юрия Федоровича. Первая – из сборника трудов Института психиатрии АМН СССР (1982), вторая - это тезисы 18 международного психологического конгресса в Москве (1966), последнее особенно актуально в свете предстоящего в Москве в 2019 году 16 Европейского психологического конгресса, такая публикация подчеркивает естественную связь научных поколений в нашей стране. Содержательно в материалах имеется значительное количество эмпирических исследований в разных сферах современной клинической психологии, также отражен срез современных фундаментальных и прикладных исследований, методических подходов, широко освещены области приложения и вопросы образования (базового и дополнительного, повышения квалификации) в деятельности медицинских (клинических) психологов.

Сборник материалов выпускается к началу конференции. Его электронные версии будут представлены на сайтах МГППУ, ФГБНУ НЦПЗ, АДПП и ресурсах Медицинская психология в России и Psyjournals.

Издание сборника современных научно-практических исследований в области медицинской психологии - выражение глубокой благодарности редакторов своему учителю и старшему наставнику, замечательному отечественному психологу и организатору медицинской психологии и образования клинических психологов - Юрию Федоровичу Полякову, активно развивавшему научные и практические направления современной отечественной медицинской (клинической) психологии.

Выражаем признательность Татьяне Германовне Горячевой и ее Центру психодиагностики и психокоррекции за спонсорскую поддержку издания материалов конференции.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>От редакции</i>	3
<b>Ю.Ф. Поляков</b> Об использовании данных патопсихологии в изучении структуры познавательных процессов	22
<b>Ю.Ф. Поляков</b> Проблемы и перспективы экспериментально-психологических исследований шизофрении	22
<b>Соловьева Ю., Кинтанар Л.Р.</b> Место теории деятельности в детской нейропсихологии	34
<b>Абросимов И.Н.</b> Мотивационные особенности студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология» в свете новых образовательных стандартов	38
<b>Авиллов А.Ю., Бизюк А.П.</b> Гомосексуальность и фемининная идентичность при некоторых формах умственной отсталости у мужчин	40
<b>Агеенкова Е.К., Гребень Н.Ф., Ларионов П.М.</b> Жизненный сценарий больных артериальной гипертензией	42
<b>Агibalова Т.В., Рычкова О.В., Бузык О.Ж., Гуревич Г.Л.</b> Барьеры и возможности психотерапии пациентов с коморбидными психическими и наркологическими заболеваниями	43
<b>Адеева Т.Н., Тихонова И.В.</b> Варианты жизненных траекторий лиц с ОВЗ: специфика событийности и оценки	45
<b>Азорская М.П. Хромов А.И.</b> Особенности формирования навыков самообслуживания у детей с РАС	47
<b>Александрова Р.В.</b> Основные направления работы в профилактике нарушений пищевого поведения девочек-подростков	49
<b>Александрова О.В., Дерманова И.Б., Ткаченко А.Е., Кушнарёва И.В.</b> Отношение к будущему и восприятие ситуации родственниками детей, больных онкологией	50
<b>Алехин А.Н., Грекова А.А.</b> Проблемы диагностики нормы и патологии мышления во взаимосвязи с культурно-историческим контекстом	52
<b>Апушкина А.Ю.</b> Мотивация искажения информации со стороны пациента как фактор, влияющий на успешность лечения	54
<b>Архипова Е. Е.</b> Проактивное совладающее поведение и психоэмоциональный статус у пациентов с первичным эндопротезированием суставов	55
<b>Асафьева Н.В.</b> Проблема доверия в системе отношений женщин среднего возраста с невротическими нарушениями	57
<b>Атаджыкова Ю.А. Ениколопов С.Н.</b> Психологическое исследование феномена фершробен	59
<b>Бабарахимова С.Б.</b> Исследование интернет-зависимого поведения в подростковом возрасте	60
<b>Бак Е.М., Лопатина М.Ю., Рязова Е.С., Пуговкина О.Д.,</b> Когнитивные факторы эмоционального благополучия и удовлетворенности жизнью в студенческой популяции	62
<b>Балакирева Е.Е., Воронова С.С., Зверева Н.В., Зефирова А.Д.</b> Об эмоциональном восприятии стимулов разной модальности девушками с нарушениями пищевого поведения	64
<b>Балаишова Е.Ю.</b> Методологические аспекты клинко-психологического исследования репрезентаций пространства и времени при старении	65

<i>Балашова М.В., Плужников И.В., Рунчев Г.Е., Дорохов Е.А.</i> , Первичная апробация диагностического комплекса нейропсихологических методик для изучения особенностей аффективного познания	67
<i>Барсукова О.В., Щербакова А.М.</i> , Формирование представлений об окружающей действительности у детей дошкольного возраста	68
<i>Баулина М.Е.</i> Две линии в сопровождении детей после кохлеарной имплантации: нейропсихологический анализ	70
<i>Беляева С. И.</i> Коррекционный ресурс техники совместного рисования	72
<i>Блинова С.В., Блинов Г.А.</i> Особенности диагностики, терапии и медицинской реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью, сформированной на фоне нарциссических черт личности	74
<i>Блюм А.И.</i> Взаимосвязь индивидуально – личностных особенностей женщин и характера родовой деятельности	75
<i>Боброва Е.С., Тихонова Е.В.</i> Семья как фактор отношения подростков к девиантному поведению	77
<i>Бобровникова А.С., Тарасова С.Ю., Бродников А.Ю.</i> Роль психотравмирующих факторов в генезе шизофрении	78
<i>Бобылева И.А., Русаковская О.А., Заводилкина О.В.</i> «Шкала самостоятельной жизни» как метод оценки эффективности учебного сопровождаемого проживания детей-сирот, страдающих умеренной и тяжелой умственной отсталостью	81
<i>Бойко О.М.</i> Принципы подбора упражнений для поддерживающей групповой работы с людьми, страдающими психическими заболеваниями с когнитивным и/или эмоциональным дефектом	83
<i>Большакова С.П., Ениколопова Е.В.</i> Регуляторные функции и приверженность медикаментозному лечению	84
<i>Бочаров В.В., Шишкова А.М., Ипатов К.А.</i> Взаимосвязь параметров самооценки с показателями «эмоционального выгорания» у родственников больных с аддиктивными расстройствами	86
<i>Будыка Е.В., Качан А.Б., Прошкина Е.Н.</i> Нейропсихология индивидуальных различий в практике комплексного сопровождения спортивной деятельности	88
<i>Бузина Т.С.</i> Ценностно-смысловые компоненты личности при зависимости от психоактивных веществ	89
<i>Букин А.М.</i> Анализ исследований активности головного мозга у пациентов с вербальными галлюцинациями при шизофрении	91
<i>Бурдукова Ю.А., Алексеева О.С., Щеглова А.В., Чижова В.А.</i> Зрительное распознавание у детей, имеющих нейроонкологическое заболевание в анамнезе различной локализации	92
<i>Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И.</i> Методология патопсихологии в контексте современных задач реабилитации в медицине	94
<i>Василенко Т.Д., Селина И.А.</i> Базовые потребности личности в ситуации панического расстройства	96
<i>Васина А.Н.</i> Подходы к доказательству наличия психологических факторов возникновения соматических заболеваний (на примере лактационных маститов)	98
<i>Вешикова М. И.</i> Оценка социальных угроз подростками в норме и при расстройствах шизофренического спектра	99

<b>Вигасина К.Д., Кроткова О.А., Каверина М.Ю., Данилов Г.В.</b> Методика регистрации движений глаз для исследования гностических дефектов при экологически валидном движении стимулов	101
<b>Власенкова И.Н.</b> Тактильные ассоциации детей младшего школьного возраста в норме и с задержкой психического развития	103
<b>Воликова С.В., Тюликова А.А.</b> Нарушения детско-родительских отношений как фактор школьного буллинга	104
<b>Волкова К.А., Рощина И.Ф.</b> Диагностика двигательной сферы младших школьников с помощью методики Озерецкого-Гельница	106
<b>Гавердовская П.Ю., Зверева Н.В.</b> Проблема созависимости через призму Theory of Mind: поиск общего видения	108
<b>Галасюк И.Н., Шинина Т.В., Морозова И.Г., Пасечник О.Н.</b> Диагностика детско-родительского взаимодействия в клинической практике с применением компьютерной программы «The Observer XT»	109
<b>Галасюк И.Н.</b> Пространство супервизии для студентов-клинических психологов: от наставничества к коллегиальности	112
<b>Гараян Н.Г., Клыкова А.Ю., Полякова Ю. М., Сорокова М.Г.</b> Интерперсональные аспекты перфекционизма	115
<b>Гараян Н.Г.</b> Перфекционизм как фактор хронификации психических расстройств	117
<b>Георгиева З. К.</b> Психологические защиты у онкологических больных в зрелом возрасте	118
<b>Гераськин А. А., Богданов М. А., Орлов И. Ю.</b> Оценка эффективности совместной психолого-логопедической работы в комплексном подходе лечения заикания	121
<b>Горбачевская Н.Л., Мамохина У.А., Вершинина Н.В, Переверзева Д.С., Кобзова М.П., Сорокин А.Б.</b> Сравнительное ЭЭГ-картирование у детей с расстройствами в спектре аутизма как инструмент оценки нарушения функционирования центральной нервной системы	122
<b>Городнова М.Ю., Коломиец И.Л.</b> Применение ко-супервизии в повышении квалификации медицинских (клинических) психологов	124
<b>Горохов К. В., Корнилова О. А.</b> К вопросу оказания психологической помощи лицам, затронутым эпидемией ВИЧ	125
<b>Горьковая И.А., Микляева А.В.</b> Копинг-стратегии подростков с нарушениями зрения: гендерный аспект	127
<b>Горячева Т.Г.</b> Привлечение родителей к работе с детьми, имеющими нарушения в развитии при проведении сенсомоторной коррекции	129
<b>Грекова Е.Н.</b> Темпераментальные особенности как прогностический фактор возникновения психосоматических и невротических расстройств у младших подростков в условиях Крайнего Севера	131
<b>Григорьева Н.К., Алько Т.Н., Ждан М.В., Лапыш О.М</b> Реабилитационная работа с родителями детей дошкольного возраста с речевым и умственным недоразвитием	133
<b>Гроицкая А.А.</b> Ретроспективный анализ факторов, провоцирующих делинквентное поведение у подростков	135
<b>Гуткевич Е.В.</b> Особенности адаптации молодой семьи в системе жизненных ценностей	137

<i>Давтян Е.Н., Давтян С.Э.</i> Феномен реметафоризации при депрессиях	139
<i>Давыдова Е.Ю., Борисов Д.Д.</i> Исследование показателей слухоречевой и зрительной памяти младших школьников с РАС	141
<i>Данилина К.К., Тюшкевич С.А., Салимова К.Р., Горбачевская Н.Л.</i> Применение стандартизированных психологических методов в диагностике детей с РАС	142
<i>Дейнекина А.С.</i> Сравнительный анализ патопсихологических диагностических особенностей транссексуализма и псевдотранссексуализма	144
<i>Добряков И.В.</i> Перинатальная утрата как острое стрессовое расстройство (психологическая помощь)	145
<i>Долныкова А.А.</i> Стигматизации психически больных в западной и отечественной психологии	147
<i>Допищенко О.Г., Коблик Е.Г., Садовникова Т.А., Сотникова Ю.А.</i> Участие в государственной итоговой аттестации обучающихся с особыми образовательными потребностями, в том числе с психическими расстройствами	148
<i>Дунайкин М.Л., Брин И.Л.</i> Латеральные нейropsychологические синдромы перинатального генеза: психофизиологические основания, клиническая картина, возрастная динамика, варианты нервно-психического дизонтогенеза	150
<i>Ермашова В.В., Каримулина Е.Г., Зверева Н.В.</i> Особенности выбора стратегии мышления при психической патологии в детском возрасте	152
<i>Есейкина Л. И. Плужников И. В. Дадашев Р.Х. Вандыш-Бубко В.В.</i> Нарушения произвольной регуляции психической деятельности у лиц с органическим расстройством личности, привлеченных к уголовной ответственности: нейropsychологическое исследование	153
<i>Есенкова Н.Ю.</i> Совладающее поведение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших кардиохирургическую операцию	155
<i>Жигзу Е.И.</i> О защитных механизмах и психологической зрелости личности	157
<i>Жукова Н.В. Айсмонтас Б.Б.</i> Влияния низкого социально-экономического статуса семьи на психическое здоровье детей	158
<i>Завгородняя И.В.</i> Мотивы рождения ребенка как фактор отношения к беременности у женщин	162
<i>Зверева М.В.</i> Кинематограф и психологическая наука: контексты применения в психосоциальной реабилитационной работе	164
<i>Зверева Н.В., Балакирева Е.Е., Пятницкая Л.Н., Зверева М.В.</i> Опыт совместного клиничко-психологического консультирования детей и подростков психиатрами и клиническими психологами	166
<i>Зверева Н.В., Зверева М.В., Воронова С.С., Гот К.</i> Опыт перевода и адаптации на русский язык опросника AIDA (расстройства идентичности личности у подростков)	168
<i>Иванова П.О., Иванова Е.М.</i> Восприятие дружелюбного и агрессивного юмора и смеха и страх насмешки у больных шизофренией	170
<i>Иосифян М.А.</i> Современные направления изучения социальной мотивации и модели психического при расстройствах аутистического спектра	171
<i>Исупова Е.О.</i> Опыт применения арт-терапии в психиатрической больнице	174
<i>Калашишникова А.С.</i> К вопросу о преимуществах метода психологического ретроспективного анализа текстов	175

<i>Каримулина Е.Г., Соловьева Е.А.</i> К исследованию различных компонентов двигательной памяти у дошкольников и младших школьников	177
<i>Клиппина Н.В., Ениколопов С.Н.</i> Изучение психологических факторов некомплаентного поведения родителей детей, проходящих лечение от жизнеугрожающих заболеваний: задачи клинического психолога	179
<i>Кобзова М. П.</i> Исследование особенностей мышления в современной выборке испытуемых с помощью методики «Малая предметная классификация»	181
<i>Коблик Е.Г., Садовникова Т.А., Сотникова Ю.А.</i> К вопросу о специальных условиях для получения образования детей с ОВЗ и инвалидностью, в том числе с психическими расстройствами	182
<i>Кожикова С.В., Сергиенко А.А.</i> Особенности диссоциативных феноменов при наличии и отсутствии признаков посттравматического стресса у молодых людей в возрасте 18-22 лет	185
<i>Комолов Д.А.</i> Особенности стилей родительского воспитания у детей с различными группами здоровья	187
<i>Коргожа М.А.</i> Динамика фобических проявлений у женщин в послеродовом периоде	189
<i>Кремнева Л.Ф., Козловская Г.В.</i> Психобиосоциальная система «мать-дитя» и психопатология раннего детского возраста	191
<i>Кривошеева М.А.</i> Особенности самооценки матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра	192
<i>Кузнецова С.О.</i> Исследование роли враждебности в этиопатогенезе шизофрении	194
<i>Кулемзина Т.В.</i> Врачебная деятельность, боевой стресс и психосоматическая реабилитация	195
<i>Куликова О.С.</i> Взаимосвязь когнитивного стиля, защитного и совладающего со стрессом поведения при параноидной шизофрении	197
<i>Кулыгина М.А.</i> О значении нововведений МКБ-11 для медицинской психологии	198
<i>Куртанова Ю.Е., Тихомирова К.А.</i> Особенности коммуникативной сферы подростков с хронической почечной недостаточностью	200
<i>Куфтяк Е.В., Долгова (Реунова) А.А., Осипова Ю.С., Рысина А.А.</i> Механизмы психологической защиты, копинг-поведение и функциональное состояние младших школьников	202
<i>Лантинцова К.В.</i> Особенности эмоционально-волевой сферы у пациентов мужского пола с острым нарушением мозгового кровообращения в раннем реабилитационном периоде	204
<i>Лантеева А.В.</i> Возрастные особенности представлений о дружбе и друге у детей с интеллектуальной недостаточностью	205
<i>Латышева Е.В.</i> Особенности внимания у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития	207
<i>Левковская О.Б., Парлашкевич А.О.</i> Интернет-проект psyneeta.ru – в помощь специалистам сферы психического здоровья детей и подростков	208
<i>Любавская А.А. Иванова Е.М.</i> Гелотофобия при депрессивном синдроме	210
<i>Макаренко С.Л.</i> Системность и многопрофильность деятельности медицинских психологов в психиатрической больнице	211



<i>Малютина А.А., Виноградова М.Г.</i> Категоризация телесных ощущений при синдромах импульсивных и компульсивных экскораций	212
<i>Мамохина У.А. Сорокин А.Б.</i> Обследование детей, пользующихся беглой речью, при помощи Плана диагностического обследования при аутизме “ADOS-2”	214
<i>Мандрусова Э.С., Дьяченко А.С.</i> О качестве подготовки клинических психологов	215
<i>Марголина И.А., Платонова Н.В., Козловская Г.В.</i> Депривационный парааутизм: психопатологические проявления и реабилитация	218
<i>Медведева Т.И., Олейчик И.В.</i> Оценка психических функций в динамике при аугментации ПФТ депрессии методом ТМС	219
<i>Мелёхин А.И.</i> Специфика социо-эмоциональной селективности в пожилом и старческом возрасте	220
<i>Меньшикова Н.Д., Горячева Т.Г.</i> Сенсомоторная коррекция как способ развития произвольной регуляции и контроля у детей с особенностями речевого развития	223
<i>Мерзлякова Д.Р.</i> Особенности депрессии у педагогов с разным уровнем профессионального выгорания	224
<i>Мешкова Н.В.</i> К вопросу о взаимодействии враждебности, креативности и ценностей	225
<i>Миняйчева М.В., Мовина Л.Г., Папсуев О.О.</i> Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией	227
<i>Москачова М.А., Холмогорова А.Б.</i> Применение IT-технологий в практике помощи больным с тяжелыми психическими расстройствами	228
<i>Назарова И.А., Аболонин А.Ф.</i> Особенности идентичности аддиктивно-криминальных подростков	230
<i>Нелюбина А.С.</i> Телесный опыт болезни пациента и представление о нем у врача	232
<i>Образцова В.С., Пичугина И.М., Иванова Е.М.</i> Индивидуально-личностные особенности пациента как фактор реабилитационного потенциала	234
<i>Одинцова М.А., Радчинова Н.П.</i> Самоактивация как один из адаптационных личностных ресурсов студентов в инклюзивной образовательной среде вуза	236
<i>Парфенов Е.А., Плужников И.В.</i> К проблеме психологических механизмов нарушений восприятия при расстройствах шизофренического спектра (на модели тактильного гнозиса)	237
<i>Переправина Ю.О.</i> Анализ понятия «принятие решения» в структуре психологической судебно-экспертной оценки сделкоспособности	239
<i>Петрова А.И.</i> Динамика личностного смысла профессии у клинических психологов в процессе обучения в ВУЗе	240
<i>Пискарева Т.К., Ениколопов С.Н.</i> Нарушения гендерной идентичности при эндогенной психической патологии	242
<i>Пичугина М. Н., Горбачевская Н.Л.</i> Психофизиологический подход к оценке адаптации к процессу обучения у детей с расстройствами аутистического спектра	243
<i>Полякова И.В.</i> Последствия злоупотребления алкоголем: психоэмоциональное состояние	245
<i>Попова Н.В.</i> Методы исследования суицидального поведения подростков	247

<i>Посохова С.Т., Колпакова А.Е.</i> Исследование психологических особенностей семейной информационной среды	249
<i>Прохорова В.С.</i> Развитие навыков преодоления негативных ситуаций у подростков с ограниченными возможностями здоровья	251
<i>Пуговкина О.Д.</i> Когнитивные нарушения как мишени психотерапии хронических депрессивных расстройств	253
<i>Пуговкина О.Д., Романова Е.С.</i> Склонность к глобализированным суждениям в описании опыта отношений и эмоциональная дезадаптация у подростков	255
<i>Пушина В.В.</i> Влияние минимальной мозговой дисфункции на формирование зависимости от алкоголя и наркотических веществ	256
<i>Пятницкий Н.Ю.</i> Конституциональная концепция Е. Kretschmer и экспериментально-психологические исследования	258
<i>Разорина Л.М., Разорина Д.Н.</i> Задачи исследования психологического благополучия и здоровья молодежи	261
<i>Рогачева Т.В.</i> Результативность реабилитационного процесса: к постановке проблемы	262
<i>Рощина И.Ф.</i> Психологическое сопровождение пациентов с мнестико-интеллектуальным снижением в позднем возрасте: особенности тренинга когнитивной сферы	264
<i>Русаковская О.А.</i> Исчерпывается ли ограниченная дееспособность проспективной несделкоспособностью?	266
<i>Русаковская О.А., Андрианова С.А., Журавлева Е.В., Ныrkова А.А., Корнева А.А.</i> Особенности родительского отношения матерей, страдающих параноидной шизофренией	268
<i>Русина Н.А.</i> К вопросу о подготовке и переподготовке клинических психологов	270
<i>Русина Н.А., Абдулганиева С.А.</i> Уровень семейной тревожности как фактор психотравмирующей ситуации при гематологических заболеваниях у детей	272
<i>Русина Н.А., Оленчук А.Б., Усубова З.Р.</i> Психологические особенности пациентов с болезнями соединительной ткани	273
<i>Рыжов А.Л.</i> Перспективы техники репертуарных решеток в патопсихологии	275
<i>Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.</i> Экспериментально-психологическая методика диагностики социальной тревоги «Социальные ситуации оценивания»	277
<i>Саковская В.Г., Иванова Н.В.</i> Психологическое содержание юмора у подростков с умственной отсталостью	279
<i>Саковская В.Г., Жаркова Л.Г., Подколзина Л.Г.</i> Эмоциональные состояния учащихся с отклоняющимся поведением	281
<i>Самищенко С.С.</i> О корреляции дактилоскопической формулы человека и его девиантного поведения	283
<i>Самойлова В.М., Дементей Н.В.</i> Особенности реализации социально-бытовых навыков у старших дошкольников с РАС	285
<i>Седова Е.О.</i> Влияние особенностей семейного воспитания на становление произвольной саморегуляции у младших школьников	287
<i>Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.</i> Клинико-психологическая оценка психической деятельности у родственников 1-ой степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера	289

<i>Селин А.В., Мангушев Ф.Ю.</i> Телесные ощущения при сердечно-сосудистых заболеваниях, как фактор направленности процесса адаптации личности в ситуации соматического заболевания	290
<i>Серавкина М.С.</i> Особенности отношения к врачу дошкольников с аллергическими заболеваниями	292
<i>Сергиенко А.А., Хромов А.И.</i> Анализ нейрокогнитивного дефицита у детей и подростков с психическими расстройствами на основе кластеризации данных нейropsychологического исследования	293
<i>Серебрякова Д.С., Плужников И.В.</i> Структурные характеристики когнитивной, интрацептивной и аффективной сферы у лиц, зависимых от современных синтетических психоактивных веществ	296
<i>Силаева А.В.</i> Ограничения мультидисциплинарных исследований здоровья и психического развития детей, рожденных с помощью экстракорпорального оплодотворения	298
<i>Симашикова Н.В., Коваль-Зайцев А.А.</i> Мультидисциплинарные аспекты изучения психотических форм расстройств аутистического спектра у детей	300
<i>Симон Ю.А., Бизюк А.П., Исаева Е.Р., Шошина И.И., Мухитова Ю.В.</i> Особенности восприятия (зрительного гнозиса) и мышления у пациентов с шизотипическим расстройством	302
<i>Слепович Е.С., Поляков А.М.</i> Проблема определения нормального и аномального развития в культурно-исторической психологии	304
<i>Слоневский Ю.А.</i> Религиозная проблематика в клинике эндогенных расстройств, как фактор выбора форм, содержания и формата работы психолога.	306
<i>Снегирева Т.В.</i> Переживания ревности и эмоциональное неблагополучие юношеского возраста	309
<i>Соловьева Е.В.</i> О психологическом сопровождении пациентов репродуктивных клиник при лечении бесплодия	310
<i>Соловьева И.Г., Рожнова О.М., Авдонина О.Г., Сарычева Ю.В.</i> Изучение потребности в профессиональной психологической помощи в амбулаторном звене здравоохранения	312
<i>Солондаев В.К.</i> Корреляты привязанности к матери у дошкольников и младших школьников	314
<i>Стоянова И.Я., Брель Е.Ю.</i> Характеристики алекситимии в контексте психического здоровья в подростковом и юношеском возрасте	315
<i>Строгова С.Е.</i> Сопоставление параметров оценки психометрических и патопсихологических данных при шизофрении у детей и подростков	318
<i>Султанова А.С., Иванова И.А.</i> Роль клинической психологии в развитии инклюзивного и «параинклюзивного» образования	319
<i>Таккуева Е.В., Холмогорова А.Б., Палин А.В.</i> Консолидация достижений организационной и клинической психологии в реабилитации больных шизофренией	321
<i>Таусинова О.К.</i> Теоретический анализ проблемы классификации и индикаторов домашнего насилия	323
<i>Темиргалиева М.М., Комаров А.А.</i> Основные трудности, возникающие при работе с зависимыми от ПАВ в условиях наркологического стационара	324

<i>Теперик Р.Ф.</i> Особенности эмоциональной сферы у профессиональных и патологических игроков	326
<i>Труфанова О.К.</i> Сравнительный анализ индивидуально-личностных особенностей лиц с игровой и наркотической зависимостями	327
<i>Трушкина С.В.</i> Клинико-психологические аспекты диагностики нарушений психического здоровья у детей первых лет жизни по «DC:0-5»	329
<i>Туровская Н.Г.</i> Агенезия мозолистого тела и нарушение когнитивных функций в детском возрасте. Анализ клинического случая	331
<i>Тюшкевич С.А., Мамохина У.А., Данилина К.К., Переверзева Д.С., Салимова К.Р., Горбачевская Н.Л.</i> Результаты скрининга разных групп детей с нарушением развития на наличие синдрома Мартина-Белл	333
<i>Уварова О.Н.</i> Ценностно-смысловая сфера у лиц зрелого возраста с небезопасным типом привязанности	335
<i>Узлов Н.Д.</i> Отношение к отцовству мужчин с наркотической зависимостью	336
<i>Уласень Т.В.</i> «Клинико-психологические портреты» воспитанников социозащитных учреждений	338
<i>Усманова Е.Б., Щелкова О.Ю.</i> Влияние личностных профилей на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей	340
<i>Фанталова Е.Б.</i> Рисуночные методики как вариант психодиагностики и психокоррекции в клинико-психологической практике	342
<i>Федотова С.А.</i> Стратегии социально-психологической адаптации подростков	344
<i>Хазова С.А., Попова М.С.</i> Личностные детерминанты защитно-совладающего поведения у взрослых с визуальными ограничениями	346
<i>Харисова Р.Р.</i> Аффективно-когнитивная специфика механизмов бредаобразования	348
<i>Царева Т.О.</i> Опыт коррекционной работы с опорой на формирование произвольной регуляции психической деятельности дошкольников с задержанным темпом психического развития	349
<i>Царенко Д.М., Юдеева Т.Ю., Довженко Т.В.</i> Нарушение способности к ментализации у больных биполярным аффективным расстройством	352
<i>Цехмейструк Е.А.</i> Использование БОС-тренинга на этапе санаторно-курортного восстановления у детей-спортсменов в разные периоды тренировочного цикла	353
<i>Чебакова Ю.В., Паришук А.Ю.</i> Влияние условий социального контекста на общение у больных шизофренией	355
<i>Чепелюк А.А., Виноградова М.Г.</i> Выполнение зрительно-перцептивных задач больными с тревожными расстройствами, коморбидными ананкастному расстройству личности	356
<i>Черенева Е.А., Гуткевич Е.В.</i> Структурно-функциональная модель организации произвольного поведения у детей в норме и с нарушениями интеллектуального развития	358
<i>Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э.</i> Сочувствие к себе как важный антисуицидальный фактор	360
<i>Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Вагайцева М.В.</i> Подготовка клинических психологов для работы в области онкопсихологии	362
<i>Шайгерова Л.А., Шилко Р.С., Долгих А.Г.</i> Этнокультурная обусловленность психического здоровья и психологического благополучия	364

<b>Шалина О.С.</b> Нейропсихологический статус подростков с сахарным диабетом 1-го типа	365
<b>Шамансурова К.Э.</b> Преимущества использования качественной схемы исследования в онкопсихологии	367
<b>Шапиро У.И., Луковцева З.В., Васильченко А.С.</b> Опыт уровневого анализа аффективной регуляции у больных шизофренией в парадигме психологии переживания	368
<b>Шаринова Ф.К., Сулейманов Ш.Р.</b> Особенности эмоциональных расстройств у подростков при нервной анорексии	370
<b>Шведовский Е.Ф.</b> Клинические факторы и особенности речи у пациентов с шизофренией подросткового возраста	372
<b>Шеховцова Е.С.</b> Особенности принятия решения и саморегуляции у лиц с расстройствами шизофренического спектра, совершивших общественно опасные действия	373
<b>Шинина Т.В.</b> Супервизия: вектор повышения практической готовности будущих клинических психологов к работе в социальной сфере	375
<b>Шипкова К.М.</b> Возможности музыки в восстановлении речевой коммуникации при афазии	377
<b>Шипова Н.С.</b> Копинг-поведение взрослых с ОВЗ: стратегии и ресурсы	378
<b>Ширяева И.Н., Козловская Л.Т., Арефьева-Ладыко А.В., Багадаева А.О., Нурсултанов М.К.</b> Опыт применения метода канистерапии в остром периоде восстановления больных, перенесших острую недостаточность мозгового кровоснабжения	380
<b>Щелкова О.Ю., Круглова Н.Е.</b> К разработке биопсихосоциальной модели прогноза при кардиохирургическом вмешательстве	383
<b>Яковлева Н.В., Кутьирева Я.С., Романова О.В.</b> Пилотажное исследование эффективности программы «Острова» по развитию эмоционального интеллекта у детей с нарушениями развития	385
<b>Яковлева Н.В., Яковлев В.В.</b> Исследование психологической готовности инвалидов к трудовой деятельности	387

**POLYAKOV READINGS**  
**Methodological and Applied Problems of Medical (Clinical) Psychology**  
**(to the 90th anniversary of Yu.F. Polyakov)**

<i>Editorial</i>	3
<i>Y.F. Polyakov</i> The use of pathopsychological data in the investigation of the structure of cognitive processes	22
<i>Y.F. Poliakov</i> Problems and perspectives of the experimental psychological investigations of schizophrenia	22
<i>Solovieva Yu., Quintanary L.</i> Place of activity theory conceptus in child neuropsychology	34
<i>Abrosimov I.N.</i> Motivational characteristics of students studying in the specialty "Clinical Psychology" in the light of new educational standards.	38
<i>Avilova. Biziuk A.P.</i> Homosexual behavior and gender identity in some forms of mental retardation in men	40
<i>Ageyenkova E.K., Greben N.F. Larionov P.M.</i> The life scripts of patients with arterial hypertension	42
<i>Agibalova T.V., Rychkova O.V., Buzik O.G, Gurevich G.L.</i> Barriers and opportunities for psychotherapy of patients with comorbid psychiatric and narcological diseases	44
<i>Adeeva T.N., Tikhonova I.V.</i> Variants of life trajectories of people with disabilities: the specificity of events and assessments	46
<i>Azorskaya M.P., Khromov A. I.</i> Features of formation of self-service skills for children with autistic spectrum	48
<i>Alexandrova R.V.</i> The main areas in the prevention effort of eating disorders of adolescent girls	49
<i>Alexandrova O.V., Dermanova I.B., Tkachenko A. E., Kushnareva I.V.</i> Relation to the future and the perception of the situation by relatives of children with cancer	51
<i>Alekhin A.N. Grekova A.A.</i> Problems of diagnosis of the norm and pathology of thinking in connection with the cultural and historical context	52
<i>Apushkina A.Y.</i> Motivation distortion information from the patient as a factor affecting the success of treatment	54
<i>Arkhipova E.E.</i> Proactive coping behavior and psychoemotional status of patients after primary replacement arthroplasty	55
<i>Asafyeva N.V.</i> Trust issues in the system of relationships of middle-aged women with neurotic disorders	57
<i>Atadzhykova J.A., Enikolopov S.N.</i> Psychological study of the Verschroben phenomenon	59
<i>Babrahimova S.B.</i> Reaserch of internet-addiction behaviour in puberty period	61
<i>Bak E.M., Lopatina M.Yu. Riayzova E.S., Pugovkina O.D.</i> Cognitive factors of emotional well-being and satisfaction with life in the student population	63
<i>Balakireva E.E., Voronova S.S, Zvereva N.V., Zefirova A.D</i> On the emotional perception of stimuli of different modality by girls with eating disorders	64
<i>Balashova E.Yu.</i> Methodological aspects of clinical psychological research of space and time representations in old age.	66
<i>Balashova M.V., Pluzhnikov I.V., Rupchev G.E., Dorokhov E.A.</i> Primary adaptation of a diagnostic complex of neuropsychological tests for studying the features of affective cognition	68
<i>Barsukova O.V., Shcherbakova A.M.</i> Formation of representations about surrounding reality at children of preschool age	69
<i>Baulina M.E.</i> Two ways of children support after cochlear implantation: a neuropsychological analysis	71
<i>Belyaeva S.I.</i> Correctional resource of the technology of joint drawing	72

<b>Blinova S.V., Blinov G.A.</b> The features of diagnostics therapy and medical rehabilitation in patients with alcohol addiction formed against the backdrop of narcissistic traits.	74
<b>Blum A.I.</b> Interrelation of individual - personal characteristics of women and the nature of labor	76
<b>Bobrova E.S., Tikhonova E.V.</b> Family as a factor in the attitude of adolescents to deviant behavior	77
<b>Bobrovnikova A.S., Tarasova S.Yu., Brodnikov A.Yu.</b> The role of psychotraumatic factors in the genesis of schizophrenia	79
<b>Bobyleva I.A., Rusakovskaya O.A., Zavodilkina O.V.</b> Adapted Independent Living Scale as method to assess benefits of severe mental retarded orphans' assisted living	81
<b>Boyko O.M.</b> Principles of choosing exercises for supporting group work with people suffering from mental illness with a cognitive and/or emotional defect	83
<b>Bolshakova S.P. Enikolopova E.V.</b> Executive functions and medical compliance	85
<b>Bocharov V.V., Shishkova A.M., Ipatova K.A.</b> Interrelation of self-esteem and "emotional burnout" in relatives of patients' with addictive disorders	87
<b>Budyka E.V., Kachan A.B., Proshkina E.N.</b> Neuropsychology of individual differences in the practice of complex support of sports	88
<b>Buzina T.S.</b> Values end meaning of life of personality with Substance Dependence	90
<b>Bukinich A.M.</b> Meta-analysis of brain activity studies in patients with verbal hallucinations in schizophrenia	91
<b>Burdukova Y.A., Alekseeva O.S., Chizhova V.A. Shcheglova A.V.</b> Visual recognition in children with brain tumor of different localization	93
<b>Burlakova N.S. Oleshkevich V.I.</b> Methodology of pathopsychology in the context of contemporary rehabilitation challenges in medical science	94
<b>Vasilenko T.D., Selina I.A.</b> Basic needs of the personality in the situation of panic disorder	96
<b>Vasina A.N.</b> Approaches to the proof of existence of psychological factors of developing of somatic diseases (for example, lactation mastitis)	98
<b>Veshchikova M.I.</b> Estimation of social hazards in healthy adolescents and adolescents with schizophrenia spectrum disorders	100
<b>Vigasina K.D., Krotkova O.A., Kaverina M.U., Danilov G.V.</b> Eye-tracking for study of gnostic defects while viewing ecologically valid stimuli	101
<b>Vlasenkova I.N.</b> Tactile associations of young schoolchildren in sanity and with developmental delay	103
<b>Volikova S.V., Tyulikova A.A.</b> Violations of parent-child relationships as a factor in school bullying	105
<b>Volkova K.A., Roshchina I.F.</b> Diagnosis of the motor sphere of younger schoolchildren with the help of the Ozersky-Gelnits's technique (method)	106
<b>Gaverdovskaya P. Y.Zvereva N.V.</b> Codependency issue through the Theory of Mind lenses: looking for a common vision	108
<b>Galasyuk I.N. Shinina T.V. Morozova I.G. Pasechnik O.N.</b> Modern potential of diagnostics of child-parent interaction in clinical practice with application of the program «The Observer XT»	110
<b>Galasyuk I.N.</b> Supervision space for students-clinical psychologists: from mentoring to collegiality	112
<b>Garanian N.G., Klykova A.J., Polyakova J.M., Sorokova M.G.</b> Interpersonal aspects of perfectionism	115
<b>Garanian N.G.</b> Perfectionism as a factor of chronic mental illness	117
<b>Georgieva Z.K.</b> Psychological protection from onkologiczna ballroom in adulthood	119
<b>Geraskin A.A., Bogdanov M.A., Orlov I.Y.</b> Assessment of the collaborative psychological and logopedic approach for treatment of stammering.	121
<b>Gorbachevskaya N.L., Mamokhina U.A., Vershinina N.V., Pereverzeva D.S.,</b>	123

<b>Kobzova M.P., Sorokin A.B.</b> Comparative EEG-mapping in children with autism spectrum disorders as a tool for assessing the impairment of the central nervous system functioning	
<b>Gorodnova M.Y. Kolomiets I.L.</b> The use of co-supervision in the professional development of medical (clinical) psychologists	124
<b>Gorokhov, K.V., Kornilova O.A.</b> The issue of psychological support persons affected by HIV	126
<b>Gorkovaya I.A., Miklyaeva A.V.</b> Coping-strategies of adolescents with visual impairments: gender dimension	127
<b>Goryacheva T.G.</b> Parents Involvement in Sensorimotor Correction of the Children with Developmental Impairments	129
<b>Grekova E.N.</b> Temperamental features as a prognostic factor for the onset of psychosomatic and neurotic disorders in younger adolescents in conditions of the Far North	131
<b>Grigoryeva N.K., Alyko T.N., Zhdan M.V., Lapysh O.M.</b> Rehabilitation work with parents of preschool children with speech and mental deficiency	133
<b>Groiskay A.A.</b> Retrospective analysis of the factors provoking delinquent behavior in adolescents	135
<b>Gutkevich E.V.</b> Psychological-genetic traits of adaptation of young family in the system of life values	137
<b>Davtian E.N., Davtian S.E.</b> The phenomenon of remetaphorization in depression	139
<b>Davydova E.U., Borisov D.D.</b> Study of the indicators of auditory and visual memory of younger schoolchildren with autism spectrum disorder	141
<b>Danilina K.K. Tyushkevich S.A. Salimova K.R. Gorbachevskaya N.L.</b> Standardized psychological methods used in diagnostics of children with ASD	142
<b>Deinekina A.S.</b> Comparative analysis of pathopsychological diagnostic features of transsexualism and pseudo-transsexualism	144
<b>Dobriakov I.V.</b> Perinatal loss – acute stress disorder	145
<b>Dolnykova A.A.</b> Mentally ill people stigmatization in domestic and western psychology	147
<b>Donichenko O.G., Koblik E.G., Sadovnikova T.A., Sotnikova Y.A.</b> Participation in the state final attestation of students with special educational needs, including with mental disorders	148
<b>Dunaykin M.L., Brin I.L.</b> Lateral neuropsychological syndromes of perinatal etiology: physiological bases, clinical picture, age dynamics, variants of mental dysontogenesis	150
<b>Ermashova V.V, Karimulina E.G, Zvereva N.V.</b> Choice strategy features of the of thinking in children with mental pathology	152
<b>Eseykina L.I. Pluznikov I.V. Dadashev R.H. Vandysh-Bubko V.V.</b> Impairments of executive functioning in criminally liable persons with organic personality disorder: neuropsychological study	153
<b>Esenkova N.Yu.</b> Coping behavior of patients with cardiovascular diseases who underwent cardio surgical interventions	156
<b>Jigau E.I.</b> Protective mechanisms and psychological maturity of the personality	157
<b>Zhuckova .N.V., Aismontas B.B.</b> Influences of the low socio-economic status of the family on the mental health of children	159
<b>Zavgorodnaya I.V.</b> The motives of the child birth as a factor of relation to pregnancy in women	162
<b>Zvereva M.V.</b> Cinematography and psychological science: contexts of application in psychosocial rehabilitation work	164
<b>Zvereva N.V., Balakireva E.E., Pyatnitskaya L.N., Zvereva M.V.</b> Experience of joint clinical and psychological counseling of children and adolescents by psychiatrists and clinical psychologists	166



<b>Zvereva N.V., Zvereva M.V., Voronova S.S. Goth K.</b> Translation and adaptation experience of the AIDA questionnaire into Russian	168
<b>Ivanova P.O., Ivanova E.M.</b> Aggressive and friendly laughter perception and the fear of being laughed at in patients with schizophrenia	170
<b>Iosifyan M.A.</b> Social motivation and theory of mind interactions in autism	172
<b>Isupova E.O.</b> The experience of using art therapy in a psychiatric hospital	174
<b>Kalashnikova A.S.</b> To the question of the psychological advantages of the method of retrospective analysis of texts	175
<b>Karimulina E.G., Solovyova E.A.</b> Study of different components of motor memory among primary school children	177
<b>Klipinina N.V., Enikolopov S.N.</b> Psychological factors of parental noncompliance during treatment of children with life-treated diseases: challenges for clinical psychologist	179
<b>Kobzova M.P.</b> Study of thinking in a modern sample of subjects using the methodology "Small Subject Classification"	181
<b>Koblik E.G., Sadovnikova T.A., Sotnikova Y.A.</b> Regarding the special terms of providing education for disabled children, children with limited physical capacities, including mental disabilities.	182
<b>Kozhikova S.B. Sergienko A.A.</b> Features of dissociative phenomena with the presence and absence of signs of post-traumatic stress in young people aged 18-22 y.o	185
<b>Komolov D.A.</b> Features of styles of parental upbringing in children with different health groups	187
<b>Korgozha M.A.</b> Phobic manifestations dynamics of women in postpartum periods	189
<b>Kremneva L.F., Kozlovskaya G.V.</b> Psychobiosocial system "mother-child" and psychopathology of early childhood	191
<b>Krivosheeva M.A.</b> Features of self-esteem of mothers raising children with autism spectrum disorders	192
<b>Kuznetsova S.O.</b> The study of the role of hostility in the etiopathogenesis of schizophrenia	194
<b>Kulemzina T.V.</b> Medical activity, combat stress and psychosomatic rehabilitation	195
<b>Kulikova O.S.</b> Cognitive style, psychological defenses and coping-behavior in paranoid schizophrenia	197
<b>Kulygina M.A.</b> Significance of innovations of ICD-11 for medical psychology	199
<b>Kurtanova Yu.E., Tikhomirova K.A.</b> Features of the communicative sphere of adolescents with chronic renal failure	200
<b>Kuftyak E.V., Dolgova (Reunova) A.A., Osipova Ju.S., Rysina A.A.</b> Mechanisms of psychological defense, coping strategies and functional state of junior schoolchildren	202
<b>Lantinova K.V.</b> Features of the emotional-volitional sphere in male patients with acute impairment of cerebral circulation in the early rehabilitation period	204
<b>Lapteva A.V.</b> Age features of friendship and friend representations among children with intellectual disability	205
<b>Latyshева E.V.</b> Peculiarities of attention in preschool children with mental retardation	207
<b>Levkovskaya O.B., Parlashkevich A.O.</b> The Internet project psynema.ru is a tool to help specialists in the mental health of children and adolescents.	208
<b>Lyubavskaya A.A. Ivanova E.M.</b> Gelotophobia under depressive syndrome	210
<b>Makarenko S.L.</b> The consistency and versatility of the activities of health psychologists in a psychiatric hospital	211
<b>Malyutina A.A., Vinogradova M.G.</b> Categorisation of bodily sensations in impulsive and compulsive skin picking	212
<b>Mamokhina U.A. Sorokin A.B.</b> Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) for Evaluating Children with Fluent Speech	214
<b>Mandrusova E.S., Dyachenko A.S.</b> On the quality of training of clinical psychologists	215

<i>Margolina I.A., Platonova N.V., Kozlovskaya G.V.</i> Deprivational paraautism: psychopathological symptoms and rehabilitation	218
<i>Medvedeva T.I., Oleichik I.V.</i> Evaluation of mental functions dynamics under augmentation of pharmacotherapy of depression by TMS	219
<i>Melehin A.I.</i> The specificity of the socio-emotional selectivity in elderly	220
<i>Menshikova N.D., Goryacheva T.G.</i> Sensomotor correction as a method of development of conscious regulation and control in children with features of speech development	223
<i>Merzlyakova D.R.</i> Features of depression in teachers with different levels of burnout	224
<i>Meshkova N.V.</i> To the question on interaction of hostility, creativity and values	226
<i>Minyacheva M.V., Movina L.G., Papsuyev O.O.</i> Metacognitive training for patients with schizophrenia	227
<i>Moskacheva M.A., Kholmogorova A.B.</i> Application of IT (Information Technology) in the practice for patients with mental disorders care	229
<i>Nazarova I.A., Abolonin A.F.</i> The identity features of addictive-criminal adolescents	230
<i>Nelyubina A.S.</i> Patient's bodily experience and presentation about it to the therapist	233
<i>Obraztsova V.S., Pichugina I.M., Ivanova E.M.</i> Individual and personal characteristics of the patient as a factor of rehabilitation potential	234
<i>Odintsova M.A., Radchikova N.P.</i> Self-activation as One of the Students' Adaptive Personal Resources in University Inclusive Educational Environment	236
<i>Parfenov E.A., Pluzhnikov I.V.</i> To the problem of psychological mechanisms of perceptual disturbances in the schizophrenia spectrum disorder (on the tactile gnosis model)	237
<i>Perepravina Y.O.</i> The Term "Decision-Making" in structure of psychological diagnostics of persons with mental disorders at assessment of capacity	239
<i>Petrova. A.I.</i> Dynamics of the personal sense of the profession in clinical psychologists in the process of learning in the university	240
<i>Piskareva T.K., Enikolopov S.N.</i> Gender identity disorders in patients with endogenous psychical pathology	242
<i>Pichugina M.N., Gorbachevskaya N.L.</i> Psychophysiological approach to the assessment of adaptation to learning in children with autism spectrum disorders	243
<i>Polyakova I.V.</i> Consequences of alcohol abuse: accuracy of tactical perception	245
<i>Popova N.V.</i> Methods of research of suicidal behavior of adolescents	247
<i>Posokhova S.T., Kolpakova A.E.</i> The study of the psychological characteristics of the family information environment	249
<i>Prokhorova V.S.</i> Development of skills of overcoming negative situations in adolescents with disabilities	251
<i>Pugovkina O.D.</i> Cognitive impairments as targets of psychotherapy of chronic depressive disorders	253
<i>Pugovkina O.D., Romanova E.S.</i> Teenager's predisposition to globalized thinking in description of relationship experience and emotional disadaptation	255
<i>Pushina V.V.</i> The influence of minimal brain dysfunction on the formation of alcohol and drug addiction	256
<i>Pyatnitskiy N.Yu.</i> The constitutional concept of E. Kretschmer and experimental-psychological studies	258
<i>Razorina L.M., Razorina D.N.</i> Objectives of the psychological well-being and health of young people research	261
<i>Rogacheva T.V.</i> The effectiveness of the rehabilitation process: problem statement	262
<i>Roshchina I.F.</i> Psychological support of patients with amnesic and intellectual decline in old age: features of cognitive training	264
<i>Rusakovskaya O.A.</i> Is diminished capacity in Russia reduced to prognosticate financial incapacity?	266
<i>Rusakovskaya O.A., Andrianova S.A., Juravleva E.V., Nyrkova A.A., Korneva A.A.</i>	268

Attitude of paranoid schizophrenic mothers' toward child	
<b>Rusina N.A.</b> On the issue of training and retraining of clinical psychologists	270
<b>Rusina N.A., Abdulganieva S.A.</b> The level of family anxiety as a factor of the psychotraumatic situation in hematological diseases of children	272
<b>Rusina N.A. Olenchuk A.B., Usubova Z.R.</b> Psychological features of patients with connective tissue diseases	274
<b>Ryzhov A.L.</b> Perspectives of repertory grids technique in abnormal psychology	275
<b>Sagalakova O.A., Truevtsev D.V.</b> Neural mechanisms of self-focusing in social anxiety disorder	277
<b>Sakovskaia V.G., Ivanova N.V.</b> Psychological content of humor in adolescents with mental retardation	279
<b>Sakovskaia V.G., Zharkova L.G., Podkolzina L.G.</b> Emotional state of students with deviant behavior	281
<b>Samischenko S.S.</b> Correlation of fingerprint formula man and his deviant behavior	283
<b>Samoylova V.M., Dementey N.V.</b> Peculiarities of realization of social skills in senior preschool children with ASD	285
<b>Sedova E.O.</b> Influence the family upbringing characteristics on the maturing of the voluntary self-regulation of younger schoolchildren	287
<b>Selezneva N.D., Roshchina I.F.</b> Clinical-psychological assessment of mental activity in relatives of the first degree of kinship of patients with Alzheimer's disease	289
<b>Selin A.V., Mangushev F.Y.</b> Bodily sensations in cardiovascular diseases, as a factor of the orientation of the process of personality adaptation in the situation of somatic disease	291
<b>Seravkina M.S.</b> Features of the doctor of preschool children with allergic diseases.	292
<b>Sergienko A.A., Khromov A.I.</b> Analysis of neurocognitive deficits in children and adolescents with mental disorders which based on clustering of neuropsychological data	293
<b>Serebryakova D.S., Pluzhnikov I.V.</b> Structural characteristics of the cognitive, intraceptive and affective sphere in individuals dependent on designer drugs	296
<b>Silaeva A.V.</b> Methodological limitations of multidisciplinary researches health and mental development of children born through in vitro fertilization	299
<b>Simashkova N.V., Koval-Zaitsev A.A.</b> Multidisciplinary aspects of the study of psychotic forms of autistic spectrum disorders in children	300
<b>Simon Yu.A., Bizjuk A.P., Isaeva E.R., Shoshina I.I., Mukhitova Yu.V.</b> Peculiarities of perception (visual gnosis) and thinking in patients with schizotypic disorder	302
<b>Slepovich E.S., Polyakov A.M.</b> The problem of determination of the normal and abnormal development in cultural-historical psychology	304
<b>Stonevskiy Yu.A.</b> Religious agenda in the clinics of patients with endogenous disorders as a factor to choosing form, content and format of the psychologist's work	306
<b>Snegireva T.V.</b> Jealousy and emotional distress in adolescence	309
<b>Solovyeva E.V.</b> About psychological support for patients of reproductive clinics in the treatment of infertility	311
<b>Solovieva I.G., Rognova O.A., Avdonina O.G., Saricheva J.V.</b> The study of the need for professional psychological assistance in outpatient health care	312
<b>Solondaev V.K.,</b> Correlates of attachment to the mother at preschool children and primary school students	314
<b>Stoyanova I.Ya., Brel' E.Yu.</b> Characteristics of alexithymia in the context of mental health in adolescence and youth	316
<b>Strogoва S.Y.</b> Combination of assessment parameters for psychometric and pathopsychological data in schizophrenia of children and adolescents	318
<b>Sultanova A.S., Ivanova I.A.</b> Significance of clinical psychology in the development of inclusive and "parainclusive" education	319
<b>Takkeeva E.V., Kholmogorova A.B., Palin A.V.</b> The consolidation of achievements	321

from organizational and clinical psychology in the rehabilitation of patients with schizophrenia	
<b>Tausinova O. K.</b> Theoretical analysis of the problem of classification and indicators of domestic violence	323
<b>Temirgalieva M.M., Komarov A.A.</b> The main difficulties encountered during working with addicts in a narcological hospital	324
<b>Teperik R.F.</b> Specific qualities of the emotional sphere of professional and pathological gamblers	326
<b>Trufanova O.K.</b> Comparative analysis of individual personality characteristics of individuals with gambling and drug addictions.	328
<b>Trushkina S.V.</b> Clinical and psychological aspects of diagnosing mental health disorders in children of the first years of life by "DC: 0-5"	330
<b>Turovskaya N.G.</b> Agenesis of the corpus callosum and impaired cognitive function in childhood. Analysis of the clinical case	331
<b>Tyushkevich S.A., Mamohina U.A., Danilina K.K., Pereverzeva D.S., Salimova K.R., Gorbachevskaya N.L.</b> Results of screening different groups of children with developmental disability for the presence of syndrome Martin-Bell	333
<b>Uvarova O.N.</b> Value-semantic sphere of adults with insecure attachment style	335
<b>Uzlov N.D.</b> Attitude to paternity of men with drug addiction	336
<b>Ulasen T.V.</b> "Clinical and psychological portraits" of pupils of socioprotective institutions	338
<b>Usmanova E.B., Shchelkova O.Yu.</b> Personality influence on quality of life in patients with bone tumors	340
<b>Fantalova E.B.</b> Pictorial techniques as option of psychodiagnostics and psychocorrection in clinical-psychological practice	342
<b>Fedotova S.A.</b> Strategies of socio-psychological adaptation of adolescents	344
<b>Khazova S.A., Popova M.S.</b> Personal determinants of protective-coping behavior in adults with visual impairment	346
<b>Kharisova R.R.</b> Affective-cognitive specificity of the mechanisms of delusions	348
<b>Tsareva T.O.</b> Correctional work with reliance on the formation of arbitrary regulation of mental activity of preschool children with a delayed mental development	349
<b>Tsarenko D.M., Yudeeva T.Yu., Dovzhenko T.V.</b> Impaired ability to mentalize in patients with bipolar disorder	352
<b>Tsekhmeystruk E.A.</b> The use of BOS-training at the stage of sanatorium recovery in children-athletes at different periods of the training cycle	353
<b>Chebakova Yu.V., Parshukov A.Yu.</b> Influence of social context conditions on generalization in patients with schizophrenia	355
<b>Chepelyuk A.A., Vinogradova M.G.</b> The performance of visuoperceptual tasks in patients with anxiety disorders comorbid to obsessive-compulsive personality disorder	357
<b>Chereneva E.A., Gutkevich E.V.</b> Structural and functional model of arbitrary behavior in children in norm and with intellectual development disorders	358
<b>Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Drovosekov S.E.</b> Self-compassion as an important antisuicidal factor	360
<b>Chulkova V.A., Pestereva E.V., Vagaytseva M.V.</b> Training of clinical psychologists for work in the field of oncology	362
<b>Shaigerova L.A., Shilko R.S., Dolgikh A.G.</b> Ethnocultural influence on mental health and psychological well-being	364
<b>Shalina O.S.</b> Neuropsychological Status in Adolescents with Diabetes Type 1	365
<b>Shamansurova K.E.</b> Assertion of lack of qualitative research in psychooncology.	367
<b>Shapiro U.I., Lukovtseva Z.V., Vasilchenko A.S.</b> Experience of level analysis of affective regulation among patients with schizophrenia in the paradigm of the psychology of emotional experience	368
<b>Sharipova F.K., Suleymanov Sh.R.</b> Features of emotional disorders in adolescents	370

with anorexia nervosa	
<i>Shvedovskiy E.F.</i> Clinical Factors and Language Features in Patients with Schizophrenia of Adolescent Age	372
<i>Shekhovtsova E.S.</i> Features of decision-making and self-regulation in individuals with schizophrenia spectrum disorders who have committed socially dangerous actions	373
<i>Shinina T.V.</i> Supervision: a vector of increasing the practical readiness of students of clinical psychologists to work in social work	375
<i>Shipkova K.M.</i> The possibilities of music in the restoration of speech communication in aphasia	377
<i>Shipova N.S.</i> The coping behavior of adults with disabilities: strategies and resources	378
<i>Shiryayeva I.N., Kozlovskaya L.T., Arefeva-Ladyko A.V., Bagadayeva A.O., Nursultanov M.K.</i> The experience of applying the method of canister therapy in the acute period of recovery of patients who had acute cerebral blood flow insufficiency	380
<i>Shchelkova O.Yu., Kruglova N.E.</i> Developing biopsychosocial model of prognosis in cardio surgical intervention	383
<i>Yakovleva N.V., Kutyreva Y.S., Romanova O.V.</i> Pilot study of the effectiveness of emotional intelligence development program 'Islands' for children with developmental disorders	385
<i>Yakovleva N.V., Yakovlev V.V.</i> Research of psychological readiness of invalids to work	387

**Ю.Ф. Поляков**

**Об использовании данных патопсихологии в изучении структуры познавательных процессов**

Институт психиатрии, Москва, СССР

**Y.F. Polyakov**

**The use of pathopsychological data in the investigation of the structure of cognitive processes**

Institute of Psychiatry, Moscow, USSR

Использование данных патологии психики для развития общепсихологической теории путем выявления и анализа роли разных звеньев (факторов) в структуре психических функций, успешно реализуясь при исследовании локальных поражений мозга (А.Р. Лурия, К. Прибрам), не находит пока реализации в области изучения психических заболеваний. Это связано с различиями в природе данных видов поражений мозга, которые затрудняют, но не закрывают тот путь при изучении психических болезней.

С этих позиций нами были исследованы особенности познавательных процессов больных шизофренией в состоянии дефекта (80 больных и 80 здоровых). Результаты показали зависимость изменения познавательных процессов от наличия в их структуре определенного звена, нарушающегося при шизофрении. Таковым оказался определенный вид селективности информации, заключающийся в предпочтительной, разновероятной актуализации тех или иных сведений на основе критериев прошлого опыта. Исследование позволило выявить существенную, но различную роль данного звена в структуре разных познавательных процессов (зрительного и слухового восприятия, ряда мыслительных процессов, речевой деятельности и т.д.).

Результаты свидетельствуют об «эвристическом» смысле данного звена, обуславливающего оптимальную и экономическую организацию деятельности мозга. Возможно, при шизофрении, мозг работает в неэкономичном режиме.

Проведенное исследование показывает возможность, применяя данный путь к области психических заболеваний, изучать в структуре познавательных процессов существенную роль факторов не локально-корковой природы.

*Источник: XVIII Международный психологический конгресс. Тезисы сообщений. Том II, Москва 1966 г.*

**Ю.Ф. Поляков**

**Проблемы и перспективы экспериментально-психологических исследований шизофрении**

**Y.F. Poliakov**

**Problems and perspectives of the experimental psychological investigations of schizophrenia**

Психология — ее теория и эксперимент — в современном мире все более активно участвует в решении широкого круга задач разных областей социальной жизни. Одной из сфер ее наиболее интенсивного приложения является здравоохранение — теория и практика современной медицины.

В рамках отечественной медицинской психологии среди других ее разделов более глубокие корни, более широкое внедрение, теоретическое обоснование и организационные формы практической работы приобрела патопсихология — отрасль психологической науки, возникшая на стыке психологии и психиатрии. Патопсихология активно участвует в решении как теоретических вопросов психиатрии, так и вопросов клинической практики. Изучая в соответствии с системой теоретических положений советской психологии закономерности нарушения психической деятельности при разных видах патологии мозга, эта дисциплина развивается своим особым путем, не имеющим прямых аналогий с развитием подобных областей знаний в зарубежных странах.

С позиций современной отечественной психиатрии и психологии союз между ними определяет понимание психических болезней как заболеваний человеческого организма, которые вызывают выраженное нарушение психической деятельности, т. е. отражательной «функции» мозга. Именно данное нарушение наряду с изменением других функций и процессов (нейрофизиологических, биохимических, биофизических и т. д.) является существенной отличительной характеристикой заболеваний этого круга. Связь психиатрии с психологией определяется прежде всего тем, что психология — наука о природе, детерминации и структуре психической деятельности, т. е. как раз той функции мозга, нарушение которой и выделяет болезни, изучаемые психиатрией. Рассматривая более конкретные линии связи психологии с психиатрией, можно отметить, что еще с конца про-

шлого, века в отечественной психиатрии были достаточно представлены две из них. Первая относится к участию психологических теорий в построении общей психопатологии (общего учения о психических болезнях). Вторая характеризуется участием психологов в решении практических задач психиатрической клиники — диагностических, экспертных, реабилитационных и т. д.

Наряду с этим последние десятилетия психология стала более интенсивно участвовать в экспериментальном изучении природы отдельных психических болезней и патологических состояний мозга.

Трудность раскрытия природы психических заболеваний обусловлена чрезвычайной сложностью и опосредованностью связей между основными клиническими (психопатологическими) проявлениями болезней и их биологической, субстратной сущностью. В этом отношении они, несомненно, «превосходят» все остальные заболевания человеческого организма.

Психопатологические феномены в виде измененного поведения больных, их поступков, высказываний, идей и т. д. представляют собой «итоговое» выражение нарушенного протекания сложной цепи мозговых процессов.

Сложность и опосредованность связи между психопатологическими проявлениями и биологической сущностью основных психических болезней диктуют тенденцию мультидисциплинарного изучения их, выражающую необходимость «тащить» всю цепь, опосредующую эту связь. Поскольку психопатологические проявления представляют собой результативное выражение скрытых за ними нарушений сложных мозговых процессов, только на основании анализа этих проявлений нельзя раскрыть характер лежащих в их основе нарушений мозговой деятельности. Поэтому закономерности нарушения мозговых процессов на всех уровнях сложности подлежат изучению при помощи методов соответствующих наук: психологии, нейрофизиологии, биохимии и т. д. Каждое звено изучения необходимо, хотя недостаточно, для создания всей цепи, раскрывающей связь психопатологических симптомов с их сущностью, для выяснения природы и механизмов психических заболеваний.

\*\*\*

В истории изучения одной из наиболее тяжелых и распространенных психических болезней — шизофрении — известно немало попыток разгадать сущность нарушений психической деятельности при этой болезни, непосредственно опираясь на клинические (психопатологические) данные. Шли ли эти попытки в плоскости физиологических или психологических понятий («схизис», «интрапсихическая атакия», «гипотония сознания», «дискордантность» и т. д.), они представляли собой каждый раз дедуктивный умозрительный вывод, базировавшийся на большем или меньшем круге психопатологических данных и отражавший исходные общетеоретические позиции автора. Долго существовала иллюзия того, что таким путем — усилием мысли, логическим анализом психопатологических феноменов — удастся вскрыть природу (закономерности) нарушения психической деятельности при шизофрении. Однако, постепенно становится все ясней, что познание закономерностей нарушения мозговой деятельности при шизофрении, вскрытие природы ее психопатологических проявлений вряд ли могут быть достигнуты так прямолинейно. Требуется более сложный путь «мультидисциплинарного» изучения этой болезни, при котором закономерным и необходимым является участие экспериментально-психологических исследований.

Вопрос о роли и месте экспериментально-психологических исследований в изучении шизофрении решается на основе современного понимания проблемы взаимоотношений разных уровней исследований патологии мозга. Если клинические (психопатологические) исследования выявляют закономерности проявлений нарушенных психических процессов, то экспериментально-психологические исследования должны дать ответ на вопрос: как нарушены закономерности протекания (структуры) самих психических процессов при том или ином патологическом состоянии мозга. Результаты таких исследований должны дать возможность объяснения связи и происхождения целого круга психопатологических характеристик, а, с другой стороны — породить гипотезы для изучения и выяснения того — почему нарушается тем или иным образом структура психической деятельности.

Такое понимание принципиальной позиции и своей роли в изучении шизофрении определило первый этап исследований лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии АМН СССР. Результаты этого этапа нашей работы достаточно подробно освещены в литера-

туре (1—8), поэтому здесь мы кратко сформулируем их, как предпосылку материалов данного сборника, отражающих следующий этап работы лаборатории, явившийся логическим развитием и углублением ранее полученных итогов исследований.

Целесообразность, обоснованность выбора в качестве проблемы исследования на первом этапе нашей работы — закономерностей нарушенного протекания (структуры) познавательных процессов (мышление, восприятие) и речи больных шизофренией — определялись уже известными особенностями болезни, ее психопатологическими характеристиками.

В истории изучения шизофрении всегда отмечался повышенный интерес к особенностям познавательной деятельности больных. Эти особенности давно привлекают внимание исследователей шизофрении, независимо от их взглядов на сущность этого заболевания и различных школ и научных направлений. Известно много попыток, как со стороны клиницистов-психиатров, так и экспериментаторов-психологов, раскрыть природу, понять суть изменений познавательной деятельности при шизофрении, выяснить роль и место их в общей картине болезни, в ее патогенезе.

Такой интерес и внимание обусловлены, прежде всего, объективным значением нарушений познавательных процессов (особенно — мыслительных) в картине болезни, их местом и ролью среди других клинических проявлений шизофрении. Проявления нарушений мышления — один из основных симптомов шизофрении. Он используется в клинической практике в качестве важного критерия дифференциальной диагностики. Нарушения познавательной деятельности занимают существенное место в клинической картине болезни, являясь одной из причин социальной и трудовой дезадаптации больных. Изменения познавательной деятельности тесно связаны с существенными патогенетическими факторами болезни. Выражается это в клинических фактах, свидетельствующих о том, что эти изменения сопровождают болезнь на всем ее протяжении, а их психопатологические проявления значительно отличаются от таковых при нарушениях мышления и восприятия, возникающих при других психических болезнях.

Следует отметить, что, рассматривая проблему нарушений познавательной деятельности при шизофрении, мы имеем в виду не все возможные и наблюдающиеся в течение болезни виды ее патологии, а те изменения, проявления которых отражаются психопатологически в так называемых негативных изменениях, негативных симптомах болезни, относящихся к стойким, малообратимым изменениям личности, характерным для шизофрении. Сюда не относятся все те разнообразные нарушения мышления и восприятия, которые, развиваясь довольно быстро, характеризуясь динамичностью и, как правило, обратимостью под влиянием терапии, возникают в связи с острой формой состояния больных и наблюдаются в картине различных синдромов — кататонических, галлюцинаторно-параноидных, парафренических и т. д. Речь идет о тех изменениях познавательных процессов, психопатологические проявления которых, характеризуясь стойкостью (стабильностью или проредитентностью) и входя в структуру различных синдромов, могут наблюдаться с самого начала болезни (даже до манифестных ее проявлений), наиболее отчетливо выступая вне острых состояний, при непрерывном вялом течении процесса или в ремиссиях с дефектом. Именно эти изменения порождают проблему своеобразия шизофренического слабоумия.

Говоря об актуальности изучения интеллектуальных и перцептивных процессов при шизофрении, можно отметить, что за последние годы интерес к их исследованиям (главным образом на путях экспериментальной психологии) во многих странах возрастает. Расширяется и круг проблем, аспектов изучения шизофрении, при рассмотрении которых используются различные характеристики мышления и восприятия больных, и для успешного решения которых необходимым оказывается знание закономерностей изменения структуры (протекания) самих познавательных процессов.

Одной из наиболее старых (но не устаревающих) проблем этого круга, обуславливающих значимость экспериментально-психологического исследования закономерностей изменения познавательных процессов, является проблема своеобразия негативных психопатологических проявлений мышления и восприятия при шизофрении. Тем общим, что объединяет большинство клиницистов, независимо от их взглядов на природу, сущность и течение шизофрении, является подчеркивание именно необычности, причудливости расстройств мышления при шизофрении, невозможность приложить к ним известную «мерку» слабоумия, которое встречается при других психических заболеваниях, в частности при органических поражениях мозга.



По мнению многих авторов, в отличие от патологии мышления при органических поражениях центральной нервной системы, когда одновременно нарушаются способности и операции воспроизведения, внимания, синтеза, абстрагирования и т.д., при шизофрении больные, иногда даже с грубым дефектом, могут неплохо выполнять некоторые виды довольно сложной мыслительной деятельности (цифровые операции, решение конструктивно-пространственных задач, игра в шахматы и т. п.), демонстрируя при этом неплохую способность концентрации внимания и воспроизведения ранее усвоенного материала.

Эти клинические характеристики, не давая сами по себе возможности понять характер нарушенного протекания процессов мышления (хотя они могут и должны служить ориентирами для построения рабочих гипотез соответствующих экспериментальных исследований), постоянно стимулировали и стимулируют исследователей к раскрытию сущности изменений познавательных процессов. И дело не только в субъективном желании и потребности понять этот странный клубок особенностей, это парадоксальное сочетание, необъяснимое с точки зрения «нормальной психики», и не имеющее аналогий среди других известных видов ее патологии. Необходимость исследования закономерностей измененного протекания познавательных процессов, лежащих за этими проявлениями, диктуется более глубокими мотивами, связанными с тезисом о том, что эти изменения (конечно, не только они) выражают то «особенное» своеобразие патологии мозговой деятельности (существующее и на других уровнях его организации, но имеющее на сегодня такое свое отчетливое проявление лишь на уровне психической деятельности), которым, в частности, эта болезнь отличается от других психических заболеваний, от других видов патологии мозга.

Другой мотив, определяющий интерес и объективную значимость изучения особенностей познавательных процессов при шизофрении, связанных с негативными психопатологическими ее проявлениями, вытекает из значения самих этих проявлений (стойких, необратимых изменений личности) в общей клинической картине болезни. При всех успехах психиатрии («течения», при основополагающей роли критерия динамики (смены) синдромов, используемого для обнаружения стереотипов развития болезни (форм течения), психопатологическая характеристика негативных изменений психики при шизофрении остается на сегодня одним из клинических критериев, цементирующих понятие шизофрении и ограничивающих круг больных, относимых к этой болезни, от больных другими психическими заболеваниями.

Едва ли надо раскрывать значение выявления механизмов, углубления наших знаний о сути тех психопатологических проявлений, которые, являясь столь типичными, служат как объединению понятия шизофрении, так и отграничению его от других нозологических категорий.

Еще одной клинической проблемой, решению которой может послужить раскрытие закономерностей измененного протекания психических (в данном случае, познавательных) процессов, лежащих за своеобразными негативными проявлениями шизофрении, является проблема давно подмеченного клиницистами сходства некоторых из этих проявлений болезни (относящихся к характеристике эмоциональных, волевых, мыслительных и др. проявлений) с определенными чертами психики, наблюдаемыми у здоровых родственников больных, и с особенностями психики отмечаемыми как преморбидные у самих больных. Использование результатов экспериментально-психологического изучения познавательных процессов в этой связи, возможно, послужит раскрытию внутренней связи этих явлений и решению некоторых вопросов генетического изучения шизофрении.

Изучение закономерностей изменения познавательных процессов при шизофрении имеет значение не только в связи с проблемой «качественного», структурного своеобразие негативных психопатологических проявлений, но и в связи со своеобразием их места и динамики в течении шизофрении. Они существуют на всем протяжении болезни (а не являются лишь в финале), могут наблюдаться с самого начала ее, предшествуя даже манифестным проявлениям. Негативные проявления изменений психики при шизофрении (их выраженность) характеризуются значительной независимостью от продуктивных психопатологических ее проявлений, от их характера и выраженности (хотя обратная зависимость достаточно очевидна). Темп нарастания негативных изменений личности может не соответствовать темпу движения продуктивных расстройств при шизофрении. К тому же первые могут характеризоваться (при некоторых вариантах болезни) значительной стабильностью, несмотря на наличие других клинических признаков движущегося процесса. Все

это значительно отличает негативные психопатологические проявления (и лежащие за ними изменения мозговых, в частности познавательных, процессов) от таковых при других психических болезнях, прежде всего при органических заболеваниях головного мозга. Если при последних негативные расстройства (стойкие, необратимые нарушения психики) нарастают к концу болезни по мере ее течения и могут быть поняты как выражение деструктивных тенденций («поломки»), результатом перехода функциональных нарушений в органические, то при шизофрении дело обстоит не так и требуется искать иное объяснение природы и генеза (происхождения) этих изменений психики. Все эти особенности дают почву для различных гипотез, лежащих как в русле биологических, так и психодинамических концепций шизофрении. Влияние социальной среды, воспитания, внутрисемейных отношений, нарушение нейрофизиологических параметров в течение болезни; влияние генетических факторов — вот лишь часть обсуждаемых в литературе альтернатив по поводу детерминации этих особенностей психики больных шизофренией. Получение однозначных ответов на эти вопросы необходимо не только для понимания сути данных психопатологических явлений самих по себе, но и для вскрытия существенных механизмов болезненного процесса, настоятельно требует изучения природы, характера нарушений мозговой деятельности, лежащих за этими проявлениями. Успешность решения этой одной из центральных проблем в большой мере зависит от раскрытия закономерностей изменения познавательных процессов, проявляющихся в негативных психопатологических феноменах.

За последние годы, как упоминалось выше, интерес к изучению расстройств мышления и восприятия, больных шизофренией возрастает. Исследования познавательной деятельности включаются в круг новых проблем, аспектов изучения шизофрении, для решения которых активно используется анализ особенностей мышления и восприятия больных.

Так, один из аспектов рассмотрения особенностей познавательной деятельности больных шизофренией связан с проблемой происхождения, генеза самих этих особенностей, что в свою очередь используется для решения вопроса о природе (биологической или психосоциальной) самой шизофрении. Основной круг этих работ группируется вокруг фактов, свидетельствующих о сходстве определенных особенностей мышления и речи больных шизофренией и их здоровых родителей (речь идет о сходстве феноменологическом). В связи с феноменологическим характером этих фактов, при полной неизвестности закономерностей нарушения лежащих за ними познавательных процессов (вопрос об этом и не ставится почти никем из авторов), трактовка их идет в прямо противоположных направлениях. Если одни авторы объясняют их как результат средовых влияний, воспитания, отражения внутрисемейных отношений, то другие склонны полагать за ними действие генетических факторов, обуславливающих подобное сходство в проявлениях речевой и мыслительной деятельности родителей и детей.

В связи с проблемой генетического изучения шизофрении существует целый круг вопросов (природа наследования, структура «шизофренической конституции»), predisпозиционные факторы, психологический авантаж больных и их родственников и т. д.), для решения которых за последнее время все более активно привлекаются данные об особенностях интеллектуальной и перцептивной деятельности больных и их родственников.

Современные данные о генетической обусловленности предрасположения к заболеванию шизофренией выдвигают на первый план проблему изучения («predisпозиционных») характеристик факторов риска, тех аномалий развития, на фоне (почве) которых может возникать шизофренический процесс. За последние годы во всем мире и у нас в стране возрос интерес к психологическим предикторам шизофрении, к анализу преморбидного склада психики больных и особенностей личности здоровых родственников пробандов, больных шизофренией. Эти проблемы разрабатываются преимущественно клиническим методом. Это ставит перед экспериментальной психологией сложную задачу — раскрытие с позиций советской материалистической психологии закономерностей формирования, развития особых типов психического склада личности, складывающихся на почве генетически обусловленных аномалий ц. п. с. Задачу, имеющую значение не только для психиатрии, но и для решения общетеоретической проблемы психологии — взаимодействия биологических и социальных факторов в развитии психики.

Даже такой беглый перечень проблем, связанных с патологией познавательной деятельности больных шизофренией, свидетельствует о той значимости, которую имеют экспериментально-

психологические исследования закономерностей измененного протекания (структуры) познавательных процессов при этой болезни.

Одновременно с этим изучение закономерностей столь своеобразного нарушения психических процессов и свойств личности, которое проявляется при шизофрении, может и должно служить изучению структуры нормально протекающей психической деятельности.

Возможности использования результатов патопсихологических исследований для развития общепсихологической теории связаны с тем, что при той или иной патологии мозга нарушаются не все, а определенные характеристики (параметры, компоненты, звенья). Тем самым болезненно измененный мозг представляет собой систему, функционирование которой отличается от психической деятельности нормального мозга изменением определенных факторов (звеньев) в структуре психических процессов и свойств личности. Основанные на таком представлении экспериментально-психологические исследования позволяют выявлять и анализировать «скрытые» при нормальной работе мозга компоненты в структуре психической деятельности, а также изучать их роль и место как в формировании, так и в протекании различных психических процессов, создавая тем самым богатые возможности для участия в решении широкого круга общепсихологических проблем.

\*\*\*

Исследования нашей лаборатории на первом этапе ее работы были направлены на выявление тех общих звеньев (факторов) в структуре разных познавательных процессов, изменение которых обуславливает закономерное нарушение этих процессов. Для этого требовалось изучить, в каких звеньях (звене) и как нарушается протекание разных психических процессов; что общего в закономерностях их изменения.

Тем самым исследование должно, с одной стороны, помочь объяснить определенный круг психопатологических феноменов, являющихся выражением нарушенного протекания психических процессов, а, с другой стороны, выявив общие радикалы (звенья), с которыми связано нарушение этих процессов, открыть возможности для их дальнейшего анализа.

Естественно, что при такой постановке задачи одновременно изучались особенности целого круга разных по своей структуре познавательных процессов. Изучению подвергался ряд разных мыслительных процессов (разные виды процессов сравнения, классификации, обобщения, решения проблемных задач и т. д.) одновременно с разными процессами слухового, зрительного восприятия и некоторыми видами речевой деятельности.

Существенной особенностью исследования явился принцип клинической однородности изучаемой группы больных. Недооценка значения четкой клинической дифференциации больных в рамках шизофрении является наиболее распространенной ошибкой большинства психологических исследований данной проблемы, в особенности за рубежом. Неоднородность обследуемых больных не позволяет выявить действительных закономерностей нарушения психических процессов, так как при разных вариантах болезни эти закономерности могут быть различны. Необходимость клинической дифференциации диктуется направленностью исследования на изучение изменений психических процессов, лежащих за негативными психопатологическими проявлениями болезни.

Учитывая сказанное выше, для решения задач первого этапа работы мы выбрали определенный клинический вариант шизофрении, начинающийся в юношеском возрасте и характеризующийся относительно благоприятным (шубообразным, а у части больных — непрерывным) течением процесса. Одна из причин такого выбора заключается в том, что своеобразные изменения психики, характерные для шизофрении, выступают наиболее рельефно в картине негативных психопатологических проявлений, в структуре изменений личности именно при данном варианте течения болезненного процесса. Общей клинической чертой обследованных больных являлось наличие выраженных в разной степени негативных симптомов при практическом отсутствии продуктивной симптоматики в период исследования.

Первый этап исследований позволил установить существенные закономерности изменения структуры познавательных процессов при данном виде патологии мозга.

Основной закономерностью оказалась зависимость между нарушениями тех или иных психических процессов, характером и степенью их выраженности, с одной стороны, и особенностями структуры этих конкретных процессов, с другой стороны. Анализ показал, что все те виды познава-

тельных процессов (как мыслительных, перцептивных, так и речевых), протекающие которых у больных изменено, имеют в своей структуре общее звено (компонент), которое можно определить как — избирательное привлечение (актуализация) сведений из памяти на основе факторов прошлого опыта. Те виды деятельности, в структуре которых роль этого звена незначительна, протекают у больных без существенных отличий от здоровых. Одновременно с выявлением этой зависимости экспериментальные данные позволили характеризовать изменение самого этого «звена». Закономерным для больных оказалось изменение системы привлекаемых знаний, расширение круга сведений (за счет так называемых «латентных», практически мало значимых) наряду с тенденцией к уравниванию вероятностей их актуализации.

Полученные результаты привели к выводу о том, что патологии познавательных процессов у больных шизофренией существенно связана с изменением определенного компонента в структуре этих процессов — с нарушением (ухудшением, ослаблением) избирательности актуализации знаний из памяти на основе факторов прошлого опыта.

С этих позиций оказалось возможным охватить и понять широкий круг своеобразных проявлений мыслительной, перцептивной, речевой деятельности больных, подробно описанных клиницистами и производивших без учета измененной структуры этих процессов впечатление противоречивых, разнородных, квалифицируемых такими понятиями, как «интрапсихическая атаксия», «дискордантность» и т. п. Обнаруженная у больных зависимость между нарушением познавательных процессов и изменением определенного звена в их структуре позволяет понять, почему одни процессы (даже более простые) изменены, другие (более сложные, такие как конструктивная, счетная, формально-логическая деятельность и т. д.) — нет. Позволяет понять, почему изменения оказываются как в сторону ухудшения результатов деятельности, так и в сторону их улучшения.

Возможность синтеза этих особенностей связана с тем, что указанное звено играет в структуре разных процессов различную роль. В зависимости от места и «удельного веса» данного звена в составе той или иной деятельности находится характер ее измененности, степень выраженности и проявления этой измененности.

Выявленная закономерность позволяет понять и «качественный» характер различных результатов деятельности больных и здоровых, понять, почему наряду с ухудшением деятельности в определенных ситуациях больные демонстрируют лучшие результаты, чем здоровые. Для этого требуется принять во внимание приспособительный, адаптационный смысл того принципа организации психической деятельности здоровых людей, который связан с избирательной, предпочтительной актуализацией знаний. Целесообразность такой организации деятельности заключается в том, что этим обеспечивается экономичность, оптимальность поиска нужной информации в несчетном количестве многократно повторяющихся повседневных жизненных ситуаций (задач), которые апеллируют именно к обычным, стандартным, «сильным» практически значимым свойствам и отношениям объектов и явлений.

Больные шизофренией, деятельность которых характеризуется ухудшением избирательности, расширением круга привлекаемой из памяти информации и сглаживанием предпочтительности ее актуализации, могут получить в некоторых ситуациях «выигрыш», испытывая меньшие трудности, чем здоровые люди при необходимости использовать латентные малозначимые по прошлому опыту знания. С этим переключаются и клинические наблюдения, свидетельствующие о том, что зачастую больные с благоприятным течением шизофрении оказываются одаренными в определенных областях творческой деятельности (например, математической). Но с другой стороны, эта особенность приводит к существенному «проигрышу», так как в подавляющем большинстве каждодневных ситуаций данное нарушение значительно затрудняет деятельность больных, осложняя поиск и выбор необходимой информации из памяти, снижая экономичность работы мозга.

Результаты первого этапа исследований позволили по-новому подойти и к пониманию своеобразия социально-адаптационных возможностей больных шизофренией.

Однако на этом этапе работы еще не было ясности в вопросе об отношении патологии выявленного звена (компонента) психической деятельности к шизофренческому процессу, с его возникновением и течением. В частности, не имели своего объяснения такие клинические факты, как наличие «негативных» проявлений нарушений познавательной деятельности до манифестных проявлений болезни; относительная их независимость от выраженности острых психопатологических рас-

стройств; своеобразие преморбидных особенностей психики (в том числе—мышления) больных; сходство ряда особенностей психического склада личности здоровых родителей с подобными особенностями больных пробандов.

Все это определило первую проблему следующего этапа исследований нашей лаборатории, результаты изучения которой изложены в статье Т. К. Мелешко, В. П. Критской, В. А. Литвак «Патология познавательной деятельности и проблема ее обусловленности при шизофрении», открывающей настоящий сборник.

Используя разные направления подхода к изучению этой проблемы, авторы исследовали широкий спектр взаимосвязанных вопросов — характер связи между изменением изучаемого компонента познавательной деятельности и различными клиническими показателями динамики болезни; выраженность данной аномалии психической деятельности у ближайших здоровых родственников (родителей, сибсов) пробандов больных шизофренией; связь между выраженностью данной аномалии и характерологическими преморбидными особенностями больных; распределение этой аномалии при анализе семейно-близнецовых данных.

Результаты этих исследований привели к принципиально новому выводу о том, что патология познавательной деятельности, констатированная нами ранее у больных, является не следствием (результатом) текущего шизофренического процесса, а выражением predispositionных особенностей психики, конституционально обусловленной, преморбидной аномалией психической деятельности, которая входит в число факторов риска заболеваемости шизофренией.

Результаты этого исследования свидетельствуют о том, что характерная для больных шизофренией патология определенного компонента познавательной деятельности, рассматриваемая нами вначале как результат болезненного процесса, оказывается, не связана с его движением, коррелирует с определенным кругом стойких характерологических особенностей личности и присуща здоровым (не процессуальным) ближайшим родственникам больных шизофренией. Совокупность полученных экспериментальных данных позволяет считать, что речь идет о «сквозной» типологической особенности психической деятельности, обусловленной в существенной степени конституционально. Возможно, эту ситуацию следует понимать как отражение того, что особенности генотипа, предрасполагающие к возникновению некоторых психических заболеваний, могут иметь (независимо от течения болезни) то или иное выражение и на определенных уровнях формирования и организации психической деятельности носителей данных генотипических особенностей.

В свете результатов этой работы оказывается возможным рассмотреть вопросы, связанные со своеобразием места и динамики негативных психопатологических проявлений в клинической картине шизофрении, которое (наряду с «качественным» своеобразием структуры этих особенностей) отличает данный болезненный процесс от других психических заболеваний. То, что в психопатологической картине негативных проявлений воспринимается как единое, нераздельное — оказывается разнородным по своей природе, по своему происхождению, генезису. Если какие-то компоненты негативных характеристик оказываются не столько проявлением текущего болезненного процесса, сколько выражают аномалию работы мозга, предшествующую началу процесса, детерминированную конституционально, то из этого следует, что не все особенности психики, обычно относимые к негативным психопатологическим проявлениям шизофрении, являются чертами (проявлениями) нарастающего дефекта. Понятие негативных проявлений при шизофрении охватывает круг особенностей психики, который оказывается более широким, чем психопатологические проявления дефекта, так как в него включаются и те стойкие, необратимые и неподдающиеся терапии патологические особенности (аномалии) психики, которые, однако, обусловлены не столько нарушениями функционирования мозга, связанными с текущим болезненным процессом, сколько теми особенностями (аномалией) работы мозга, на почве которых возникает болезнь.

Это положение может явиться основой для объяснения особенностей психопатологии шизофрении, которые содержатся в клинических тезисах о наличии негативных проявлений с самого начала, об относительной независимости их от манифестных проявлений болезни, об отсутствии обязательного параллелизма темпа нарастания продуктивных и негативных проявлений, их выраженности и т. п.

Естественно, что в связи с текущим болезненным процессом, все более калечащим мозг, стойко нарушающим прежде всего эмоциональные и волевые компоненты психической деятельности,

проявления тех аномальных особенностей работы мозга, которые предшествовали возникновению болезни, становятся более грубыми, уродливыми, утрированными, не обнаруживая себя в «чистом» виде, а выступая в сложном сплаве того или иного психопатологического синдрома на всех этапах заболевания. Сложность этого «сплава» при шизофрении усиливается, таким образом, тем, что в клинической картине любого психопатологического синдрома слиты воедино не только проявления динамичных, преходящих, функциональных нарушений работы мозга (так называемые позитивные симптомы) и проявления более стойких, деструктивных изменений, возникающих как следствие углубляющегося болезненного процесса (проявления дефекта), но и те проявления (огрубленные, уродливые и т. п.), которые отражают аномальную деятельность мозга, предшествовавшую заболеванию.

В этом свете оказывается возможным, в частности, взглянуть и на проблему «психопатологического критерия» шизофрении, того особого качества, «окраски», которая отличает, по мнению многих авторитетных клиницистов, психопатологическую симптоматику (синдромы) при шизофрении от таковой при других психических болезнях и, входя в дефиниции понятия «шизофрения», является одним из критериев, cementирующих эту нозологическую единицу. Вполне вероятно, что формирующийся по мере углубления болезненного процесса дефект, те негативные проявления стойких, необратимых изменений психики, которые вносит сама болезнь, не содержат сами по себе какой-либо специфичности при шизофрении, подчиняясь общепатологическим закономерностям. Однако, в клинической картине болезни они выступают в тесном «сплаве» с теми «сквозными» проявлениями патологии психики, которые характерны для шизофрении, образуя с ними единое целое. Благодаря такому слиянию «фигуры» и «фона» вся психопатологическая картина может приобретать то «качество», ту «окраску», которые дают основания для существования понятия психопатологического критерия при шизофрении. Иначе говоря, эта «окраска» не есть выявление болезненного процесса, а скорее — процесс выявления преморбидную аномалию работы мозга, которая, выражаясь в особенностях психики, приобретает благодаря текущему процессу (еще более калечащему и изменяющему функционирование мозга) более рельефные, уродливые проявления и окрашивает особым образом всю картину психопатологических проявлений болезни.

Более полное значение этих данных раскрывается в контексте общей проблемы «патоса» и «нозоса», патологического и нозологического в шизофрении. Актуальность и общеметодологическое значение этой проблемы отчетливо сформулированы А. В. Снежневским (9, 10), подчеркнувшим необходимость как выделения и разделения патологического и нозологического в шизофрении, так и изучения их связи, взаимодействия.

Задача отделения психопатологических проявлений «фигуры» от «фона» составляет большую и актуальную проблему. Проблема эта в истории изучения шизофрении не нова и давно находила то или иное отражение в различных клинических фактах. В психиатрической литературе имеется немало солидных указаний (Е. Bleuler, П. Б. Ганнушкин, Е. Kretschmer и др.) на наличие общих черт психики у больных шизофренией и ряда здоровых (не процессуальных) лиц, на наличие прежде всего у многих здоровых родственников и у самих больных до заболевания тех особенностей психики, которые принято относить к характеристике самого шизофренического процесса. Эти черты обычно описываются в понятиях личностных, характерологических свойств, таких как шизоидность, аутизм, интравертированность.

В настоящее время, однако, эта задача дифференциации внутри психопатологических характеристик шизофрении проявлений «фона» и «фигуры» требует своего заострения и постановки как специальной проблемы исследования. Значение ее многократно возрастает в связи с необходимостью организации и проведения специальных генетических исследований шизофрении, в связи с расширением мультидисциплинарных исследований, которые должны базироваться на клинических данных, способствующих выделению и анализу разнородных кругов факторов, обуславливающих как возникновение, так и полиморфное течение болезни. Естественно, что имеется много разных путей, способов решения этой проблемы. Существует целый круг вопросов, имеющих отношение к этой проблеме и подвергающихся клиническому, психопатологическому изучению (поиски критериев начала процесса, особенно при вялом его течении; отличие преморбидных особенностей психики от проявлений болезни; поиски критериев текущего процесса для дифференциации с «естественным» развитием патологических (аномальных) личностей, особенно среди

родственников больных шизофренией; оценка особенностей дизонтогенеза — как проявлений текущего процесса или как особой динамики формирования психики на основе стабильной аномалии функционирования мозга).

Как показывает опыт нашей работы, патопсихологические исследования, используя свои пути и способы, тоже могут и должны внести свой вклад в решение этой проблемы. Их роль и участие в данной задаче основываются на возможности экспериментально-психологического изучения (выявления) определенных изменений, особенностей структуры психических процессов, лежащих за теми или иными психопатологическими проявлениями, и дальнейшего экспериментального обследования разных групп лиц (больных разными вариантами и на разных этапах болезни, их здоровых родственников и т. д.) с целью выяснения на основе объективных экспериментальных данных и анализа количественных оценок — характера связи данных особенностей структуры психических процессов (и тем самым — соответствующих им психопатологических проявлений) с движущимся болезненным процессом.

Помимо рассмотренной выше задачи нахождения критериев и создания систематики, адекватной целям генетического изучения шизофрении, работа по разделению в картине болезни проявлений «фигуры» от проявлений «фона», выделение сквозных признаков, входящих в характеристику болезни и свойственных здоровым родственникам пробандов, служит решению и ряда других существенных задач патогенетического изучения шизофрении. В частности, выявление и однозначная квалификация таких «сквозных» особенностей психики должны служить очерчиванию «шизофренической конституции» и могут быть использованы для раскрытия более глубокой их природы и тем самым — конкретной роли predisposиционных факторов в возникновении болезненного процесса.

Опыт нашей работы показывает, что адекватно построенные экспериментально-психологические исследования могут внести свой вклад в решение и этого круга задач.

Итоги этого цикла исследований обусловили логику дальнейшего развития работ лаборатории, существенное расширение круга задач и постановку двух принципиально новых для патопсихологии фундаментальных проблем, возникших вследствие выявления predisposиционной природы ряда существенных патологических (аномальных) особенностей психической деятельности при шизофрении.

Первая проблема — проблема генезиса, происхождения выявленных аномальных особенностей познавательной деятельности, связанная с изучением формирования этих аномалий в онтогенезе.

Вторая проблема заключается в необходимости выявления и психологической квалификации изменений психических процессов и свойств личности, связанных с движением самого шизофренического процесса, с нарастанием, углублением дефекта психики.

Результаты исследований, посвященных первой из этих проблем, изложены в следующих трех статьях сборника: «Об особом типе формирования познавательной деятельности при шизофрении» (Т. К. Мелешко), «Экспериментально-психологический подход к изучению формирования особенностей зрительного восприятия у детей больных шизофренией» (Н.В.Захарова), «Сравнительное исследование формирования мышления у детей больных шизофренией с разными типами дизонтогенеза» (С. М. Алейникова).

В этих работах с целью изучения закономерностей формирования на разных этапах онтогенеза интересующей нас аномалии психической деятельности специально разработанным комплексом экспериментально-психологических методик было проведено сравнительное исследование контингентов здоровых лиц и больных вялотекущей шизофренией, представляющих непрерывный ряд возрастных групп (от 5 до 16 лет).

Такого рода динамическое исследование, проведенное впервые в современной патопсихологии, позволило получить новые и весьма важные характеристики формирования психической деятельности у исследованных групп лиц.

В работе Т. К. Мелешко выявлен не описанный ранее особый тип формирования мышления, отличающийся от известных в детской патопсихологии типов дизонтогенеза, характерным изменением соотношения и динамики существенных сторон мыслительной деятельности. На всех изученных возрастных этапах, начиная с раннего (5—6 лет), констатируется отклонение развития мышления основной группы (больных шизофренией) по сравнению с контрольной группой здоровых лиц.

При данном типе аномалии развития отмечается, прежде всего, снижение темпа и особый характер формирования избирательности мышления, ослабление избирательности актуализации знаний, используемых в решении мыслительных задач. Речь идет об ослаблении детерминации избирательности мышления опытом социально-практического использования предметов окружающей действительности, что проявляется в ухудшении ориентировки ребенка в практической значимости, ранжировки объектов, их свойств и отношений.

Своеобразие формирования мышления выражается, с другой стороны, в опережении (по сравнению со здоровыми сверстниками) развития формально-логического аспекта, операциональной стороны мышления, что отчетливо проявляется в способности к обобщению, абстрагированию предметных признаков и свойств, не дифференцированных (не ранжированных) по социально-практической значимости.

С этим связана, в частности, так называемая формальность мышления лиц данной категории, предпочтительная направленность их внимания, интеллектуальных установок не на социально-оценочные, а на «формальные» аспекты действительности.

Выявленные особенности данного типа аномалии развития мышления выступают как асинхрония, диссоциация, дисгармония формирования, характеризующаяся парциальным искажением определенных аспектов развития мышления при сохранности или «усиленном» развитии других его сторон.

Аналогичные закономерности обнаруживаются и в работе Н. В. Захаровой при исследовании особенностей онтогенетического формирования процессов зрительного восприятия.

Итоги этой группы работ, помимо их теоретического, базисного характера, могут служить уже сейчас диагностике психических аномалий шизофренического спектра, могут быть использованы в разработке учебно-педагогических, коррекционных мероприятий, направленных на реабилитацию детей с данным типом аномального развития. Разработанный авторами этих трех статей комплекс методик, направленный на изучение возрастных особенностей формирования познавательной деятельности, может быть рекомендован для экспериментально-психологической диагностики дизонтогенетического развития. При этом результаты исследования С. М. Алейниковой позволяют углубить дифференциальную диагностику психического развития детей с двумя разными типами дизонтогенеза (задержанным и парциальным).

Выявленная в этих работах аномалия развития познавательной деятельности выражает (как один из компонентов) своеобразие особого типа искаженного дизонтогенеза общего склада личности. У исследованной группы лиц отмеченные особенности мышления сочетаются, как правило, с выраженным своеобразием их ведущих мотивов, интересов, носящих отвлеченный характер, оторванных от реальной жизни, также как и со сниженной потребностью в общении с отсутствием или ослабленностью эмоциональных контактов, с особым характером предпочитаемых игр и деятельности.

Предварительные данные позволяют предполагать, что недостаточность формирования избирательности познавательной деятельности в динамике возрастного развития может быть обусловлена своеобразием развития ценностно-эмоциональной ориентации у шизоидных личностей; ослабленной потребностью в контактах с окружающими, снижением интереса к их социально-практической деятельности и связанным с этим ослаблением ориентации на социально-значимые параметры действительности.

Одна из задач дальнейшего экспериментально-психологического изучения шизофрении, поставленная полученными результатами, заключается в более широком, многоаспектном исследовании типологии, общего склада психики личностей, заболевших шизофренией, с акцентом на особенностях их мотивационной, эмоциональной сферы, на своеобразии их общения с другими людьми.

В работе настоящего сборника «Изменение перцептивных компонентов общения при шизофрении» (Н. П. Щербакова, Д. Н. Хломов, Е. И. Елигулашвили) предпринята попытка экспериментально исследовать некоторые аспекты общения больных шизофренией. Авторы сумели экспериментально выявить своеобразие восприятия больными шизофренией других людей, заключающееся в ослаблении их ориентации (направленности) на «внутренний мир» другого человека, на его эмоциональное состояние, характерологические особенности, так же как и на взаимодействия других



людей. Полученные в этой работе результаты позволяют более четко ориентировать Дальнейшие исследования личностных особенностей больных шизофренией.

Можно полагать, что клиническая модель шизофренического аутизма окажется плодотворным объектом исследования и для изучения общепсихологических проблем общения, его структуры, личностных компонентов. Здесь же могут таиться возможности для подходов к психологической квалификации интравертированных личностей, к выяснению их генеза и особенностей формирования.

Следующий раздел сборника объединяет три статьи: В. П. Критской, Т. Д. Савиной «Исследование некоторых особенностей познавательной деятельности, обусловленных формированием шизофренического дефекта», Т. Д. Савиной «Изменение произвольного внимания у больных шизофренией с разной степенью выраженности дефекта» и Н. С. Курска «Особенности целеобразования у больных шизофренией». Эти работы посвящены еще одной новой и сложной для экспериментально-психологического изучения проблеме, также возникшей как логическое следствие результатов первого этапа наших исследований.

Факт экспериментального выявления predispositional природы, конституциональной обусловленности существенных аномалий психики больных шизофренией породил новую для патопсихологии задачу — экспериментального выявления и психологической квалификации тех нарушений психической деятельности и свойств личности, которые обусловлены самим движением болезненного процесса, нарастанием дефекта психики. В клинической психиатрии этот вопрос имеет немалую историю, оставаясь и на сегодня одним из актуальнейших. Современному звучит мысль П. Б. Ганнушкина о том, что «когда шизоидный психопат заболевает шизофренией, в этом процессе есть что-то ... органически, церебрально новое; но что это новое, как его понимать — этого еще никто не указал» (11). Актуальность этой проблемы и на уровне психологического анализа несомненна. Задача состоит в том, чтобы, опираясь на психологические характеристики шизофренического дефекта, отразившись в таких понятиях как «ослабление интенции», «редукция энергетического потенциала», «снижение активности» и т. д., построить конкретные экспериментальные исследования, организованные в соответствии с этой задачей. Для этого потребовалось разработать методологию данного исследования, создать и апробировать адекватный комплекс экспериментально-психологических методик, обработать критерии формирования групп больных для сравнительного исследования.

В работах этих авторов предпринята попытка экспериментального изучения у больных с разной «продвинутостью» шизофренического процесса, с разной степенью клинического дефекта — изменений произвольной регуляции и спонтанной активности в структуре разных видов деятельности (перцептивной, мнемической, мыслительной и др.).

Экспериментальные данные, полученные при исследовании сравниваемых групп (здоровые и 2 группы больных шизофренией — с меньшей и большей степенью клинической выраженности дефекта), выявили различия в показателях, отражающих изменения изучаемых аспектов психической активности. Эти изменения становятся более выраженными по мере углубления дефекта. У больных шизофренией снижаются показатели продуктивности мнемической, речевой и мыслительной деятельности. При этом снижение показателей (и, следовательно, различия в результатах сравниваемых групп) выступает тем более, чем больше активности (устойчивости внимания, удержания задачи, целенаправленности и пр.) требует выполнения задания. Таким образом, эти различия определяются сложностью выполняемых заданий, как «качественной» (например, объемом материала). Исследование произвольного внимания показало относительно большее нарушение его переклюцаемости (по сравнению с показателями устойчивости) по мере нарастания дефекта.

Исследование изменений мотивационно-волевой сферы у больных шизофренией, связанных с развитием болезненного процесса, выявило снижение инициативности, нарушение способности самостоятельно ставить цель и изменение регулирующей функции цели при выполнении анализируемых видов деятельности, адекватности уровня притязаний, вследствие чего деятельность больных по мере углубления дефекта становится все менее продуктивной. Были получены также предварительные данные об особенностях эмоционального фона больных шизофренией: результаты исследования показали, что у больных шизофренией, в связи с движением болезненного процесса, меняется соотношение положительных и отрицательных эмоций.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что нарушения познавательной и мотивационно-волевой сферы у больных шизофренией, нарастающие по мере формирования дефекта, связаны с изменениями более общих факторов, определяющих протекание психической деятельности, в частности, со снижением психической активности. В исследовании впервые с помощью разработанного комплекса методик получены данные, дающие возможность экспериментальной оценки степени выраженности шизофренического дефекта.

Для общепсихологической теории данное направление исследований представляет уникальные возможности в разработке проблем психической активности, привлекающих к себе последнее время все больше внимания психологов - теоретиков и экспериментаторов.

Естественно, что представленные в сборнике работы, отражающие продолжающийся и развивающийся ход исследований лаборатории, различаются степенью завершенности и глубиной разработки разных проблем, одни из которых близки к разрешению, другие — на стадии начальных этапов поиска.

Однако опыт работы лаборатории патофизиологии Института психиатрии АМН СССР, направленной на изучение разных аспектов патологии психической деятельности больных шизофренией, свидетельствует о том, что эта область экспериментально-психологических исследований дает богатые возможности для рассмотрения широкого круга проблем, относящихся к решению ряда общепсихопатологических вопросов, к раскрытию природы самого болезненного процесса и к решению целого ряда актуальных проблем общей психологии.

#### Литература

1. Критская В. П. Особенности статистической организации речевого процесса больных шизофренией. — «Ж. невропатол. и психиатр.», 1966, т. 66, № 1, с. 102.
2. Критская В. П. Особенности восприятия речи больными шизофренией. — В кн.: Проблемы шизофрении. Тбилиси, 1967, с. 57.
3. Мелешко Т. К. Об одной особенности мышления больных шизофренией. — «Вопр. психол.», 1966, № 4, с. 66.
4. Мелешко Т. К. Изменение избирательности мышления при шизофрении II проблема использования прошлого опыта. — «Ж. невропатол. и психиатр.», 1972, т. 72, т. 72, с. 1675.
5. Мелешко Т. К., Филиппова В. А. К вопросу об обусловленности некоторых особенностей мышления при шизофрении. — «Ж. невропатол. и психиатр.», 1971, т. 71, № 6, с. 864.
6. Поляков Ю. Ф. Исследование нарушений психических (познавательных) процессов. — В кн.: Шизофрения. Клиника и патогенез. Под ред. Л. В. Снежневского. М., 1969, с. 199.
7. Поляков Ю. Ф. Патология познавательных процессов. — В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. Под ред. А. В. Снежневского. М., 1972, с. 225.
8. Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. — М., 1974.
9. Снежневский А. В. Общепатологическое и нозологическое в клинике шизофрении. — «Вестн. АМН СССР», 1971, №5, с.3.
10. Снежневский А. М. Nosos et pathos schizophreniae. — В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М., 1939, с.68.
11. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий. М., 1939, с.68.

*Источник: «Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении» // Труды института психиатрии АМН СССР, под общей редакцией академика АМН СССР А. В. Снежневского, Том I, Москва 1982 г.*

**Yulia Solovieva, Luis Quintanary**

**Place of activity theory conceptus in child neuropsychology**

Puebla Autonomous University, Mexico

[yulia.solovieva@correo.buap.mx](mailto:yulia.solovieva@correo.buap.mx)

**Соловьева Ю., Кинтанар Л.Р.**

**Место теории деятельности в детской нейропсихологии**

Независимый университет Пуэблы, Мексика

#### ABSTRACT

Neuropsychology is the part of psychology, which studies the relation between psychological and brain level of organization of human activity. It is possible to identify specific mechanisms or components of psychological processes related to the functioning of special brain zones. Such a study can be based on different general psychological theories. From the point of view of activity theory approach these compo-

nents can be understood as psycho-physiological structural and systemic mechanisms of actions and operations fulfilled by a subject in the context of one or another general activity. In other words, neuropsychological level of analyses could be understood as the elementary level of human activity. Neuropsychological analysis can be organized as assessment of actions and not of isolated functions. The analysis of whole process of interaction between psychologist and the child should be more important than description of isolated cognitive functions. The discussion stresses the importance of inclusion of the terms of activity theory to the practice in neuropsychology. Such terms might help to achieve coherent assessment of psychological age, types of external help, features of each child personality and the whole process of solution of tasks of assessment.

**Keywords:** Theory of neuropsychology, Activity theory, Child neuropsychology, Learning disabilities, Concepts of Neuropsychology

## АННОТАЦИЯ

Нейропсихология - это область психологии, которая изучает связь между психологическим и мозговым уровнем организации человеческой деятельности. Можно выделить специфические механизмы, или компоненты, психологических процессов, которые связаны с функционированием определенных зон мозга. Такое исследование может основываться на разных общепсихологических теориях. С точки зрения деятельностного подхода, эти компоненты можно понимать как психофизиологические структурные и системные механизмы действий и операций, выполняемых субъектом в контексте той или иной деятельности. Другими словами, нейропсихологический уровень функционирования можно понимать как первичный уровень человеческой деятельности. Нейропсихологический анализ может быть организован путём оценки действий, а не только отдельных изолированных функций. Важнее анализировать взаимодействие психолога и ребенка, чем только описывать изолированные когнитивные функции. В статье подчеркивается важность включения понятий теории деятельности в практику нейропсихологии. Эти термины могут помочь достичь согласованной оценки психологического возраста, разновидностей внешней помощи, особенностей личности каждого ребенка, а также всего процесса выполнения заданий в течение всего времени исследования.

**Ключевые слова:** нейропсихологическая теория, теория деятельности, детская нейропсихология, нарушение обучения, нейропсихологические понятия

**Introduction.** Neuropsychology is a particular branch of psychology, which studies the relation between psychological processes and brain level of organization of human activity. It is possible to say that neuropsychology studies possible relations between brain level and psychological level of activity. Such a study can be based on different general psychological theories. Relation between level of brain mechanisms and psychological processes can be established by different manners.

Some authors try to precise the localization of different cognitive functions in specific brain zones (Goodglass & Kaplan, 1972; Benson and Ardila, 1998; Ardila, 2005; Rosselli & Matute, 2012). The others claim that the brain with all structures works as a whole undividable unit, which is responsible for the subject's psychological abilities (Guimaraes, 2000). The first way of thinking is more common and more distributed in cognitive neuroscience today and is a kind of continuation of classic position of localization of psychological functions in brain structures. Such position proposes direct connection between brain structures and psychological processes. The new proposition of such way of thinking refers to the preference of localization of basic cognitive processes and more distributed brain participation for complex psychological processes (Bassett & Gazzaniga, 2011; Gazzaniga & Mangun, 2014).

It is possible to notice that complex processes are not localized in these models, but are represented as distributed systems with diverse components. From the first glance, it is possible to find similarity between complex distributed models and A.R. Luria systemic and dynamic conception of localization of psychological processes in the brain. The difference is that Luria was not localizing psychological functions by themselves, but psychological functions were understood not as brain mechanisms localized in the brain. Psychological functions are understood as but complex cultural actions as writing, reading, speech comprehension, problems solving and so on. Each cultural action has its "own cultural history" from the point of view of social development and of ontogenetic acquirement through the "history" of each particular child (Vigotsky, 1982; Luria, 1973). Such particular "history" always depends on particular features of social general culture

and social situation of development in each concrete case (Vigotsky, 1984; Elkonin, 1980; Obukhova, 2006).

According to this position, we believe that it is possible to speak about not only cultural historical psychology, but also of cultural historical neuropsychology. It is useful to use term of activity theory more precisely in order to stress systemic and dynamic relations between psychological processes and brain mechanisms. From the point of view of cultural historical neuropsychology it would be important to study specific cases of formation of functional brain systems as results of specific interaction between child and adult of group of children in different ages (Solovieva & Quintanar, 2014a, 2016a).

Cultural and historical origin of psychological actions is important position for neuropsychology. The child does not born with given actions of understanding, problems solution, reading and writing. Gradual psychological development and levels of acquisition of these actions continues to be an important object of multiple psychological investigations. Functional system with diverse cortical and subcortical components should become an object of research within developmental neuropsychology. The paths of ontogenetic development, possible changes in brain representation of the functions during infancy and never take into account. It seems to be that developmental psychology and neuropsychology have not yet met common terms in neuroscience. Same is the situation with characterization of features of child's personality.

The task of neuropsychologist is to determine precise functional stage (preservation or level of development) of each mechanism within specific functional system. Functional system is the level of brain representation of cultural action. From this point of view, cultural action would be represented in central nervous system as complex functional system; such system would include different (never only one) "neuropsychological factors" or functional mechanisms.

Vigotsky (1982) has defined systemic character of superior psychological functions; the difficulty of his conception consisted in the absence of new level for psychological analysis instead of the term "function". According to continuation of cultural tradition in psychology (Leontiev, 1975, 1983), the terms "activity" and "action" seems to be much more appropriate for systemic analysis of cortical and subcortical mechanisms in neuropsychology.

The concept of activity in psychology should not be understood as equal to the concept of "function". The term function has too broad meaning and might be applied to all levels of consideration: anatomic, physiological, neurological, genetic and so on. The concepts of activity and of action belong to cultural level of a subject and include motive, goal, orientation and result (Galperin, 1998; Leontiev, 2000; Talizina, 1984; 2009).

An action is the essential process of activity, and its motive corresponds to the same of activity. For example, the action of solution of arithmetic problem is only one of the actions, which belong to the activity of learning at school. At preschool age, one of examples of actions might be drawing of an object or of a landscape (Solovieva & Quintanar, 2012, 2016a).

One of the tasks of neuropsychology is to study activity and action from the point of view of brain cortical and subcortical mechanisms, which take place for their realization. The level of psychophysiological and neuropsychological mechanisms of actions is the level, which permits to establish dialectic relation between psychological processes as culturally formed actions and the level of organism (Anokhin, 1980; Bernstein, 1990; Machinskaya, 2012).

From the point of view of activity theory approach, brain components might be understood as psycho-physiological structural and systemic mechanisms of conscious actions and subconscious operations fulfilled by a subject in the context of one or another general activity. In other words, neuropsychological level of analyses could be understood as the elementary level of human activity.

According to Luria (1973), none of psychological function could be localized directly in the human brain. Such proposition is based on theoretical comprehension of psychological functions or psychological processes. Psychological functions represent complex acquisitions, which pass through gradual development on different stages during the child's life (Vigotsky, 1984 Elkonin, 1989). All psychological processes appear firstly as external shared and collective material actions between adult and child (Vigotsky, 1984). Cultural objects are an integrative part of these actions and we might understand them even better as extra brain processes. Only later, psychological processes might be represented as internal individual processes.

From the point of view of activity theory the subject or personality has to be represented as subject of his own activity. The unit of psychological study is action and not function. According to Talizina (1984, 2009),

the action could be understood as an elemental level of human activity, which conserves all significant components, such as motive, objective, result and means of execution. Examples of actions are writing of sentences; drawing of a house, playing with a doll, reading a text. All mentioned actions have same psychological invariant structure, but different content and might be analysed as shared actions or as individual actions of a child in each concrete case.

Different psychological phenomenon might be described in terms of actions instead of the terms of functions. For example the possibility of remembering and reproduction of information, which is related to traditional function of memory actually depends on specific actions of subject. Such action can be action of semantic or significant organization, action of coping of words, drawing of scheme and so on. Such processes can be realized as conscious or as automatic. In the second case, as automatic processes, they are operations and not actions, according to Leontiev's conception (Leontiev, 2000).

Neuropsychological analysis could be proposed as assessment of cultural actions of a child instead of classic analyses of isolated psychological functions. For example, it is possible to propose the assessment of learning activity instead of assessment of memory, attention, perception and so on. The neuropsychological analysis of learning difficulties can be based on activity theory approach. In this case it is necessary to identify the structure of learning activity, which includes: motive, object (material, perceptive, verbal or combined), objective, orientation base of action and the sequence of operations. Each component can be fulfilled only in the case of conservation or adequate development of different neuropsychological mechanisms.

The learning process can be represented as specific activity of a child which consists of variety of different actions such as writing of words, pronunciation of sounds, counting, problem solution, reading and analyses of texts and so on. Each action and operation is realizing with the help of variety of elementary components at brain level. Neuropsychological analyses can provide the means and instruments for identification of preserved and disturbed mechanisms. Such an assessment can be useful for understanding of the learning process and of children with learning disabilities.

The structure of the action depends on its real goal and on the grade of acquisition of action. For example, each particular task refers to particular goal. The task for assessment might be: "Write the sentence" or "Write the first letter of each word" and so on. Operations or means of each action will different.

Each action includes series of operations, which are the essential means of realizations of the action. As we have said the action is always conscious while the operation is no reflected in the consciousness of the pupil. Such relation is dynamic and changes form the beginning to the end of the process of child's education. The teacher has to know that conscious actions can convert into automatic operations correctly only in case of their adequate representation at the initial level of education. That is, all four aspects of the action of writing has to be reflected in consciousness of the pupil at the initial stage of learning process in order to pass to internal level at the end of this process.

It is clear that nor action neither operation can not be accomplished without participation of another elementary level which is level of central nervous system and brain level. Each action and operation is realizing with the help of variety of elementary components at brain level. Such components can be understood as psychophysiological mechanisms of actions and operations or as elemental level of human activity. Diverse variations of the possibilities of formation and development of these mechanisms with relation to aspects of cortical and subcortical maturation should be taken into account, especially in cases of youngest children (Lebedinsky, et al, 1999).

We think that analyses of neuropsychological mechanisms without including them into general model of human activity make little sense. In other words, all neuropsychological mechanisms participate not only as biological natural functions, but only as elementary components of actions and operations. These actions and operation might be developed and formed only as a result of cultural interaction between adult and child (Vigotsky, 1984; Leontiev, 2000; Tomasello, 2013). It is clear that cultural activity, reading or drawing, cannot be accomplished without participation of its material base (brain structures). But according to historic-cultural psychological conception development of neuropsychological mechanisms depends on their inclusion in concrete activity. Such activity is always cultural by nature, depends on the history of human-kind and is specific for different historical periods and social situations (Leontiev, 1975, 1983, 2000; Tomasello, 2013; Solovieva & Quintanar, 2010).

**Conclusions.** We are sure that neuropsychology might be integrated into conception of cultural development of psychological activity not only in words, but also in a proper way of consideration of consolidation

of complex functional systems in different psychological ages. According to our opinion, it is impossible to work as a child neuropsychologist without acceptance of general psychological explicative system in which brain factors or components of actions would be inserted. In our opinion it could be useful to apply general psychological activity theory to qualitative neuropsychological approach especially for cases of assessment and correction of learning disabilities and developmental problems in children of different ages. Let us explain how activity theory concepts might be useful for neuropsychology.

#### References

1. Anokhin, P.K. (1980). *Problemas claves de la teoría del sistema funcional*. Moscú: Ciencia.
2. Ardila, A. (2005). *Las afasias*. Miami: Florida International University.
3. Bassett, D.S. & Gazzaniga, M.S. (2011). Understanding complexity in the human brain. *Trends in Cognitive Neurosciences*, 15, 5: 200-209.
4. Benson D.F. & Ardila A. (1996) *Aphasia: A clinical perspective*. New York: Oxford University Press.
5. Bernstein, N.A. (1990). *Fisiología de los movimientos y de la actividad*. Moscú: Ciencia.
6. Elkonin, D. B. (1980). *Psicología del juego*. Madrid: Pablo del Río;
7. Elkonin, D. B. (1989). *Obras psicológicas escogidas*. Moscú: Pedagogía.
8. Galperin, P.Ya. (1998). *Actividad psicológica como ciencia objetiva*. Moscú: Academia de Ciencias Pedagógicas y Sociales.
9. Gazzaniga, M.S. & Mangun, G.R. (2014). *The cognitive neurosciences*. Cambridge: MIT Press.
10. Gluzman, J. & Shevchenko (2014). Executive functions in children with ADHD. *Psychology & Neuroscience*, 7 (4): 453-460.
11. Goodglass, H. & Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea and Febiger.
12. Lebedinsky, V.V., Markovskaya, I.F., Lebedinskaya, K.S., Fishman, M.N. & Trush, V.D. (1999). El análisis clínico neuropsicológico y neurofisiológico de las anomalías del desarrollo psicológico de niños con disfunción cerebral mínima. En: *A.R. Luria y la psicología contemporánea*. Moscú, Universidad estatal de Moscú.: 62-68.
13. Leontiev, A.N. (1975). *Actividad, conciencia, personalidad*. Moscú: Universidad Estatal de Moscú.
14. Leontiev, A.N. (1983). *Obras psicológicas escogidas*. Moscú: Universidad Estatal de Moscú.
15. Leontiev, A.N. (2000). *Conferencias sobre psicología general*. Moscú: Sentido.
16. Luria, A.R. (1973). *Problemas de neuropsicología*. Moscú: Universidad Estatal de Moscú.
17. Machinskaya, R. (2012). Why does Psychologist need "Social Brain"? *Cultural-historical Psychology* , 2012 (4): 103-108.
18. Obukhova, L.F. (2006). *Psicología de las edades psicológicas*. Moscú: Educación Superior.
19. Rosselli, M. & Matute, E. (2012). Desarrollo neuropsicológico y maduración cerebral. In: E. Matute (Ed) *Tendencias actuales de las Neurociencias cognitivas*. México: Manual Moderno.: 87-100.
20. Solovieva, Y. & Quintanar, L. (2010). Antología del desarrollo psicológico del niño preescolar. México: Trillas.
21. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2012). Formation of drawing activity in Mexican preschool children. *Psychology Research*, 2, 8: 479-489.
22. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2014). *Enseñanza de la lectura. Método práctico para la formación lectora*. México: Trillas.
23. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2016). *El dibujo como actividad formativa en la edad preescolar*. México: Trillas.
24. Talizina, N.F. (1984). *Dirección del proceso de asimilación de conocimientos*. Moscú: Universidad Estatal de Moscú.
25. Talizina, N.F. (2009). *La teoría de la actividad aplicada a la enseñanza*. México: Universidad Autónoma de Puebla.
26. Tomasello, M. (2013). *Los orígenes de la comunicación humana*. Madrid: Katz Editores.
27. Vigotsky, L.S. (1982). *Obras psicológicas escogidas*. Tomo 1. Moscú: Pedagogía.
28. Vigotsky, L.S. (1984). *Obras psicológicas escogidas*. Tomo 6. Moscú: Pedagogía.

**Абросимов И.Н.**

**Мотивационные особенности студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология» в свете новых образовательных стандартов**

МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

**Ключевые слова:** мотивация, клинические психологи, студенты, мотивация на обучение

**Abrosimov I.N.**

**Motivational characteristics of students studying in the specialty "Clinical Psychology" in the light of new educational standards**

A.I. Yevdokimov MSUMD MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** motivation, clinical psychologists, students, motivation to learn

**Введение.** Клинический психолог в качестве самостоятельного специалиста является достаточно новым явлением для отечественного образования и рынка труда. Возможно и поэтому образ кини-

ческого психолога, а также мотивация выбора данной специальности для дальнейшего обучения и трудовой деятельности представляются неоднозначными как для профессионального сообщества, так и для социума в целом.

Особенности недифференцированных субъект-объектных отношений и развитие практико-ориентированного подхода способствуют тому, что психология является дисциплиной, в которую идут не всегда столько движимые мотивом помощи другим, сколько следуя мотиву самопознания. Свои отличительные черты приобретает и клиническая психология, одной из актуальных проблем которой является соотношение понятий и феноменов «нормы» и «патологии».

При этом современные тенденции модернизации системы высшего образования отмечают достаточно четкую ориентацию его новых стандартов (ФГОС ВО 3++) на компетентностный подход. Данная парадигма наряду с приобретением знаний, умений и навыков в качестве основных «продуктов» образовательного процесса подчеркивает важность стремления, желания студента к развитию, самореализации, получению новых знаний и навыков в рамках своей профессиональной деятельности. Значит, в качестве одного из критериев эффективной профессиональной подготовки будущих специалистов - клинических психологов, адаптированных к современным условиям рынка труда, стоит рассматривать психологическое сопровождение их образовательного процесса с учетом особенностей мотивационной сферы.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 225 очных студентов МГМСУ им А.И. Евдокимова, проходящих обучение на различных курсах. Средний возраст по общей выборке составил  $19,76 \pm 2,17$ . Основную группу составили 80 студентов обучающихся по специальности «Клиническая психология» ( $n=80$ ); в группу сравнения вошли студенты, обучающиеся по специальности «Стоматология» ( $n=145$ ). Пакет применяемых психодиагностических методик включал в себя: 1) Методика изучения мотивации обучения в вузе Т.И. Ильиной; 2) Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90 - Revised) SCL-90-R (Derogatis et al., 1976).

**Результаты.** Ключевыми данными, полученными в результате данного исследования стали специфические показатели мотивации на обучение в вузе у студентов-психологов. Так в структуре их мотивации к обучению доминирует мотив получения знаний ( $6,9 \pm 2,5$  балла), который рассматривается авторами методики адаптивным и относящимся к группе внутренних мотивов. Показатели таких мотивов как овладение профессией ( $5,3 \pm 2,1$  балла) и получение диплома ( $5,2 \pm 2,8$  балла) менее выражены в представленной структуре и имеют схожую выраженность. Будущие психологи хотят получить знания и навыки о своей профессии, они внутренне готовы к их включению в свой опыт.

Структура мотивации на обучение студентов-стоматологов носит менее «пиковый» характер (Получение знаний -  $6,5 \pm 2,4$  балла; Овладение профессией -  $6,1 \pm 2,2$  балла; Получение диплома -  $6,3 \pm 2,5$  балла). Подобная «сглаженность» полученных результатов можно рассматривать двояко: с точки зрения, как гармоничного распределения мотивов в структуре, так и с точки зрения их малой дифференциации. Стоит отметить, что средние показатели к обучению в данной группе выше, чем в группе студентов-психологов. Можно предположить, что будущие стоматологи более ориентированы в том, какой профессии они обучаются и что они от нее ждут.

При этом студенты-психологи отличаются статистически значимо более низкими показателями мотивов овладения профессией ( $p=0,006$ ) и получения диплома ( $p=0,006$ ) в сравнении со студентами-стоматологами. Полученные данные также можно охарактеризовать с точки зрения социального положения специалиста-психолога и особенностей востребованности его услуг в реалиях современной жизни. Не вполне четко сформулированный и осознанный запрос общества на услуги клинико-психологического профиля формирует особое индивидуальное отношение к будущей профессии у студентов данного профиля. Они ориентированы не на инструментальные внешние мотивы обучения и дальнейшего достижения социальных благ в рамках профессии, но на личностно значимых навыков и знаний.

Важными представляются также результаты исследования психопатологической симптоматики в качестве возможного скрининга адаптации к выбранной профессии. Так в группе студентов обучающихся по специальности «Клиническая психология» нагрузка симптоматики представлена выше, чем в группе обучающихся по специальности «Стоматология». Статистически значимо

выше показатели по шкалам Депрессивность ( $0,87 \pm 0,71$  и  $0,69 \pm 0,63$  балла;  $p=0,049$ ), Тревожность ( $0,76 \pm 0,72$  и  $0,56 \pm 0,48$  балла;  $p=0,030$ ), Враждебность ( $0,76 \pm 0,70$  и  $0,53 \pm 0,48$  балла;  $p=0,038$ ). Согласно полученным результатам, студенты-психологи более подвержены негативным переживаниям, что на первый взгляд может противоречить общепринятым представлениям. Однако для более полного описания данных необходимо учитывать специфику профессиональной подготовки по специальности «Клиническая психология». Она включает применение интерактивных и тренинговых форм обучения, направленных на формирование навыков эмпатии и рефлексии в отношении лиц, граничащих или приближенных к континууму психической патологии. Для конгруэнтного контакта с пациентом студенты-психологи «фразеуют» себе негативные переживания и учатся их идентифицировать. Студенты-стоматологи же не стремятся учитывать индивидуальные особенности психической деятельности будущих клиентов, что отражается в более «желательном» спектре переживаний.

**Резюме.** 1. Современные образовательные стандарты, ориентированные на компетентностный подход, подчеркивают роль мотивационной сферы обучающихся в психологическом сопровождении их профессиональной подготовки. 2. Структура мотивации на обучение студентов-психологов отличается доминированием «внутреннего» мотива получения знаний, а также снижением показателей инструментальных мотивов освоения профессии и получения диплома, что может быть детерминировано социальным контекстом выбранной специальности. 3. Современная профессиональная подготовка по специальности «Клиническая психология» опирается на инновационные педагогические технологии, применение которых может отражаться в «легализации» негативных переживаний и снижении их стигматизации в качестве однозначно патологических.

**Авилов А.Ю., Бизиук А.П.**

**Гомосексуальность и фемининная идентичность при некоторых формах умственной отсталости у мужчин**

Институт специальной педагогики и психологии,  
Психоневрологический интернат №10, Санкт – Петербург, Россия  
[avilov.1981@mail.ru](mailto:avilov.1981@mail.ru)

**Ключевые слова:** умственная отсталость, гомосексуальность, фемининность, маскулинность

**Avilov A.Y., Biziuk A.P.**

**Homosexual behavior and gender identity in some forms of mental retardation in men**

Psikhonevrologicheskiy internat №10  
Institute of special pedagogy and psychology, Saint – Petersburg, Russia

**Keywords:** mental retardation, homosexuality, femininity, masculinity

**Введение.** Массовые тенденции, существующие в обществе в отношении пересмотра ролевого поведения полов, привлекают внимание к различным аспектам этой проблемы и требуют разностороннего подхода к поиску порождающих ее причин. Умственная отсталость (УО) как форма дизонтогенеза традиционно позиционируется как следствие ранних поражений мозга различной природы и масштабности. Например, изучая эту проблему, Исаев Д.Н. (2003) обращает внимание на зависимость между формами УО и структурными изменениями в ЦНС, в частности вовлеченности в этот процесс глубинных образований мозга, в том числе миндалевидного тела и гипоталамуса, которым принадлежит особая роль в регуляции полового поведения и формировании половой идентичности [Д.Н. Исаев]. Аналогичной точки зрения придерживаются и другие ученые [S. LeVay, J. Money].

В проведенных нами ранее исследованиях гендерной идентичности УО мужчин, проживающих в условиях психоневрологического интерната (ПНИ), была выявлена определяющая роль в ее становлении гомосексуального полового влечения, характерного для 60% обследованных. На его базе у мужчин с УО формируется фемининное половое самосознание и мотивация, внешне проявляемые в таких феноменах поведения как влюбленность в лиц своего пола, кросс-дрейсинг и подражание женским манерам поведения [1, 6,7].

В представляемом ниже исследовании была сделана попытка показать, что одним из компонентов сексуально-эротической сферы у значительной части мужчин с УО является гомосексуальность. Предпосылкой гомосексуальности выступают конституциональные особенности и особенности высшей нервной деятельности, проявляющиеся определенными паттернами поведения. На



данной патопластической основе, под воздействием специфических для этого контингента социальных стимулов, (особенности проживания в ПНИ, родительская депривация) развивается форма психического недоразвития, в структуре которой одним из основных психических феноменов идентичности можно выделить фемининность.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе одного из психоневрологических интернатов Санкт-Петербурга. Ключевая задача исследования - сравнительный анализ психологических предпосылок половой идентичности мужчин с УО гомосексуалов и гетеросексуалов.

Основную группу составили 40 чел. мужчин с УО гомосексуальной ориентацией от 21 до 37 лет. При психологическом исследовании показатели основной группы сравнивались с аналогичными в контрольной группе гетеросексуальных мужчин с УО (40 чел.). Все испытуемые проживали на территории интерната более 3 лет. Все испытуемые основной группы идентифицировали себя как гомосексуалов, вели гомосексуальный образ жизни.

Изучение половой идентичности мужчин с УО проводилось с помощью психологических методик: опросник по изучению маскулинности и фемининности С. Бэм, в адаптации М.В Бураковой. [2], тест аспектов отношения к своему и противоположному полу «Возраст. Пол. Роль» (ВПР) [5]. ММРП - шкала 5 (мужественности, женственности) [4].

**Результаты исследования.** Статистическая обработка данных двух групп проводилась с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Статистический анализ результатов, полученных по методике С. Бем, показал, что показатель фемининности (F) в обеих группах доминирует над показателем маскулинности (M). Однако выявились значимые статистические различия в соотношениях показателей F и M. У мужчин-гомосексуалов с УО показатель маскулинности, как и предполагалось, значительно ниже ( $p=0,0003$ ), а фемининности, напротив, значительно выше ( $p=0,002$ ) по сравнению с контрольной группой. Испытуемые с удовольствием соглашались с фемининными характеристиками и отмечали их у себя. В контрольной группе показатели F и M были более равными. Лица основной группы относились к приписываемым мужчинам качествам скорее враждебно, отрицая их у себя.

Схожие показатели нам удалось получить и по шкале женственности (ММРП). Испытуемые основной группы по показателю женственности значительно отличались от показателей контрольной (здесь и далее все сравниваемые показатели продемонстрировали достоверность различий с порогом  $p<0,001$ , а чаще и с меньшей вероятностью ошибки). По результатам ММРП можно допустить, что отличия основной группы заключаются, помимо сексуальной ориентации, еще и в женственной системе нравственно-ценностных установок, характеризующих полоролевую самоидентификацию. Различия по шкале Mf ММРП оказались исключительно достоверны. При исследовании оценки аспектов отношения к своему и противоположному полу по методике «Возраст. Пол. Роль» были выявлены следующие различия: мужчины основной группы достоверно чаще выбирали как понравившиеся изображения мужчин, а мужчины контрольной группы - женщин. Притом, мужчины основной группы достоверно чаще как наиболее понравившиеся выбирали портреты мальчиков и юношей; мужчины же контрольной группы, достоверно чаще выбирали как понравившихся изображения девушек и молодых женщин. Высокий уровень достоверности различий продемонстрировали и расчетные коэффициенты предпочитаемых (отвергаемых) портретов. В основной группе существенно выше показатель КМ в контрольной группе показатель КФ.

**Выводы.** 1. При определенных условиях формирования умственной отсталости у мужчин гомосексуальность можно рассматривать как отдельный феномен, типичный для данной формы дизонтогенеза. 2. Ценностный компонент половой идентичности мужчин гомосексуалов с умственной отсталостью отличается от аналогичной сферы мужчин с умственной отсталостью гетеросексуалов:

- фемининностью в половом самосознание, в виде предпочтения фемининных стереотипов отношений;
- избирательной оценкой мужской внешности как привлекательной для лиц того же пола.

#### Литература

1. Авиллов А.Ю., Бизюк А.П. Гендерное поведение мужчин с умственной отсталостью в условиях психоневрологического интерната // Проблемы современного педагогического образования, 2016. №52. С. 286-304
2. Воронцов Д.В. Гендерная психология общения. Ростов н/Д., ЮФУ, 2008. 208 с.
3. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003. 384 с.

4. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРП / М-во здравоохранения РСФСР. Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии. М., 1971. 63 с.
5. Эйдемиллер Э.Т., Юстицкий В. В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер 2010. 667 с.
6. LeVay S. Gay, straight, and the reason why: the science of sexual orientation., Oxford University Press, 2011. P.412
7. Money J. and Tucker P, Sexual Signatures: On Being a Man or a Woman, Boston, Toronto: Little, Brown and Company, 1975. P. 250

**Агеенкова Е. К., Гребень Н. Ф., Ларионов П. М.**

**Жизненный сценарий больных артериальной гипертензией**

Белорусский государственный педагогический университет, Минск, Беларусь  
[ageenkova@list.ru](mailto:ageenkova@list.ru), [strekosa@tut.by](mailto:strekosa@tut.by), [pml.org1@icloud.com](mailto:pml.org1@icloud.com)

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, личностные особенности, жизненный сценарий

**Ageyenkova E.K., Greben N.F., Larionov P.M.**

**The life scripts of patients with arterial hypertension**

The Belorussian State Pedagogical University, Minsk, Belarus

**Keywords:** arterial hypertension, personal characteristics, life scripts

В исследовании осуществлена попытка обобщения данных исследования личностных особенностей больных артериальной гипертензией (АГ) с использованием, как опросных методов исследования личности, так и проективных. Н. Ф. Гребень при использовании методики «Диагностика межличностных отношений» Т. Лири в модификации Л.Н. Собчик обнаружила в самооценке 50 больных АГ (33 женщины и 17 мужчин, средний возраст 47,6 лет) по сравнению со здоровыми значимую выраженность в их «Я актуальном» следующих стилей построения межличностных отношений: «Альтруистический» (ранг 1), «Дружелюбный» (ранг 2), «Авторитарный» (ранг 3). Эти данные указывают на то, что больные АГ оценивают себя как дружелюбных, лобезных, ориентированных на социальное принятие и социальное одобрение, уверенных в себе, упорных, настойчивых, стремящихся завоевать лидерские позиции, готовых помогать другим людям, гиперответственных, склонных приносить в жертву свои интересы, стремящихся всем сострадать и помогать, причем активно проявляющих данные намерения вплоть до навязчивости. При этом сравнительный анализ самооценок «Я актуального» и «Я идеального» обнаружил желание больных АГ усилить в себе характеристики, входящие в октант I «Авторитарный» и октант II «Эгоистический». Это указывает на то, что больные АГ стремятся быть во взаимоотношениях с другими людьми быть еще более успешными, упорными, доминантными и авторитетными лидерами, хотя бы, чтобы их больше уважали и ценили [1].

В независимых исследованиях Е. К. Агеенкова и Е. В. Михальчишина выявили личностные особенности больных АГ (8 мужчин и 5 женщин в возрасте от 46 до 60 лет) с опорой на теорию Р. Ассаджоли, который считал, что врожденная потребность человека в стремлении к «Высшему Я» реализуется в жизни через стремление иметь в качестве образца для подражания «идеальный образ совершенной личности, соответствующей их масштабу, стадии развития и психологическому опыту» [2, с. 18-19]. Они использовали метод интервью на две темы: 1) «Кем являлся ваш идеал в подростковом возрасте, и благодаря каким качествам он стал для вас эталоном?»; 2) «Кто является для вас идеалом в настоящее время, и благодаря каким качествам он стал для вас эталоном?». При этом указывалось, что это мог быть герой кино, литературы, реальный человек, историческая личность или кто-либо другой. По сути, данный подход является проективным методом диагностики и направлен на выявление «атрибутивной» проекции. Сравнительный анализ показал, что как в подростковом возрасте, так и на момент исследования у больных АГ по сравнению со здоровыми, значимо чаще встречались следующие эталонные черты героев: «принципиальность» (содержательная характеристика – твердость убеждений и взглядов) и «самоотречение» (содержательные характеристики – осознанный отказ от личных благ, патриотизм, полная отдача себя делу или людям, бескорыстие, героизм, преданность). Помимо этого на момент исследования у больных АГ по сравнению со здоровыми значимо чаще стала встречаться такая эталонная черта как «ответственность» (содержательные характеристики – обязательность, умение держать слово, чувство долга). Был сделан вывод, что больные АГ еще в подростковом возрасте избрали для себя в качестве эталонов личностные характеристики, характеризующие с одной стороны твердость и принципиаль-

ность, с другой – жертвенность во имя идеи, ради других людей и общества. При этом они сохранили и в зрелом возрасте ориентацию на эти личностные ориентиры [3].

Данные исследования с использованием разных методологических подходов позволили обнаружить идентичные личностные характеристики больных АГ. Однако они не дают полной картины формирования именно дезадаптивных форм реагирования на определенные жизненные ситуации, что может служить причиной развития хронического заболевания.

В связи с этим было осуществлено исследование жизненного сценария больных АГ (5 женщин и 1 мужчина в возрасте 50-60 лет), с использованием проективного приема «Персональная сказка». Понятие «жизненный сценарий» ввел создатель транзакционного анализа Э. Берн, который понимал его как составленный каждым человеком еще в детском возрасте план будущей жизни [4, с. 190]. Он предложил его изучать, анализируя помимо всего прочего, персонажей сочиненной сказки [5, с. 111-113].

На начальном этапе анализа персональных сказок выявлялся «персонаж проекции», с которым сочинитель идентифицирует себя. Сравнительный анализ с персональными сказками практически здоровых лиц позволил выявить ряд следующих закономерностей, которые, предположительно, могут быть связанными с развитием у них АГ: 1) персональная сказка представляет собой пересказ собственной жизни, в которой описан процесс достижения своих замыслов, что можно расценить как эгоцентризм и абсолютизацию своих жизненных установок; 2) сюжет сказки заканчивается на том жизненном периоде, в котором пребывает сочинитель, и дальнейшего его развития нет, что может указывать на удовлетворенность своими жизненными достижениями и на отсутствие желания дальнейшего развития; 3) в сказках больных АГ не отражены препятствия, кроме существования субъекта, противостоящего «персонажу проекции», который поступает «неверно»; 4) в сказке «персонаж проекции» не вступает в сотрудничество с кем-либо из своего окружения, особенно в завершающей части повествования; 5) свои положительные эмоции «персонаж проекции» проявляет лишь в отношении работы; 6) в сказках в основном отражена поведенческая сфера «персонажей проекции», эмоциональная сфера не выражена, слабо выражена или проявлена у «персонажа проекции» лишь в начале жизненного пути. Часто повторяющееся негативное эмоциональное проявление – неприятие посредством осуждения.

Данные независимые исследования позволили сделать выводы, что больные АГ эгоцентричны, для них характерны ориентиры на высокие моральные стандарты, которые обусловлены их жизненным сценарием. С их позиций они оценивают как свою жизнь, так и поведение окружающих людей, по отношению к части которых формируются неприязненные отношения. Мы полагаем, что эгоцентризм, стремление доминировать, и навязывать свои моральные стандарты могли способствовать формированию у больных АГ как внутриличностных, так и межличностных конфликтов, интенсифицирующих и пролонгирующих эмоциональное напряжение.

#### Литература

1. Гребень Н.Ф. Специфика представлений о себе у больных артериальной гипертензией // Ананьевские чтения – 2016: Психология: вчера, сегодня, завтра : материалы междунар. науч. конф., Санкт-Петербург, 25–29 окт. 2016 г. : в 2 т. – Том 1. / Отв. ред. А.В. Шаболтас, Н.В. Гришина, С.В. Медников, Д.Н. Волков. – СПб: ИД «ФАРМиндекс», 2016. – Т. 1. – С. 71–72.
2. Ассаджолли Р. Психосинтез. М.: Рефл-бук, К: Ваклер, 1994.
3. Агеенкова Е.К., Михальчишина Е.В. Артериальная гипертензия в свете выбора специфических личностных эталонов. // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: материалы XII Междунар. конф., 11-12 апр. 2014. – Минск, 2014. – С. 360-362.
4. Берн, Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. – Минск, 1992.
5. Стоарт Й., Джойнс В. Современный транзактный анализ. – СПб., 1996.

**Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Бузык О.Ж., Гуревич Г.Л.**

**Барьеры и возможности психотерапии пациентов с коморбидными психическими и наркологическими заболеваниями**

МНИЦ наркологии ДЗ г. Москвы; МНИИП филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ; ПБ №13 ДЗ г. Москвы, Москва, Россия  
agibalovatv@mail.ru .psylab2006@yandex.ru

**Ключевые слова:** психотерапия, коморбидные расстройства

**Agibalova T.V., Rychkova O.V., Buzik O.G., Gurevich G.L.**  
**Barriers and opportunities for psychotherapy of patients with**  
**comorbid psychiatric and narcological diseases**

Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of the V.Serb'sky NMRCPN  
of the MOH Russia; Psychiatric hospital № 13 of the Moscow City Health Department  
Moscow, Russia

**Keywords:** psychotherapy, comorbid disorders

Коморбидность психических заболеваний и зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ) – явление не только частое, но и имеющее тяжелые последствия, что отмечается как зарубежными, так и отечественными авторами [А.Г.Гофман, 2014; H.E.Ross et al., 1988; L.Boschloo et al., 2012]. Употребление ПАВ психически больными приводит к эскалации как продуктивной психопатологической симптоматики при эндогенных заболеваниях, так и симптомов депрессии. А также к уменьшению длительности ремиссии, нарастанию дефекта, нарушениям поведения, суициальному риску [S.M.Hartz et al., 2014]. Употребление ПАВ снижает комплаентность психически больных, ведет к необходимости увеличения объема психофармакотерапии, с одновременным снижением терапевтической эффективности и возрастанием степени выраженности побочных эффектов препаратов [Т.В.Агибалова с соавт, 2010].

Одной из первых гипотез, объясняющих распространенность приема ПАВ у психически больных лиц, стала «гипотеза самолечения» («self-medication hypothesis») [E.J.Khantian, 1985]. В соответствии с ней, ПАВ пациенты используют для купирования субъективно неприятных симптомов психического заболевания. В этом случае зависимость от ПАВ предстает как вторичная, производная от психического расстройства. Альтернативная точка зрения гласит, что длительный прием ПАВ - важный предиктор психической патологии, и тогда психическое расстройство трактуется как вторичное. Модель двух переменных, предполагает, что обострение психопатологической симптоматики ведет к усилению употребления алкоголя или иных ПАВ, и наоборот. Происходит «встраивание» зависимости от ПАВ в структуру психического расстройства, и симптомы двух групп дают множество сочетаний, обусловленных характером психопатологической симптоматики и используемых ПАВ [H.M.Pettinati et al., 2013; J.Robinson et al., 2011]. Здесь говорят не о «коморбидных», но о «сопутствующих» расстройствах («co-occurring disorders»), механизмы которых сложнее [H.M.Pettinati et al., 2013; J.Robinson et al., 2011].

Приведенные модели генеза сочетанных расстройств интересны не сами по себе, но как значимые для построения психофармакотерапии и психотерапевтической работы с пациентами. Однако для клиницистов, имеющих дело с этой проблемной, малокурабельной группой, научные дискуссии напоминают спор о яйце и курице; гораздо более важным является вопрос о том, как помогать пациентам.

Укажем те аспекты проблемы пациентов с коморбидными психическими и наркологическими заболеваниями, которые сложны для разрешения. Реальные потребности лиц, имеющих проблемы с алкоголем и наркотиками и, одновременно, с психическим здоровьем, как будто отходят на второй план, особенно если смотреть на них с позиции фискальных ведомств. В глазах чиновника они скорее выглядят как нарушители закона, а не пациенты, нуждающиеся в помощи. В российском обществе в значительной степени сохраняется негативное, осуждающее, стигматизирующее отношение к зависимым от наркотиков (несколько менее выраженное в отношении употребляющих алкоголь). При проведении научных исследований в области психофармакотерапии, при апробации новых препаратов и схем лечения нет более частого явления, чем исключение пациентов с сопутствующим потреблением ПАВ из когорты респондентов [I.Hamilton, R.Pringle, 2013; J.Delgado, F.Kay-Lambkin, 2016]. Это не дает возможности оценить потенциал предлагаемой терапии для лиц с коморбидными расстройствами; и каждый клиницист-практик поневоле становится исследователем, самостоятельно «изобретая» способы лечения столь сложной в клиническом отношении группы больных.

В области психотерапевтической помощи проблем еще больше. Психотерапия недавно всерьез вошла в наркологию, стала признаваться на высоком уровне, вошла в стандарты и клинические рекомендации. Психотерапия в отечественной психиатрии также является скорее изыском, ориен-

тированным на перспективу проектом, нежели ежедневной реальностью. Такое положение дел совершенно неудовлетворительно для пациентов с коморбидными психическими и наркологическими заболеваниями, лечение которых невозможно с использованием только психофармакотерапии, требует длительного сопровождения пациентов в программах поддержки, решения многих личностных и социальных проблем. Пациент с коморбидными расстройствами – прямое показание к использованию междисциплинарного подхода, к работе группы сотрудничающих между собой психиатров, наркологов, психологов, социальных работников, и такое сотрудничество между специалистами имеет решающее значение, но в реальности затруднено.

Для того, чтобы эффективно лечить таких сложных больных, необходимо: точная диагностика; широкий арсенал средств фармакотерапии; высоко квалифицированные кадры, обученный персонал, управление качеством работы службы; признание важности полипрофессиональной бригады, роли психотерапии и реабилитации; наличие разработанных программ биомедицинских и психосоциальных методов и стратегий реабилитации больных с коморбидными расстройствами; обязательное обеспечение работы в группе, в сообществе; использование инклюзивной стратегии лечения, которая позволит получать индивидуальные консультации, групповые встречи партнерам, супругам, детям и другим членам семьи больного; индивидуальный подход к больному («case-management») с планированием поддерживающих интервенций, содействующих укреплению самооценки и уверенности пациента в себе, своих силах, возможности достижения трезвости и адаптации; а также многое другое, включая изменения в общественном сознании.

Однако работать с такими сложными больными необходимо, и не только из-за высокой цены, которую общество платит за рост психических расстройств и числа потребителей наркотиков. Не стоит забывать соображения гуманности по отношению к таким пациентам. Изучение столь сложной клинической группы, нахождение путей помощи им безусловно продвинет вперед развитие науки и практики в области психиатрии, наркологии, клинической психологии и психотерапии. Разработанных технологии найдут применение в области профилактики психических и наркологических расстройств, то есть будут иметь огромное значение для общества в целом.

#### Литература

1. Агибалова Т.В., Голощапов И.В., Рычкова О.В. Комплаенс-психотерапия больных с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2010. – №3. – С. 58–64.
2. Гофман А.Г. Алкоголизм, сочетающийся с шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра // Вопросы наркологии. 2014. № 3. С. 127-136.
3. Boschloo L., van den Brink W., Penninx B.W., Wall M.M., Hasin D.S. Alcohol-use disorder severity predicts first-incident of depressive disorders // Psychol Med. – 2012. – Vol.42,N.4. – P.695-703
4. Delgadoillo J., Kay-Lambkin F. Closing the science-practice gap: introduction to the special issue on psychological interventions for comorbid addictions and mental health problems // Advances in Dual Diagnosis. – 2016. - Vol.9, N 2/3. - doi/full/10.1108/ADD-06-2016-0013
5. Hamilton I., Pringle R. Drug interactions and dual diagnosis // Advances in Dual Diagnosis. – 2013. - Vol.6, N.3. – P.145-150.
6. Hartz S.M., Pato C.N., Medeiros H., Cavazos-Rehg P., Sobell J.L., Knowles J.A., Bierut L.J., Pato M.T. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use // JAMA Psychiatry, – 2014. - Vol.71, N.3. – P.248-254.
7. Khantzian E.J. The self-medication hypothesis of addictive disorders [Текст] / E.J. Khantzian // American Journal of Psychiatry. – 1985. – № 142. – P. 1259–1264.
8. Pettinati H.M., O'Brien C.P., Dudson W. D. Current Status of Co-Occurring Mood and Substance Use Disorders: A New Therapeutic Target // American Journal of Psychiatry/ - 2013. – Vol.170, N.1. – P.23-30.
9. Robinson J., Sareen J., Cox B.J., Bolton J.M. Role of self-medication in the development of comorbid anxiety and substance use disorders: a longitudinal investigation // Arch Gen Psychiatry, – 2011. – Vol.68,N.8. – P.800-807.
10. Ross H.E., Glaser F.B., Gernanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems // Arch. Gen. Psychiatry. – 1988. – V.45, N11. – P. 1023-1031.

**Алеева Т.Н., Тихонова И.В.**

**Варианты жизненных траекторий лиц с ОВЗ: специфика событийности и оценки**

КГУ, Кострома, Россия,  
[adeeva.tanya@rambler.ru](mailto:adeeva.tanya@rambler.ru), [inn.007@mail.ru](mailto:inn.007@mail.ru)

**Ключевые слова:** ограниченные возможности здоровья, жизненные траектории, событийность жизни

**Keywords:** disabilities, life trajectories, the eventfulness of life

Категория траектории жизни недостаточно проработана в современной психологической науке. По определению В. И. Добренкова "реальная траектория жизни – линия жизненной судьбы, измеряемая количеством приобретаемых статусов и их рангом" [2]. Если в основе стратегии лежит долгосрочное и, чаще, рациональное планирование, то траектория предполагает отслеживание некоторого результата жизни, его оценку, отношение к нему. Нами были выделены следующие категориальные характеристики понятия «жизненная траектория»: ретроспективность; событийность; субъективность; оценочность; динамичность; связь с переживаниями; нарративность; причинность. В связи с усилением интеграционных процессов в обществе одним из актуальных направлений является изучение жизненных траекторий людей с ограниченными возможностями здоровья. Выборку составили взрослые люди, инвалиды с детства. Нами была разработана методика изучения жизненных траекторий, представляющая собой сочетание клинико-психологического интервью, метода сбора анамнеза и методики «Линия жизни» в модификации Д. Т. Василенко [1]. В исследовании приняло участие 50 респондентов, имеющих статус инвалида с детства.

Первые попытки анализа жизненных траекторий лиц с ОВЗ по эмоционально-оценочным критериям позволили нам выделить несколько вариантов жизненных траекторий: гипертимный, негативный, биполярный «травмированный» [3].

На следующем этапе исследования выявлены противоречивые данные. По формальным критериям качества жизни, выделенным ВОЗ, по показателям субъективного благополучия респонденты демонстрируют достаточную степень адаптированности и удовлетворенности жизнью. Однако, значительная часть респондентов не имеет целей в жизни, затрудняется в их формулировке, в трудных ситуациях ориентируется на социальную поддержку. Эти данные позволяют предположить неоднородность исследуемой группы [4]. Был проведен кластерный анализ, в результате которого выборка разделилась на два кластера. В первый кластер вошли 32 человека, из них 11 женщин и 21 мужчина, средний возраст 41,0 год (min=17, max=63, SD=8,2). Во второй кластер вошли 18 человек, 10 мужчин и 8 женщин, средний возраст испытуемых 38,4 (min=17, max=65, SD=14,7).

У большинства респондентов первой подгруппы воспоминания о детстве носят положительный характер. Участники группы подчеркивают свою независимость и уважительное отношение других людей, стремятся к самостоятельности. Небольшой процент респондентов (15%) характеризует детство как период одиночества, указывают на трудности адаптации. Семейная ситуация: около 30% респондентов отмечают открыто негативное отношение к себе со стороны обоих родителей или, чаще, со стороны отца. Около половины респондентов говорят о добрых, хороших отношениях в семье, особенно с мамой. Как ресурсные рассматриваются не только отношения с родителями, но и с учителями, другими детьми, наличие друзей. У многих респондентов присутствует положительное переосмысление жизненных событий, связанных с ограничениями здоровья. Многие респонденты характеризуют жизнь как насыщенный процесс, определяют сферу интересов, куда часто входит природа, общение. Люди отмечают свои достижения, которые имеют объективное значение, могут оценить свой вклад в достижения. Присутствует относительное разнообразие жизненных целей, положительная переоценка жизненной ситуации. Линия жизни респондентов данной подгруппы характеризуется большим количеством положительно оцениваемых событий. При этом на каждом возрастном этапе присутствуют и отрицательные, трагические события («умерли близкие, ушла мама, бросили родители»), однако преимущество остается за позитивными жизненными ситуациями («купили велик, была классная игрушечная машина, подарили собаку, познакомился с девушкой»). Специфика оценивания событий заключается в преобладании высоких положительных оценок (+4;+5). Отрицательные события примерно поровну оцениваются как крайне негативно («-5» смерть близких, уход родителей), так и умеренными негативными оценками («-2» - подозревали в преступлении). Интересно, что по мере взросления (на каждом последующем этапе жизни) средняя оценка событий в данной подгруппе выше, чем во втором кластере. Отличия на уровне средних оценок наиболее явно прослеживаются на этапе юношеского (4,25 и -0,14) зре-

лого (3,83 и 2,73) возрастов, а также в оценке будущего (3,812 и 0,375). Большое количество положительных событий связано с занятиями спортом, участием и призовыми местами на соревнованиях различных уровней.

Большая часть респондентов из второго кластера сравнительно много вспоминает о детстве и прошлой жизни, средняя оценочная насыщенность жизненных периодов всегда значительно выше, чем в первом кластере. Содержание воспоминаний о детстве обладает выраженной негативной окраской, подчеркивается беспомощность, трудности развития, пассивность, проблемы адаптации в детском возрасте. У большого количества опрошенных присутствует опыт переживания надежд на излечение (разной длительности), разочарование (в том числе со стороны близких), что говорит о наличии в семьях реакций отрицания заболевания. Позитивная реинтерпретация используется респондентами очень редко, подчеркивается возможность личностного роста, приобретений через боль и потери. Процесс жизни мало отражается в сознании испытуемых данной группы, они в большей степени фиксированы на событиях прошлого, при этом, как уже было сказано, не имеют четких представлений о будущем. Собственная активность, возможность влияния на свою судьбу оценивается как низкая, просматривается пассивность жизненной позиции и низкая степень субъектности – респонденты описывают себя как объектов, на которых было направлено воздействие других людей. Анализ оценочных показателей разных периодов жизни респондентов второго кластера показал, что они довольно пессимистично оценивают события своей жизни. Жизненные события позитивного плана оцениваются ими невысоко, редко встречаются максимально высокие показатели, но наряду с этим – отрицательным событиям приписываются самые низкие значения. Особенно негативно воспринимается ими юношеский возраст (средняя оценка = -0,14), в котором многие из испытуемых пережили потери или оказались в экзистенциальных ситуациях (смерть близких, ссора с ними, противоправный проступок, разлука с семьей). Оценки периода второй зрелости так же сравнительно невысоки (средняя оценка=0,375), стоит отметить, что для многих респондентов – это настоящий период времени или скорое будущее. Респонденты отмечают так же большое количество потерь, которые не уравновешиваются позитивными событиями.

Выделенные нами в настоящий момент исследования тенденции, позволяют говорить о наличии двух противоположных вариантов траекторий жизненных взрослых лиц с ОВЗ. Первый условно назван нами «гипертенический», он отличается не только высоким уровнем жизненного тонуса, высоким уровнем психических проявлений, но и позитивной оценкой жизненных событий. Второй вариант – это траектория «гипостенического» типа, при котором наблюдается пессимистичное отношение, как к прошлому, так и к настоящему, низкая событийная насыщенность жизни, преобладание событий, оцениваемых как категорично отрицательные. Полученные результаты требуют более глубокого изучения и будут дополняться, уточняться на следующих этапах исследования.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект 17-06-00812 «Жизненные траектории лиц с ограниченными возможностями здоровья через призму качества жизни»

#### **Литература**

1. Василенко Т.Д. Практикум по психологии жизненных ситуаций / Под ред. Е.Ю. Коржовой. – СПб.: ООО «Фирма «Стимек», 2016. – с.21-36.
2. Добренков В.И., Кравченко А.И. Социология: в 3-х томах: словарь по книге. – Москва: Социологический факультет МГУ им. М.В. Ломоносова. – 2003. [Электронный ресурс]. – URL: <http://dic.academic.ru> (дата обращения: 30.07.2017).
3. Тихонова И. В. Адеева Т. Н. Исследование жизненных траекторий лиц с ограниченными возможностями здоровья: методологический дискурс и типология/ Вестник Костромского государственного университета. Педагогика, психология, социокINETика. - Кострома: КГУ - 2017 - Т.23 -№3. – с.210-217
4. Хазова С.А. Адеева Т.Н. Тихонова И.В. Варианты жизни в затрудненных условиях развития. // Вестник Костромского государственного университета. Педагогика, психология, социокINETика. - Кострома: КГУ - 2017 - Т.23 -№4. – с. 178 – 183

**Азорская М.П. Хромов А.И.**

**Особенности формирования навыков самообслуживания у детей с РАС**

ФГБОУ ВО МГППУ, ФГБНУ НЦПЗ  
Москва, Россия

**Ключевые слова:** РАС, навыки самообслуживания, методические приемы

**Keywords:** RAS, self-help skills, instructional techniques

Одной из главных задач специалистов, занимающихся проблемами детей с ОВЗ, является их подготовка к самостоятельной жизни и труду. Навыки самообслуживания – умения, связанные с соблюдением чистоты и порядка, с обслуживанием самого себя (одевание, раздевание, прием пищи и т.д.). Обучение навыкам самообслуживания подразумевает расширение представлений и знаний детей об окружающих вещах, развитие сенсорного воспитания, речи, общей моторики. Однако, к сожалению, не только дети с особыми образовательными потребностями имеют трудности в овладении навыками самообслуживания, но и у нормального ребенка наблюдается задержка в их формировании, поскольку многие родители опекают ребенка и не позволяют ему самостоятельно развиваться. В международной классификации DSM-V термином расстройств аутистического спектра описывается диапазон состояний развития, включающий аутизм или синдром Л. Каннера, высокофункциональный аутизм и синдром Аспергера, характеризующиеся как дети с трудностями социального взаимодействия, коммуникацией и гибкостью мышления [1]. У детей с РАС навыки самообслуживания самопроизвольно не формируются. Это объясняется во многом фактором отсутствия взаимодействия со взрослым, т.е. родителем, который играет главную роль в развитии ребенка с самых первых дней его жизни. Таким образом, нарушается первичная социализация «значимый-другой». В связи с этим, к трем годам, когда родители начинают обращаться за помощью к специалистам в специализированные учреждения, то видимым становится отсутствие у таких детей самых обычных навыков самообслуживания, как умение самостоятельно принимать пищу или пользоваться горшком. При этом, стоит отметить, что мелкая моторика, как правило, не нарушена. Трудности в основном заключаются в слишком сильной опеке со стороны родителей, которые считают, что ребенок не справится с задачей, к примеру, самостоятельного приема пищи.

Наблюдая за общением между ребенком с РАС, его родителями или ближайшим окружением, мы часто можем увидеть, как ребенок пользуется, т.е. манипулирует окружающими его людьми для того, чтобы удовлетворить возникшую потребность. В основном в таком общении используется невербальное поведение, а именно жесты. Когда ребенок видит, что его не понимают или же не обращают внимания, то он начинает демонстративно агрессивировать на окружающие вещи. Брюс Л. Бейкер, Алан Дж. Брайтман считают, что ребенок с РАС чувствует себя спокойнее при существовании четкого распорядка дня, так как для них свойственно стереотипное поведение, поэтому важно построить день так, чтобы ребенок со временем привыкал к режиму дня и обучение вызывало удовольствие от проделанной работы [1].

К сожалению, на настоящий момент не так много методических приемов работы с детьми с РАС. Опишем некоторые из них:

- Коммуникационная система обмена изображениями (PECS). Целью PECS является формирование начальной коммуникации в социальном взаимодействии с использованием обозначающих карточек;
- ТЕАССН-подход, то есть система расписаний. Расписание состоит из фотографий (или надписей), каждая из которых означает определенное действие;
- Моделирование реальных практических ситуаций – обеспечивает систематическое участие в самообслуживании во всех видах труда и при этом обеспечивает высокую активность.

Таким образом, овладение ребёнком с особенностями развития навыками самообслуживания (умение одеваться и раздеваться, ухаживать за собой, пользоваться туалетом, самостоятельно принимать пищу, купаться, умываться и т. п.) является важным шагом на пути к его социализации, в которой должны принимать участие как родители, так и дети.

#### **Литература**

1. Яковлева Ю.К., Васильева В.С. Современные технологии формирования навыков самообслуживания у старших дошкольников с расстройством аутистического спектра / Ю.К. Яковлева, В.С. Васильева В.С. – Электрон. Дан. – Режим доступа: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_29652574\\_40132424.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_29652574_40132424.pdf).



Александрова Р.В.

## Основные направления работы в профилактике нарушений пищевого поведения девочек-подростков

РГУ имени С.А. Есенина, Рязань, Россия,  
[rozinca@mail.ru](mailto:rozinca@mail.ru)

**Ключевые слова:** нарушения пищевого поведения, подростки, профилактическая работа, группа риска.

**Alexandrova, R.V.**

### The main areas in the prevention effort of eating disorders of adolescent girls

Ryazan State University named for S. Yesenin, Ryazan, Russia

**Keywords:** eating disorders, adolescents, prevention effort, risk group

**Введение.** Подростковый возраст – это период становления у молодого человека своего взрослого «Я», когда происходит преобразования в сфере его сознания, деятельности и системы взаимоотношений (со сверстниками, с родителями, с собой и обществом). Кроме того, актуальным становится отношение к себе с точки зрения восприятия образа своего тела. Подростки начинают проявлять активное внимание к своей внешности, их интересуют и беспокоят такие вопросы, как собственная привлекательность, телосложение, вес. У девочек эти процессы выражены сильнее, чем у мальчиков, так как внешность для них является более значимой. Недостатки внешности (реальные или мнимые) могут переживаться очень болезненно, вплоть до полного неприятия себя. А это, в свою очередь, может способствовать риску развития нарушений пищевого поведения (анорексия, булимия, компульсивное переедание). В проблеме нарушений пищевого поведения (НПП) на последнюю роль играет изучение распространенности пищевых расстройств в неклинической популяции. Данные отечественных и зарубежных исследований [1, 2, 3, 5, 7, 8] говорят о высоком проценте девушек, относящихся к группе риска НПП (от 4 до 16 %). Еще более высокие показатели риска развития НПП получены Т.И. Семиной [6] при обследовании 400 старшеклассниц и студентов (г. Томск): распространенность пищевых нарушений достигала 37,2 %. Эти цифры говорят о большой значимости проблемы НПП среди молодого поколения. Соответственно необходимо создание определенных предпосылок для того, чтобы девушки, находящиеся в группе риска не попали в группу с клиническим диагнозом, относящимся к НПП. Мы считаем, что одной из таких предпосылок является разработка программ для девочек-подростков, направленных на профилактику риска нарушений пищевого поведения.

При создании профилактической программы для лиц с риском пищевых нарушений следует исходить из особенностей факторов риска, приводящих к этим заболеваниям. Результаты многочисленных исследований этиологии пищевых расстройств говорят о мультифакторной природе этих нарушений, включая биологические, психологические и социокультурные факторы. К психологическим факторам риска возникновения НПП чаще всего относят неудовлетворенность телом, низкую самооценку, алекситимию, перфекционизм, дихотомическое мышление и др. Таким образом, основными направлениями психопрофилактической работы следует считать формирование позитивного отношения подростка к собственному телу, формирование адекватной самооценки и развитие эмоциональной сферы. Очень велика роль внешнего облика в становлении самооценки подростка, в выстраивании межличностного взаимодействия в подростковом коллективе, а также в создании целостного образа «Я» молодого человека. Развитию позитивного отношения подростка к собственному телу будут способствовать практики, направленные на принятие своего физического «Я», осознание своих телесных реакций, границ собственного тела (телесно-ориентированные упражнения, дыхательные техники, телесные метафоры). Для формирования адекватной самооценки необходимы упражнения на развитие у подростков представлений и знаний о себе, принятия собственной индивидуальности, уникальности и значимости, создание представлений о своем потенциале, ресурсах развития личности. Девушки группы риска НПП испытывают определенные трудности в эмоциональной сфере. Поэтому в профилактическую программу необходимо включить блок с занятиями, направленными на расширение знаний участников о чувствах и эмоциях, умение отличить их от телесных ощущений; создать условия для развития способности безоценоч-

ного принятия эмоций и чувств; формировать умение выражать свои чувства и эмоциональные реакции.

Кроме того, если мы говорим о психокоррекционной работе с подростками, то в отличие от индивидуальной работы, занятия в условиях группы дадут возможность девушкам получить поддержку от сверстниц, что очень важно в этом возрасте. Групповую форму работы можно реализовать в формате тренинга, используя различные методические техники и приемы. Наибольшее внимание предлагаем уделить направлению арт-терапии. Хотя в литературе недостаточно описан опыт лечения НПП средствами арт-терапии, он представляет собой большую ценность. Арт-терапевты, работавшие с анорексичными клиентами, отмечают, что те используют свое тело как символическое выражение внутриспсихического конфликта [4]. Поэтому работа с символами посредством арт-терапии обеспечит постепенное осознание внутреннего конфликта [4]. Таким образом, использование арт-терапевтических техник даст возможность подросткам, находящимся в группе риска нарушений пищевого поведения, через символы выразить и составить адекватное представление о своем теле и внутреннем мире, поможет найти гармоничный способ взаимодействия со своим собственным телом.

Всё это послужило основанием для создания программы тренинга «В гармонии с собой», направленного на профилактику риска нарушений пищевого поведения у девочек подросткового возраста. Практическая апробация программы проведена на базе МБОУ «Школа № 51 «Центр образования» г. Рязани. Об эффективности данной программы можно будет судить после анализа полученных данных.

#### Литература

1. Александрова Р.В., Мешкова Т.А. Некоторые особенности самооценки у девочек-подростков с риском нарушения пищевого поведения // Человеческий капитал. 2015. №09 (81). С. 28-31.
2. Дурнева М.Ю. Формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2014. 175 с.
3. Занозин А.В. Клинико-эпидемиологические и психопрофилактические аспекты нервной анорексии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002.
4. Копытин А.И. Арт-терапия жертв насилия /Сост. А.И. Копытин. – М.: Психотерапия, 2009. – 144 с.
5. Николаева Н.О., Мешкова Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2011. № 1. С. 39-49.
6. Ромашкин В. В., Семин И. Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I) / Биолетень сибирской медицины. — 2006, № 3.
7. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография [Электронный ресурс]. Минск: БГМУ, 2007. 340 с. // Электронная библиотека БГМУ. URL: <http://rep.bsmu.by/xmlui/handle/BSMU/6259> (дата обращения 04.04.2015).
8. Oshio A. Eating disorders, body image and dichotomous thinking among Japanese and Russian college women / A. Oshio, T. Meshkova // Health. – 2012. – Vol. 4. - №7. - P. 392-399.

**Александрова О.В., Дерманова И.Б., Ткаченко А.Е., Кушнарера И.В.**

**Отношение к будущему и восприятие ситуации родственниками детей, больных онкологией**  
СПбГУ, АНО «Детский хоспис», Санкт-Петербург, Россия  
[al-ov@bk.ru](mailto:al-ov@bk.ru); [dermanova@mail.ru](mailto:dermanova@mail.ru)

**Ключевые слова:** оценка ситуации, восприятие будущего, болезнь ребенка, онкология

**Alexandrova O.V., Dermanova I.B., Tkachenko A. E., Kushnareva I.V.**

**Relation to the future and the perception of the situation by relatives of children with cancer**

St. Petersburg State University;  
Autonomous non-commercial organization "Childrens Hospice"  
St. Petersburg, Russia

**Keywords:** situation assessment, the perception of the future, ill children, oncology

**Введение.** В данном исследовании рассматривается отношение к будущему и восприятие ситуации болезни ребенка взрослыми – его близкими родственниками при онкологическом заболевании. Ситуация тяжелой болезни ребенка имеет субъективно высокое значения для родителей и выступает как событие неясное, трудно контролируемое. А в случае онкологического заболевания ситуация отягощается еще и тем, что она сопровождается «предрассудками и мифами» [3, С.151] о том, что вызывает рак и будет ли лечение эффективным. В такой ситуации представление о будущем, вре-

менная перспектива, даже не всегда осознаваемые человеком, могут оказывать серьезное влияние на его поведение и жизнь в целом. В частности, могут нарушаться пространственно-временные параметры жизнедеятельности взрослых родственников, приводящие к искажению образа будущего, сужению временных перспектив, что затрудняет самореализацию, усиливает остроту кризиса, а также может негативно сказываться на текущем состоянии здоровья ребенка. Позитивная же оценка, наоборот, может помочь человеку в настоящем, поддерживая его психическое здоровье и благополучие.

В данной работе мы исследовали влияние онкологического заболевания ребенка на восприятие будущего взрослыми, а также на их субъективную оценку данной ситуации. Мы предположили, что рецидив онкологического заболевания соотносится с более негативным представлением ситуации и будущего в целом.

**Материал и методы.** Выборка: 87 чел. — матери (75%) и др. родственники (25%) (от 20 до 60 лет) детей с онкологическими заболеваниями (от 1 года до 18 лет). Выборка была разделена на две подгруппы. Первая – родственники детей, находящиеся в ситуации активного и поддерживающего длительного лечения (гр. №1, n=50; длительность заболевания от нескольких месяцев до 3 лет). Вторая – родственники детей, проходящих лечение в результате рецидива заболевания (гр. №2, n=37; длительность заболевания от 2 до 5 лет).

**Методики:** семантический дифференциал времени «СДВ» (под ред. Л.И. Вассермана); модифицированная методика «Незаконченные предложения» (Сакса, Леви) – для оценки себя в будущем. Для оценки испытуемыми их жизненной ситуации, связанной с болезнью ребенка, была разработана авторская методика «Семантический дифференциал жизненных ситуаций» («СДЖС»), где были выделены 6 факторов, вокруг которых группируются основные оси ее восприятия: ф.1. «Стрессогенность–Комфортность ситуации»; ф.2. «Психологическое истощение–Сохранность собственных ресурсов»; ф.3. «Безысходная неопределенность–Обнадеживающая определенность»; ф.4. «Пессимизм–Позитивная энергия»; ф.5. «Установка на разрешимость ситуации»; ф.6. «Включенность в ситуацию и ее значимость» [1].

**Результаты и обсуждение.** В целом по выборке было обнаружено, что ситуация воспринимается взрослыми как очень личная и значимая (ф.6. – ср. оценка по шк. 80%), как внушающая надежду (ф.3. – 70%); скорее разрешимая и преодолимая (ф.5. – 76%); обладающая позитивной энергией (ф.4. – 76%). В то же время ситуация характеризуется средним уровнем стрессогенности (ф.1. – 56,25%) и средним уровнем психологического истощения (ф.2. – 56,87%). Возможно, такая оценка ситуации свидетельствует о том, что первичная адаптация к ней уже произошла. Значимых различий по данным факторам в исследуемых подгруппах – выявлено не было.

В оценке будущего («СДВ») в общей выборке в сравнении с нормативными данными [2] выявлены более высокие значения по всем измеряемым параметрам (при  $p < 0,001$  и  $p < 0,01$ ), за исключением шк. «Ощущаемость времени» (зона пониженного уровня). То есть временная картина будущего характеризуется насыщенностью переживаний и завышенными (нереалистичными) ожиданиями. Возможно, это объясняется спецификой заболевания, сопряженной с высоким уровнем неопределенности, когда до последнего сохраняется надежда на выздоровление ребенка. Значимых различий по шкалам мет-ки «СДВ» в исследуемых подгруппах выявлено не было.

По результатам контент-анализа («Незаконченные предложения»), было обнаружено, что в гр. №1 будущее воспринимается как позитивное (светлое, легкое и т.д.) – в 76%; и в 24% – как неопределенное или негативное (непредсказуемое, страшное и т.д.). В то время как в гр. №2 (в ситуации рецидива заболевания) в 83% – будущее воспринимается как позитивное; а в 17% – как неопределенное или негативное. Верят «в себя и свои силы» в гр. №1 – 40% (надеюсь на себя; мы все преодолеем и др.); доверяют «внешним силам» 60% (надеюсь на Бога; надеюсь на чудо и т.д.). В гр. №2 – верят «в себя и свои силы» – 36%, доверяют «внешним силам» – 64%.

**Выводы.** В целом по выборке родственники детей с онкологическими заболеваниями воспринимают ситуацию как высокозначимую, внушающую оптимизм, разрешимую, достаточно определенную, умеренно стрессогенную, умеренно истощающую психологически. А временная картина будущего имеет специфику, выражающуюся в насыщенности переживаний и завышенных (нереалистичных) ожиданиях. Предположение о том, что рецидив онкологического заболевания соотносится с более негативным представлением ситуации и будущего в целом, не подтвердилось. Воз-

можно, это является следствием ощущения непредсказуемости и неопределенности каждого из этапов болезни, вне зависимости от позитивных или негативных прогнозов врачей. Так даже в состоянии длительной стойкой ремиссии заболевания, родственники говорят о том, что: «...обратного пути из этого «болота», которое зовется онкология, нет. Меч над головой и в ремиссии висит над головой. Все сложится все равно так, как задумал Создатель». Более того, родственники детей, переживающих рецидив заболевания, даже несколько оптимистичнее воспринимают свое будущее, но при этом характеризуются возрастающим фатализмом (меньше верят в свои силы и больше доверяют внешним силам). Возможно, такое отношение к будущему выступает в качестве защитной реакции в ответ на повышенную угрозу для жизни ребенка, но данный результат требует дополнительных исследований.

Выявленные результаты могут способствовать более глубокому пониманию переживаний взрослых в ТЖС, в том числе на разных этапах онкологического заболевания ребенка.

#### Литература

1. Александрова О. В., Дерманова И. Б. Психосемантический подход к оценке сложной жизненной ситуации (на примере ситуации, связанной с заболеванием, угрожающим жизни ребенка) // Вестник СПбГУ. Серия 16. Психология. Педагогика. – 2016. – Вып.4. – С.40–50.
2. Вассерман Л.И. Трифонова Е.А., Червинская К.Р. Семантический дифференциал времени: экспертная и психодиагностическая система в медицинской психологии. Пособие для врачей и медицинских психологов. – СПб, 2009. – 44 с.
3. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкопсихология, Т.10, N 3, 2009. – С.151–157.

*Работа поддержана грантом РГНФ 16-06-00307а*

**Алехин А.Н., Грекова А.А.**

#### **Проблемы диагностики нормы и патологии мышления во взаимосвязи с культурно-историческим контекстом**

РГПУ им. А.И.Герцена, Университет ИТМО, Санкт-Петербург, Россия,  
[Aliva-grekova@yandex.ru](mailto:Aliva-grekova@yandex.ru), [termez59@mail.ru](mailto:termez59@mail.ru)

**Ключевые слова:** постмодерн, виртуализация, мышление постмодерна, диагностика мышления

**Alekhin A. N. Grekova A. A.**

#### **Problems of diagnosis of the norm and pathology of thinking in connection with the cultural and historical context**

Herzen University, ITMO University, Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** postmodern, virtualization, postmodern thinking, diagnostic thinking

Проблема нормы и патологии является одной из наиболее острых проблем современного человекознания, а ее содержание – междисциплинарным. В современной психологии не существует единого представления о норме. Сложность определения нормы заключается в том, что психическая норма и патология, как и сами психические функции человека, историчны. Человек как субъект культуры и соотношение между ним и культурой меняются вместе с культурой в процессе ее развития. Экспериментально-психологический подход, как срез культурно-исторических реалий, был положен в основу клинической психологии Ю.Ф. Поляковым и его последователями, а многочисленные патопсихологические исследования мышления, проведенные им в 60–70е годы 20 века, заложили базу для определения нормы и патологии в клинических исследованиях.

На современном этапе культурно-исторического развития человечества повышается актуальность новых сравнительных экспериментальных исследований нормы и патологии, в том числе, высшей психической мыслительной функции. Это обусловлено тем, что в конце 20 века происходило расплывание и отрицание модернистских идеалов, что в совокупности со скачком в развитии цифровых информационных технологий привело к радикальным трансформациям культурно-исторического контекста, под влиянием которого и формируются психические функции. Эти изменения озаменовали переход к эпохе постмодерна [9], которому свойственна эклектичность, проявляющаяся во всех сферах общественной жизни. Эклектичность определяют как «превращение системы (связной последовательности и единообразия деятельности) в конгломерат (парадоксальное соединение разнородных и фрагментарных актов)» [2, с 51]. Эклектизм становится основой нового типа рациональности [5].

Тенденция виртуализации пространства и человеческой деятельности приводит к «развеществлению» общества[2]. В виртуальной реальности человек взаимодействует не с вещами, а с симуляциями (образами, замещающими реальность). Мышление становится символическим. Коммуникация в виртуальной реальности носит характер обмена символами, а не смыслами. Характерными признаками виртуального мышления являются: полифоничность, распределенность, эффект распределенности сознания, гипертекстуальность, бриколажная логика, клиповость, мозаичность, человеко-машинные тексты [4]. В.И.Курбатов предлагает соотносить виртуальное мышление с понятием логомахии, как мыслительным процессом, в котором не определен его предмет, нет общих соглашений о том, что допустимо, а что – нет, выражение мысли о том, «в чем нет существенно важного»[3, с. 109]. Такой профиль мышления ведет к тому, что человеческий мозг в известной степени теряет способность к системному и углубленному мышлению и познанию. Наряду с новым типом мышления появляется новый тип человека (виртуальная личность), новый специфический способ мышления (виртуальное мышление), новый вид коммуникации (виртуальная коммуникация), и пользующийся для этого специфическими лексическими средствами (виртуальный язык)[4]. Это значит, что мы столкнемся с трансформациями мышления в патопсихологических экспериментах и сдвигом нормы. Так, например, Ю.Ф.Поляков анализируя особенности людей с расстройством мышления по шизофреническому типу, указывал, что эти больные часто обобщают понятия на основании слабых признаков. И в качестве иллюстрации приводит пример: большой обобщает зонтик, пистолет и барабан как предметы, издающие звук, и исключает фуражку, так как она звука не издает [6]. В данном случае для исследователя важно то, что признак, положенный в основу обобщения, крайне необычен, странный для указанных предметов.

Проводя экспериментальные пробы на психически здоровых молодых людях, мы неоднократно отмечали у респондентов логику, описанную в клинике Ю.Ф. Поляковым. В основу обобщения у молодых здоровых людей тот же самый признак: «фуражка не издает звук при нажатии», «головной убор, а все остальные предметы издают шум», «кепка, остальное работает со звуком», «пистолет выдает стук (выстрел), по барабану стучат во время игры, а по зонтику барабанят капли дождя».

С изменениями мышления мы сталкиваемся и в консультативной практике. Например, на консультации студента-первокурсника, обучающегося компьютерному программированию, выявляется проблема выбора. Молодой человек испытывает большие сложности с тем, чтобы принять любой свой выбор. Он говорит: «моя мечта – не спать все 24 часа в сутки и чтобы сутки удлиннились». У парня очень много интересов и он хочет попробовать все, что ему интересно. Но его мучает, что он не может заняться всем одновременно. И поясняет: «Я хочу заниматься музыкой, учиться играть на музыкальном инструменте. Я не могу сделать выбор между гитарой и фортепиано. Если я выберу гитару, я не смогу уделить время фортепиано и наоборот». Любкой выбор лишает меня чего-либо». В процессе разговора, мы приходим к тому, что у него есть убеждение: в жизни есть лучший выбор и понять, что этот выбор лучший, он сможет только потом, лет через 10-15. До этого ему надо стараться жить как бы тремя жизнями одновременно, чтобы потом иметь возможность выбрать из этих трех самый лучший путь. Консультируемый ссылается на какой-то фантастический фильм, по сюжету которого, герой жил тремя жизнями одновременно. В конце фильма герой делает свой выбор, ясно понимая, какой путь правильный.

Страх совершить ошибку является психологической проблемой, которая была актуальна и в эпоху модерна, и в постмодерне. Но данный пример хорошо показывает, как виртуальная реальность срачивается с сознанием современных молодых людей, влияет на мышление и становится частью мировоззренческой картины. Данный пример подтверждает мысль А.Г. Асмолова – «не только мы врваемся в виртуальный мир своей идентичностью, но и виртуальный мир врывается в нас, достраивая и расширяя пространство нашего Я» [1, с. 15].

#### Литература

1. Асмолов А.Г., Г.А. Асмолов Г.А.. От мы-медиа к Я-медиа: трансформации идентичности в виртуальном мире // Вопросы психологии, № 3, 2009. – с 3–16.
2. Иванов Д.В. Виртуализация общества. СПб, Петербургское востоковедение, 2000. – 96 с.
3. Кондаков Н.И. Логический словарь-справочник. М, 1976. –720 с.
4. Курбатов В.И. Символическое, виртуальное, сетевое мышление: новая эпоха или эпоха новостей? // Гуманитарий юга России, №1, 2013. – с. 1-11.
5. Павлова Е.Д. Сознание в информационном пространстве. М., 2007 – 688с.

6. Поляков Ю.Ф. Сравнительная характеристика нарушений динамики мышления у больных начальным артериосклерозом сосудов головного мозга и больных шизофренией//Сосудистые заболевания головного мозга.– М.– 196 с.
7. Тхостов А.Ш., Емелин В.А. От тамагочи к виртуальному ошейнику: границы нейтральности технологий [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. N 6(14). URL: <http://psystudy.ru>. 0421000116/0061.

**Апушкина А.Ю.**

**Мотивация искажения информации со стороны пациента как фактор, влияющий на успешность лечения**

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия  
[apushkina-psi@mail.ru](mailto:apushkina-psi@mail.ru)

**Ключевые слова:** общение врача и больного, мотивация искажения информации, успешность лечения.

**Apushkina A.Y.**

**Motivation distortion information from the patient as a factor affecting the success of treatment**

Ryazan State Medical University named I.P. Pavlov Ryazan, Russia

**Keywords:** communication between doctor and patient, motivation for distortion of information, success of treatment.

Мотивация это сложное и многогранное понятие, определений которого в современной психологии существует множество. По Р.С. Немову, мотивация это совокупность причин психологического характера, объясняющих поведение человека, его начало, направленность и активность [1]. В понятие «мотивация» включают обычно потребности, мотивы, стремления, интересы, склонности и даже способности.

Исследователи проблемы мотивации считают ее системообразующим качеством личности, обеспечивающим ее поведение. Мотивационного объяснения требуют такие стороны поведения как: его возникновение, продолжительность и устойчивость, направленность и прекращение после достижения поставленной цели, разумность или смысловая целостность отдельно взятого поведенческого акта [1].

Главная цель взаимодействия врача и пациента это эффективное лечение заболевания. Успешность лечения зависит от множества факторов, исходящих как от врача (высокая квалификация и коммуникативная компетентность врача, грамотно установленный психологический контакт, доверительное отношение и уважение), так и от пациента. Помимо перечисленных характеристик, пациенту важно сообщить врачу как можно больше информации о своем самочувствии, не опуская подробностей, доверяя специалисту, рассказать все, что поможет повысить успешность лечения. Данную функцию общения Л.П. Урванцев определяет как диагностическую.[2]. Главная задача такого общения нацелена на решение проблемы пациента - устранение болевых симптомов и лечение болезни.

Но не всегда мотивированный, казалось бы, на выздоровление, пациент готов делать все для решения своей главной проблемы. Практика показывает, что зачастую пациент так или иначе искажает информацию о самочувствии, заболевании, ходе выполнения рекомендаций врача, тем самым снижая успешность и эффективность лечения. Искажение информации во взаимодействии врача и пациента можно разделить на два блока – намеренное и ненамеренное. К ненамеренному искажению информации со стороны пациента помимо психологических защит, можно отнести ситуации каких-либо психических расстройств, например, анозогнозии.

Говоря о намеренном искажении информации, можно выделить следующие мотивы пациента:

- 1) получение вторичной выгоды. Пациенты преувеличивают симптомы болезни для того, чтобы получить группу инвалидности или наркотические вещества в качестве лекарства;
- 2) привлечение внимания со стороны родственников или медперсонала. Используется преувеличение симптомов болезни или игнорирование рекомендаций лечащего врача;
- 3) негативное отношение к статусу «больного». Многие пациенты преуменьшают симптомы заболевания для скорейшего выхода с «больничного» и возвращения на работу.

4) избегание эмоционального дискомфорта. Пациенты боятся осуждения со стороны врача, касающегося их своевременного обращения к врачу или правильности выполнения рекомендаций для выздоровления. Искажение информации в таком случае носит характер пассивной лжи – пациент сообщает не все то, что может повысить эффективность лечения.

Болезнь меняет восприятие настоящего, искажает взаимоотношение больного человека с миром, рушит привычный устой жизни. Вследствие этого происходит изменение поведения, переоценка личностных ценностей. Мотивация искажения информации в профессиональном общении врача и больного является серьезной проблемой, требующей изучения, способной повысить эффективность лечения и улучшить процесс профессионального взаимодействия в медицинской среде.

#### Литература

1. Немов РС. Психология: в 3-х кн. М.: ВЛАДОС, 2001. Книга 1. 688 с.
2. Урванцев Л.П. Профессиональное общение врача: психологическая наука - практике высшего медицинского образования. [Электронный ресурс] / Л.П. Урванцев // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2015. № 1 (8). Режим доступа: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=122> (дата обращения: 21.12.2017)
3. Боговин Л.В., Водолазская А.С. Мотивационная сфера больных бронхиальной астмой // Биол. физ. и пат. дых. 2012. №43. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/motivatsionnaya-sfera-bolnyh-bronhialnoy-astroym> (дата обращения: 03.02.2018).
4. Алушкина А.Ю., Суворкина О.А. Искажение информации как частный случай трудностей в профессиональной коммуникации врача и пациента. Психологические проблемы [Электронный ресурс] /А.Ю. Алушкина, О.А. Суворкина // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2015. № 4 (11). Режим доступа: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=182> (дата обращения: 20.01.2018)
5. Морозин В. Г. Процесс мотивации в норме и при психической патологии // Вестник ТГТУ. 2006. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/protsess-motivatsii-v-norme-i-pri-psihicheskoy-patologii> (дата обращения: 03.02.2018).

**Архипова Е. Е.**

#### **Проактивное совладающее поведение и психоэмоциональный статус у пациентов с первичным эндопротезированием суставов**

Челябинский Государственный Университет, Челябинск, Россия  
[eliz.ev.ar@gmail.com](mailto:eliz.ev.ar@gmail.com)

**Ключевые слова:** проактивное совладающее поведение, психоэмоциональный статус, пациент, суставы, эндопротезирование

**Arkhipova E. E.**

#### **Proactive coping behavior and psychoemotional status of patients after primary replacement arthroplasty** Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia

**Keywords:** proactive coping behavior, psychoemotional status, patients, joints, replacement arthroplasty

**Введение.** Заболевания опорно-двигательного аппарата проявляются не только на физиологическом уровне, но и несут огромную психологическую нагрузку. Проактивное совладающее поведение у пациентов с болезнями суставов на данный момент не освещено в научной литературе. Поэтому изучение в рамках клинической психологии особенностей проактивного совладающего поведения и психоэмоционального статуса у пациентов с данной патологией представляется нам наиболее актуальным направлением исследования.

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России г. Кургана, в травматолого-ортопедическом отделении №16. Выборку составили 30 человек, из них 6 мужчин и 24 женщины, средний возраст 58,57±6,75 лет. Все находились на стационарном лечении. Были использованы следующие методики: опросник «Проактивное совладающее поведение» (PCI) Аспинвалла, Шварцера и Тауберта (адаптация Е.С. Старченковой) [3]; методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), авторы – А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев [2]; методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга (адаптация Т. И. Балашовой) [1]; описательная статистика, коэффициент корреляции r-Спирмена, факторный анализ, кластерный анализ, U-критерий Манна-Уитни.

**Результаты.** По методике «Проактивное совладающее поведение»: в большей степени преобладает поиск эмоциональной поддержки (12,17±3,57) и стратегическое планирование (10,30±4,01). По методике «Интегративный тест тревожности»: общий балл личностной тревожности (7,17±1,48)

преобладает над ситуативной тревогой ( $6,20 \pm 2,32$ ). В структуре личностной тревожности доминирует астенический компонент ( $7,03 \pm 1,58$ ), свидетельствующий об усталости, вялости, пассивности, быстрой утомляемости и расстройстве сна у пациентов с первичным эндопротезированием. По шкале Зунга: 43% составляют пациенты с легкой степенью депрессии, без депрессии 40%, субдепрессивное состояние или маскированная депрессия была зафиксирована у 17% пациентов, истинное депрессивное состояние не выявлено.

Корреляционный анализ позволил проверить взаимосвязь проактивного совладающего поведения и психоэмоционального статуса. Полученные результаты дают возможность полагать, что у пациентов с первичным эндопротезированием суставов, чем выше общий уровень личностной тревожности, астенический компонент личностной тревожности или тревожная оценка перспектив (ситуативная и личностная), тем более явно будет выражен поиск эмоциональной поддержки. Астенические проявления формируют страхи не на текущее положение дел, а на будущее. Общая озабоченность своими перспективами пациентов, перенесших замену сустава, на фоне повышенной эмоциональной чувствительности связана с тем, что они регулируют это состояние благодаря поиску сочувствия, разделению своих эмоций с другими, и доверительному общению с людьми из своего социального окружения. Чем выше показатели проактивного совладающего поведения у пациентов с первичным эндопротезированием суставов, тем ниже будет уровень депрессии. Это свидетельствует о том, что такие люди прилагают много усилий по формированию ресурсов, которые помогают добиться важных целей, делают прогноз будущего, осознанно рассматривая как положительные, так и отрицательные моменты, понимают, как будут действовать при столкновении с неблагоприятными событиями. Предпочитают планировать свою жизнь и обеспечивать свою защиту путем накопления денежных средств, страхования, поддержание здорового образа жизни и др.

В результате факторного анализа выделились 4 фактора. Фактор 1. Общая тревожность. Имеет наибольший вес (4,27) и наибольшую информативность (22,50%); Фактор 2. С весом 3,69 и информативностью 19,47% – стержневой проактивный копинг; Фактор 3. Эмоциональная поддержка при тревоге. Обладает весом 3,54 и информативностью 18,65%; Фактор 4. Социальная тревожность имеет вес 2,00 и информативность 10,54%. В целом эти данные позволяют подтвердить результаты, которые были получены при корреляционном анализе.

Используя кластерный анализ, были разделены испытуемые по низким и высоким показателям проактивного совладающего поведения. Сравнительный анализ с помощью критерия U-Манна-Уитни показал значимое различие по показателю проактивное преодоление ( $p < 0,05$ ) и по шкале Зунга ( $p < 0,05$ ). Можно говорить о тенденциях к различию по показателям ситуативной тревоги эмоционального дискомфорта и тревожной оценки перспективы.

**Выводы.** 1. У пациентов с первичным эндопротезированием суставов выявлено недостаточное обращение к проактивному совладающему поведению. В большей степени они склонны к эмоциональной поддержке и стратегическому планированию; 2. Большинство пациентов имеют легкую степень депрессии. Истинное депрессивное состояние не наблюдалось; 3. У пациентов с первичным эндопротезированием суставов преобладает личностная тревожность, где доминирует астенический компонент. Астенические проявления связаны со страхами о предстоящем будущем. Переживания о своих перспективах у пациентов регулируются благодаря поиску эмоциональной поддержки; 4. Проактивное совладающее поведение взаимосвязано с уровнем депрессии. Высокие показатели проактивного совладающего поведения у пациентов с первичным эндопротезированием суставов снижают риск развития депрессии; 5. Выделение значимых факторов показало, что механизмы проактивного совладающего поведения у пациентов с первичным эндопротезированием суставов также помогают справиться с тревожностью; 6. Пациенты с проактивным совладающим поведением не подвержены эмоциональным расстройствам, больше удовлетворены своей жизнью и не имеют страхов относительно своего будущего, чем пациенты, для которых такое поведение не характерно.



## Литература

1. Зунг, В. Методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» [Текст] / В. Зунг, в адапт. Т. Балашовой // Психодиагностика стресса : [психодиагностика стрессовых симптомов и состояний] / Н.Е. Водопьянова. – СПб: Питер, 2009. – С.51-53.
2. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) [Текст] : пособие для врачей и медицинских психологов / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. – СПб.: Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. – 23с.
3. Старченкова, Е.С. Опросник «Проактивное совладающее поведение» [Текст] / Е.С. Старченкова // Психодиагностика стресса: [преодолевающее поведение в стрессогенных ситуациях] / Н.Е. Водопьянова. – СПб: Питер, 2009. – С.274-282.

**Асафьева Н.В.**

**Проблема доверия в системе отношений женщин среднего возраста с невротическими нарушениями**

БашГУ, г. Уфа, Россия

[a197222@yandex.ru](mailto:a197222@yandex.ru)

**Ключевые слова:** невротические нарушения, социальная фрустрация, межличностное взаимодействие, доверие, потребность в общении

**Asafyeva N.V.**

**Trust issues in the system of relationships of middle-aged women with neurotic disorders**

Bashkir State University, Ufa, Russia

**Keywords:** neurotic disorders, social frustration, interpersonal communication, trust, need for companionship

В клинической психологии существует достаточно многочисленное количество подходов к пониманию механизмов невротизации, сущности невроза и невротических состояний. Отношение исследователей к невротическим нарушениям претерпело значительные изменения, но и до сих пор эта проблема остается предметом научных споров. В рамках наиболее авторитетных исследований невроз объясняется патологическим влиянием либо биологических, либо психологических механизмов (В. Н. Мясищев, А. М. Свядощ, Б.Д. Карвасарский) [2], указывается на существование внутренних взаимосвязей особенностей психического склада невротической личности, нераскрывающихся в полной мере через традиционный анализ клинических проявлений (Ю.Ф. Поляков) [3]. Предпринимаются попытки дискурсивного подхода в клинико-психологической оценке невротических расстройств (Е.В.Сулова) [5].

Определяя неврозы как группу расстройств, представляющих собой психопатологическую реакцию на неразрешимую, непереносимую психотравмирующую ситуацию, большинство исследователей сходятся во мнении о том, что они обратимы, однако имеют предрасположенность к затяжному течению. Также, отмечаются существенные ухудшения в качестве жизни невротической личности, негативные трансформации ее эмоциональных состояний, ограничения возможностей профессиональной реализации и построения благополучных социальных и личных отношений. Таким образом, существует необходимость более четкого определения механизмов развития невротических расстройств в аспекте включенности личности в многообразную систему межличностного взаимодействия.

Рассматривая доверие как основу отношений между людьми, взаимодействия человека с миром в целом и с самим собой, в частности (Т.П. Скрипкина) [4], мы предполагаем, что его утрата не только нарушает базовые основы этого взаимодействия, но и многократно усугубляет все невротические проявления. Кроме этого, искажаются механизмы выбора жизненной стратегии и весь «Образ-будущего» личности (Н.В. Асафьева) [1].

Изучение особенностей взаимосвязи между доверием, социальной фрустрированностью, как специфичной чертой взаимоотношений, и проявлениями невротических состояний позволит более дифференцированно подходить к вопросам психотерапии, реабилитации и профилактики неврозов. Также, результаты, достигнутые в ходе исследования проблемы, могут быть полезными при комплексном психологическом сопровождении женщин среднего возраста с установленным диагнозом «невроз».

На наш взгляд, невротическая личность находится в очень сложном варианте внешнего и внутреннего бытия. Имея изначально высокие показатели доверия, человек стремится взаимодействовать с социальным окружением, отождествляя свой мир с ним. Закономерно, что такой человек сталкивается с гораздо большим числом «обмана» и несовпадений личностных и событийных смыслов. С опытом высоко доверчивая личность научается чуждому для себя «недоверию», одновременно приобретая элементы социальной фрустрированности. То есть специфика личностной организации и феномен «доверия» у женщин среднего возраста с невротическими нарушениями весьма сложная проблема, не разрешив которую, мы рискуем ходить по замкнутому кругу от психолога к психотерапевту, от невролога к психиатру.

В нашем исследовании приняло участие 93 женщины с установленным диагнозом «неврастения» от 35 до 48 лет, как впервые обратившиеся, так и наблюдавшиеся в течение последних трех лет у специалистов-неврологов различных медицинских учреждений. В качестве психодиагностического инструментария были использованы «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич), «Методика диагностики межличностных отношений» Т. Лири, «Методика диагностики уровня социальной фрустрированности» Л. И. Вассермана (в модификация В. В. Бойко) и «Шкала доверия» М. Розенберга. Данные обрабатывались при помощи статистического пакета программ Statistical Package for the Social Science (факторный и кластерный анализ).

В результате интерпретации полученных данных, можно констатировать разнообразную картину взаимосочетания исследуемых параметров в выборке реальных испытуемых. Достаточно широко (треть выборки) проявился тип взаимосвязи, при котором высокая выраженность недоверия, социальной фрустрации определяется с весьма выраженным невротическим симптомокомплексом (шкалы «Невротическая депрессия», «Астения», «Конверсионные расстройства» и «Вегетативные нарушения»).

Другой выявленный тип взаимосвязи (21% покрываемой дисперсии), демонстрирует смещение общей направленности в межличностном взаимодействии в сторону агрессивности и независимости, при высоких показателях недоверия и выраженности значений по шкале «Невротической депрессии».

Третий тип сочетания изученных параметров (14% респондентов) показывает возможность при сохранении умения доверять окружающему миру и выборе таких типов направленности во взаимоотношениях, как сотрудничество, великодушие и зависимость сохранять невысокую выраженность невротических проявлений (повышение значений по шкале «Астения»). Огромную роль в этой «сохранной» позиции, возможно, играет и умение сохранять доверие к себе и миру. Данная группа выбирает социально приемлемый вариант жизни посредством растрачивания внутренних ресурсов. Невроз в данном случае является той платой, которую личность готова отдать за продолжение адаптивного сценария жизни.

Для более глубокого анализа исследуемой проблемы мы выделили женщин с высокими (вплоть до экстремальных) значениями по шкалам клинического опросника невротических состояний (41 респондент). Метод однофакторного дисперсионного анализа позволил констатировать, что чем меньше проявляется доверие как общая установка взаимодействия с окружающим миром и людьми, тем более выраженными становятся показатели социальной фрустрированности. При этом наличие «недоверия» является первичным фактором, обуславливающим рост социальной фрустрированности и всех проявлений невротических состояний. Разумеется, данная тема нуждается в более глубоком исследовании, но уже сейчас, можно предположить, что организация психотерапевтического и психокоррекционного воздействия может быть построена с учетом полученных данных.

#### Литература

1. Асафьева Н.В. Понимание образа будущего и особенности выбора жизненной стратегии у современных студентов // Актуальные вопросы университетской науки: Сборник научных трудов. Уфа, 2016. С. 25-31.
2. Карвасарский Б. Д. Неврозы. Руководство для врачей: 2-е изд., перераб. и доп. М. Медицина, 1990. - 576 с.
3. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, обнение, познание. М.: Издательство МГУ, 1991. - 256 с.
4. Скрипкина Т.П. Взаимодоверие как основание межличностных взаимодействий // Вопросы психологии. 1999. № 5. С. 21–30.

**Атаджыкова Ю.А. Ениколопов С.Н.**

### **Психологическое исследование феномена фершробен**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[at.julia@gmail.com](mailto:at.julia@gmail.com), [enikolopov@mail.ru](mailto:enikolopov@mail.ru)

**Ключевые слова:** шизотипия, расстройства шизофренического спектра, фершробен, психологические методики

**Atadzhykova J.A., Enikolopov S.N.**  
**Psychological study of the Verschroben phenomenon**  
FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** schizotypy, schizophrenia spectrum disorders, verschroben, clinical assessment

**Введение.** В последние годы в связи с экстенсивным исследованием зарубежными клиницистами понятия шизотипии в России ведутся разработки новой модели интерпретации изменений типа фершробен, которая позволяет уточнить понятие шизотипии и соотнести его с конструктом фершробен, традиционно используемым в отечественной клинической науке [Мухорина, Атаджыкова, 2016; Атаджыкова, Ениколопов, 2016; Смулевич и др., 2017;]. Исследование феномена фершробен как самостоятельного является в определенной степени инновационным, поскольку до сегодняшнего дня это понятие использовалось исключительно для описания психопатоподобного дефекта при шизофрении и в других контекстах до недавнего момента не встречалось [Смулевич, 2016].

**Материал и методы.** В связи с ограниченностью психологических данных в изучаемой области закономерной является недостаточность соответствующего методического аппарата в отечественной психологии. Единственной переведенной на русский язык методикой для выявления признаков шизотипии является апробированный А.Г. Ефремовым и С.Н. Ениколоповым опросник SPQ-74 [Ефремов, Ениколопов, 2001], оригинал которого [Raine, 1991] был разработан в соответствии с диагностическими критериями шизотипического расстройства личности по DSM-III [APA, 1980]. В исследовании принял участие 51 пациент (18 мужчин и 33 женщины; средний возраст – 44,8±8,5 года; с диагнозами F21, F20.6 по МКБ-10). Обследование пациентов проводилось на базе Отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель — акад. РАН А.Б. Смулевич) Научного центра психического здоровья и в психотерапевтическом отделении Клинического центра «Психосоматическая медицина» Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. Сравнение проводилось с выборкой условно здоровых испытуемых (55 человек: 20 мужчин и 35 женщин; средний возраст 21,5 лет). При обработке данных использовался пакет статистических программ SPSS 23.

**Результаты.** Группа пациентов с изменениями типа фершробен описывается как демонстрирующая нарушения в большинстве сфер психической деятельности, определяющим которых является параметр чужаковости, странности, неконвенциальности. Авторы модели негативных изменений типа фершробен указывают следующие ключевые характеристики этих пациентов: 1) чужаковость как во внешности, так и в когнитивных процессах; 2) патологические паттерны межличностных связей, главным образом, в форме нарушения границ вплоть до явлений регрессивной синтонности; 3) эмоциональные нарушения, выраженные в форме дефицитарности или парадоксальности эмоциональной сферы, и ряд других [Смулевич и др., 2017]. В результате проведенного исследования было обнаружено качественное соответствие описанной структуры синдрома фершробен измерениям шизотипии (шизотипического расстройства личности). Однако в аспекте количественной оценки выраженности диагностируемых признаков применение SPQ-74 не обнаружило дифференцирующих свойств. Так, статистический анализ не обнаружил значимые различия между показателями SPQ-74, полученными на экспериментальной группе пациентов с изменениями типа фершробен и группе условно здоровых испытуемых, что говорит о недостаточности SPQ-74 при количественной оценке выраженности шизотипических черт.

**Резюме.** В результате проведенного исследования было обнаружено содержательное соответствие структуры синдрома фершробен измерениям шизотипии, что разрешает структурное соответствие явлений круга фершробен измерениям шизотипии. Тем не менее, в результате проведенного

эксплораторного исследования была выявлена недостаточность дифференцирующей способности SPQ, что не позволяет говорить об эффективности применения SPQ-74 для диагностики и измерения выраженности изменений типа фершробен в российской популяции. В связи с этим открытыми остаются вопросы методического характера, в первую очередь, о выборе психологического метода, который позволит нивелировать общепризнанные трудности, характерные для методов самоотчета. В фокусе внимания оказываются методы исследования, требующие непосредственного участия специалиста в оценке изучаемых особенностей, а именно – клинические, включающие (полу)структурированные интервью и симптоматические шкалы. Благодаря общепризнанному авторитету этой группы методов в клинической науке во всем мире, особенно при оценке личностных и поведенческих особенностей [Hare, Neumann, 2009; Joiner, Pettit, 2003], а также их конгруэнтности методам, применимым в отечественной психиатрии, использование клинических шкал при оценке изменений типа фершробен может стать следующим шагом в уточнении качественных и количественных характеристик этого феномена. Таким образом, проведенное исследование позволило очертить рамки дальнейшего изучения изменений типа фершробен и поставить ряд теоретических и методических задач, решение которых представляется необходимым для уточнения концепции феномена фершробен и интеграции его в концепцию шизотипии.

#### Литература

1. Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. От феномена шизотипии к синдрому «фершробен»: историческая перспектива и актуальные проблемы. Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электронный научный журнал, 2016, 4(14). [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru/climpr> (дата обращения: 05.02.2018).
2. Ефремов А.Г., Ениколопов С.Н. Аprobация методики выявления степени выраженности шизотипических черт (SPQ-74). В кн.: Материалы Первой Международной конференции, посвященной памяти Б.В. Зейгарник. Москва, 2001. С.109-112.
3. Мухорина А.К., Атаджыкова Ю.А. Изменения типа «фершробен» при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. В кн.: Материалы III-ей Всероссийской Костромской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья. Москва: ФГБНУ НЦПЗ, 2016. С. 40-44.
4. Смудевич А.Б. Расстройства шизофренического спектра в общемедицинской практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2016, No. 1, 4-9.
5. Смудевич А.Б., Романов Д.В., Мухорина А.К., Атаджыкова Ю.А. Феномен «фершробен» при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (аспекты типологической дифференциации). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2017, No. 1, 5-17.
6. Hare R.D., Neumann C.S. Psychopathy: Assessment and forensic implications. Canadian Journal of Psychiatry, 2009, Vol. 54, 791–802.
7. Joiner T.E., Pettit J.W. Adult Clinical Assessment and Diagnosis Research: Current Status and Future Directions. In: M.C. Roberts and S.S. Iliardi (Eds.), Handbook of Research Methods in Clinical Psychology. Blackwell Publishing Ltd, 2003. P. 284-304.
8. Raine A. The SPQ: A Scale for the Assessment of Schizotypal Personality Based on DSM-III-R Criteria. Schizophrenia Bulletin, 1991, 17(4), 555-564.

#### Бабарахимова С.Б.

##### Исследование интернет-зависимого поведения в подростковом возрасте

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,  
Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** поведенческие нарушения, депрессивные расстройства, подростки, интернет-зависимость

#### Babarahimova S. B.

##### Research of internet-addiction behaviour in puberty period

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

**Keywords:** behavioral disorders, depressive disorders, adolescents, internet-addiction

**Актуальность.** Развитие новых информационных технологий во второй половине XX века привело к значительному изменению социального и культурного ландшафта нашей эпохи, что не могло не найти отражения в области психического здоровья. Особенно заметно эти изменения проявились с возникновением и бурным продвижением сети Интернет (Басова А.Я., 2017). Согласно данным российских исследователей (С. Минухин 2014, Н.Л. Москвичева 2015), семейная дис-

функция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет зависимого поведения.

**Цель исследования:** изучить влияние стилей родительского воспитания и эмоционального климата семьи на формирование интернет-зависимого поведения у детей и подростков с учётом их личностных особенностей для оптимизации психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

**Материал и методы исследования.** Протестировано 68 посетителей интернет-клубов и интернет-кафе в возрасте от 10 до 16 лет; специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования интернет-аддикции. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» (Д. Олсон, Д. Портнер). В процессе экспериментального психопатологического исследования для определения эмоционального статуса использовали «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей подростков применялся тест Шмишека-Леонгарда.

**Результаты.** В ходе исследования обнаружено, что между определенными параметрами семейных взаимоотношений и склонностью к интернет-аддиктивному поведению существует прямая корреляционная взаимосвязь. Большинство обследованных детей и подростков были из семей, которые имели дисфункциональные семейные отношения. Основную массу опрошенных 90% составили мальчики. 60% опрошенных увлеклись компьютерными играми в возрасте 9-12 лет, 25% опрошенных – в 14-15 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16 лет. Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Среди них 15% росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей (одного из родителей) или отягощенность психической патологией, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в дисфункциональных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случай социального сиротства и неправильного воспитания по типу «типоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анализ полученных данных установил 26% подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями. По результатам диагностики «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. При таком типе в семейных отношениях отсутствуют четкие правила, в частности, семья лишена каких-либо правил. Каждый получает полную свободу без обязательств перед остальными членами семьи. Подросток в такой семье растёт в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей, предоставлен сам себе и в силу своей личностной незрелости подвержен пагубному влиянию кибернетической среды Интернета. В связи с этим усиливается попустительство со стороны родителя, воспринимаемое индивидом в детстве как данность, который, будучи взрослым, транслирует точно такое же поведение в собственной семье, повторяя и копируя модели поведения родителей. При амбивалентном типе семейных отношений высокая степень свободы, абсолютно лишённой ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи, приводя к формированию акцентуации характера по шизоидному и неустойчивому типу. Эти уровни свидетельствуют о наличии кризиса в семейной структуре. В результате импульсивного поведения родителя у ребёнка могут блокироваться положительные эмоции, вследствие чего потребность в хорошем настроении вызывается искусственным путем, в частности посредством формирования ком-

пыотерной игровой зависимости, которая обладает аддиктивным потенциалом и усиливает выработку серотонина в мозгу. Стили родительского воспитания оказывают значительное влияние на формирование интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции. Кроме того таким детям свойственна аффективная блокада интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляет положение дисгармонично развивающейся личности и часто обуславливает негативные эмоции и вовлечение детей в так называемые группы смерти виртуального пространства. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр, виртуального общения в социальных сетях. По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у 48% опрошенных. У 9,5% подростков тестирование по шкале HADS выявило клинически выраженную тревогу и депрессию. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергер-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков констатировалась выраженная тревога. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале HADS. При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо проводить психопрофилактические мероприятия с родителями подростков, психокоррекционную работу с детьми и подростками из группы риска для предупреждения возникновения и формирования зависимости от компьютерных игр и социальных сетей и сообществ.

**Бак Е.М., Лопатина М.Ю., Рязова Е.С., Пуговкина О.Д.,**

**Когнитивные факторы эмоционального благополучия и удовлетворенности жизнью в студенческой популяции**

ФГБОУ ВО МГППУ, ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия  
[olgapugovkina@yandex.ru](mailto:olgapugovkina@yandex.ru), [katrin77elis@mail.ru](mailto:katrin77elis@mail.ru)

**Ключевые слова:** эмоциональная дезадаптация, депрессия, когнитивные факторы, глобализация, осознанность

**Bak E.M., Lopatina M.Yu. Riazova E.S., Pugovkina O.D.**

**Cognitive factors of emotional well-being and satisfaction with life in the student population**

MSUPE, V.Serbssky NMRCPN of the MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** emotional misadaptation, depression, globalization, mindfulness

**Введение.** В настоящее время проведено достаточное количество исследований, свидетельствующих о высокой распространенности эмоциональных нарушений, как в форме клинически выраженных расстройств (тревожных, депрессивных и др.), так и в форме отдельных симптомов эмоциональной дезадаптации в популяции, в частности, в студенческом возрасте. В системе факторов риска возникновения эмоциональной дезадаптации и аффективных расстройств существенную роль играет ряд когнитивных и метакогнитивных дефицитов [А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, 2015].

В настоящее время наблюдается всплеск исследовательского интереса к изучению метакогнитивных способностей, определяющих восприятие и осознание человеком событий и явлений окружающего мира и социальных ситуаций. Показано, что определенные особенности мышления могут затруднять процессы переработки информации об окружающем мире и, особенно, социального контекста. Эти нарушения, в свою очередь, могут приводить к возникновению симптомов эмоциональной дезадаптации. К таким неспецифическим когнитивным факторам относятся когнитивная ригидность, снижение осознанности [S. Keng, M. Smoski, C. Robins, 2011], склонность к глобализации в восприятии текущего опыта и событий прошлого [C.B. Harris, A.S. Rasmussen, D. Berntsen,

2014], эгоцентризм и ряд других. Негативный характер их всех определяется тем, что они существенно искажают процессы переработки информации и снижают возможности саморегуляции [О.Д. Пуговкина, 2014, 2017; А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, 2015].

Проявления перечисленных выше когнитивных и метакогнитивных дисфункций связаны с различными проявлениями эмоциональной дезадаптации и риском возникновения и хронификации различных психических расстройств. Надо отметить, что синтез данных затрудняют различия в понимании метакогнитивных феноменов: «гибкости» (англ. «flexibility»), осознанности (англ. «mindfulness»), склонность к глобализации (англ. «overgeneral») и др.

В задачи настоящего исследования входила, во-первых, эмпирическая проверка гипотезы о связи уровня метакогнитивных способностей (гибкости, осознанности, выраженности склонности к глобализации) и качества жизни и удовлетворенности жизнью в студенческой популяции. Дополнительной целью выступала апробация методики оценки склонности к глобализации в восприятии прошлого опыта – автобиографической памяти.

**Материал и методы исследования.** Были обследованы 105 и студентов первого курса гуманитарного ВУЗа (18 юношей и 87 девушек). Методический комплекс включал Госпитальную шкалу оценки тревоги и депрессии [HADS, адаптация М.Ю. Дробизева, 1993], Опросник качества жизни и удовлетворенности [QLESQ, адаптация Е.И. Рассказовой, 2012], Шкалу оценки осознанности [MAAS, адаптация Н.М. Юмартовой, Н.В. Гришиной, 2016] и тест «Незавершенные предложения», направленный на оценку выраженности склонности к глобализации при описании событий прошлого опыта [SCEPT, F. Raes et al, 2007; в процессе адаптации в русскоязычной популяции]. Испытуемым предлагалось придумать завершение десяти предложений, актуализирующих воспоминания (например «в прошлом году я...»). Полученные предложения были закодированы сначала самими испытуемыми (методом самооценки), а затем экспертами по степени выраженности склонности к глобализации. Все предложения были отнесены к категориям конкретных, повторяющихся или глобальных событий.

**Результаты.** Полученные данные свидетельствуют о том, что снижение уровня осознанности в обследованной выборке связано как с ростом выраженности симптомов тревоги ( $r = 0,52, p = 0,001$ ) и депрессии ( $r = 0,5, p = 0,001$ ), так, и закономерно – со снижением субъективного чувства удовлетворенности своим эмоциональным состоянием ( $r = 0,47, p = 0,001$ ) и в целом, более низкой удовлетворенностью качеством жизни ( $r = 0,47, p = 0,001$ ). Склонность к глобализации автобиографической памяти также обратно связана с уровнем эмоционального благополучия ( $r = 0,37, p = 0,004$ ) и удовлетворенностью качеством жизни ( $r = 0,34, p = 0,008$ ). Мы предполагали, что изучаемые когнитивные переменные будут сопряжены между собой, однако отчетливые корреляции были зафиксированы с качеством жизни и эмоциональной сферы для них по отдельности. Связь когнитивных переменных между собой требует дальнейшего анализа, как теоретического, так и статистического (частных корреляций). Требуется учета и дальнейшей работы методика оценки склонности к глобализации, так как и самооценка, и экспертная оценка выраженности глобализации в тесте незавершенных предложений могут несколько исказить реальный уровень, как в сторону завышения, так и в сторону занижения. Эксперт видит только короткий текст предложения, в то время как испытуемый может иметь в виду вполне конкретное событие, но описать его через обобщенную формулировку.

**Выводы.** 1. Когнитивные и метакогнитивные факторы (осознанность, склонность к глобализации) определяют качество процессов восприятия как текущих, так и прошлых событий и являются значимой частью системы психологических факторов риска возникновения симптомов эмоциональной дезадаптации и снижения качества жизни. 2. Требуют дальнейшего прояснения характер взаимосвязи когнитивных и метакогнитивных факторов между собой.

#### Литература

1. Пуговкина О.Д. Глобализация автобиографической памяти – когнитивный фактор риска возникновения и хронификации депрессивных расстройств // Современная терапия психических расстройств. 2017. № 4. С. 30-35.
2. Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д. Основные этапы и направления изучения когнитивных дисфункций при депрессиях // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. N 6(35).
3. Harris C.B., Rasmussen A.S., D. Berntsen The functions of autobiographical memory: An integrative approach // Memory. 2014. Vol. 22 (5). P. 559–581.

**Балакирева Е.Е., Воронова С.С., Зверева Н.В., Зефирова А.Д.**

**Об эмоциональном восприятии стимулов разной модальности девушками с нарушениями пищевого поведения**

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** эмоциональное восприятие, нервная анорексия, девушки-подростки, аудио- и визуальные стимулы

**Balakireva E.E., Voronova S.S., Zvereva N.V., Zefirova A.D**

**On the emotional perception of stimuli of different modality by girls with eating disorders**

FSBSI MHRC, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** emotional perception, anorexia nervosa, adolescent girls, audio and visual stimuli

**Введение.** В последние годы тема нарушений пищевого поведения с разных сторон изучается в значительном количестве клинико-психологических работ. Очевидно, что актуальность подобных исследований обусловлена высокой частотой встречаемости диагноза «нервная анорексия» у подростков [3]. Классические психологические исследования нервной анорексии в отечественной патопсихологии проводились М.А. Каревой под руководством Б.В. Зейгарник [6]. В этих и последующих работах по данному направлению хорошо исследованы личностные и отчасти, когнитивные особенности девушек. Применялись традиционные и новые средства патопсихологической диагностики. Однако практически не встречается исследований с применением современных экспериментально-психологических исследовательских процедур применительно к этому виду нарушений. По результатам различных исследований известно, что при диагнозе «нервная анорексия» у больных имеются искажения когнитивной и эмоционально-личностной сфер, а также самооценки, восприятия своего физического облика и т.п. [1,2,3,4,5]. В связи с этим определенным интерес представляет экспериментально-психологическое исследование эмоциональной сферы таких больных с применением современных инструментальных экспериментально-психологических средств.

**Материалы и методы.** Исследованы две выборки девушек-подростков в возрасте от 12 до 16 лет. Контрольная группа (КГ) здоровых девушек-подростков (30 человек, учащиеся массовой школы), основная клиническая группа (НА) – девушки-подростки, проходящие лечение в НЦПЗ/ДП и клинике ФГБНУ НЦПЗ (27 человек, диагноз по МКБ-10 – F.50). Все пациентки были осмотрены в стабильном состоянии. Применялись две методики (материал представлен О.П.Марченко) [7]: International Affective Digitized Sound-2 (IADS-2) и International Affective Picture System (IAPS). Методика International Affective Digitized Sound во второй редакции направлена на оценку восприятия и влияния эмоциогенных аудиальных стимулов. Суть методики заключается в оценке предъявляемых аудиальных стимулов по трем шкалам: знак эмоций, сила эмоций и степень эмоционального контроля. Аналогично оценивалась и методика International Affective Picture System (IAPS). Таким образом, исследование проводилось по двум модальностям — аудиальной и визуальной. Проводилось как независимое сравнение КГ и НА, так и парное сравнение результатов группы НА по обеим модальностям для выявления особенностей восприятия.

**Результаты.** По результатам исследования аудиальной сферы было выявлено, что девушки-подростки группы НА имеют качественное своеобразие эмоциональной сферы по сравнению с КГ. Выявлены достоверные различия по шкалам «сила эмоций» ( $p < 0.01$ ) и «контроль эмоций» ( $p < 0.01$ ). В выборке НА девушки оценивали свои эмоции как менее выраженные по сравнению с КГ при более высоком контроле эмоций. Также у группы девушек группы НА выявилась тенденция, согласно которой субъективно приятные звуки вызывают больший эмоциональный отклик, чем неприятные звуки. В КГ результат обратный: неприятные звуки оцениваются как более эмоциогенные (что согласуется с литературными данными).

По результатам исследования визуальной сферы отмечены аналогичные результаты — высокий уровень показателя «контроль эмоций» и сниженный - «сила эмоций». Вероятнее всего, это связано с указанными выше факторами. При сравнении результатов исследования визуальной и аудиальной модальности значимые различия были выявлены только по шкале «контроль эмоций»: в аудиальной модальности контроль эмоций выражен сильнее, чем в визуальной. Это может быть



связано с тем, что аудиальный канал приема информации задействован, в том числе, в межличностном общении, при взаимодействии с социумом, и на него сильнее влияет стремление показывать (и чувствовать) социально желательные эмоции.

**Заключение.** Подростки с психической патологией группы НА имеют статистически значимые отличия от КГ по параметрам эмоциональной оценки стимулов разной модальности (визуальных и аудиальных), что в общих чертах согласуется с результатами предыдущих исследований этого вида патологии [3,4,5,6]. Отметим, что дополнительно выявилась особенность эмоциональной сферы таких подростков в виде инверсии аффективного пространства по отношению к валентности: приятные звуки вызывают более интенсивные переживания, чем неприятные, в отличие от нормативной выборки, где наблюдается обратная тенденция. Различия между аудиальной и визуальной модальностью присутствуют только по шкале «контроль эмоций», при этом показатель шкалы выше в аудиальной модальности. Планируется дополнение экспериментальной процедуры другими средствами патопсихологической и психометрической диагностики.

#### Литература

1. Александрова Р.В., Мешкова Т.А. Некоторые особенности самооценки у девочек-подростков с риском нарушения пищевого поведения // Человеческий капитал. 2015. №09 (81). С. 28-31.
2. Дурнева М.Ю. Формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2014. 175 с.
3. Балакирева Е.Е. Нервная анорексия у детей и подростков. (клиника, диагностика, патогенез, терапия). - Автореф. ... дисс.канд.мед.наук. - М, 2004.
4. Балакирева Е. Е., Зверева Н. В., Якупова Л. П. Психологическая квалификация когнитивных нарушений при нервной анорексии у детей и подростков // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2014. – №. 1. с. 30-34
5. Грачев В.В. Анализ выраженности и динамики перфекционизма у девушек подросткового возраста, страдающих нервной анорексией / Материалы международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2017. №2 (приложение), с.66-67.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: МГУ, 1986.
7. Марченко О.П. Кросс-культурное сравнение оценок звуков IADS / Материалы конференции «Когнитивная наука в Москве: новые исследования», 2013.

**Балашова Е.Ю.**

**Методологические аспекты клинико-психологического исследования репрезентаций пространства и времени при старении**

МГУ им. М.В. Ломоносова, ПИ РАО, ФГБНУ НЦПЗ, МГОУ, Москва, Россия  
[elbalashova@yandex.ru](mailto:elbalashova@yandex.ru)

**Ключевые слова:** пространство, время, старение, клиническая психология

**Balashova E.Yu.**

**Methodological aspects of clinical psychological research of space and time representations in old age**  
Lomonosov MSU, PI of REA, FSBSI MHRC, MSRU, Moscow, Russia

**Keywords:** space, time, aging, clinical psychology

Старость и старение в наше время привлекают внимание не только социологов, политиков, экономистов, врачей, но и психологов [О.В. Краснова, А.Г. Лидерс, 2002; Т.Д. Марцинковская, 2007; Я. Споарг-Гамильтон, 2010]. Прогрессирующее увеличение доли пожилых и старых людей среди населения диктует необходимость фундаментальных исследований (на стыке возрастной, социальной, клинической психологии) особенностей различных аспектов когнитивной сферы и поведения в позднем возрасте. Следует сказать, что Ю.Ф. Поляков, о котором мы вспоминаем в эти дни, стоял у истоков развития отечественной геронтопсихологии [Ю. Ф. Поляков и соавт., 1985].

Изучение старения всегда характеризовалось гетерохронностью. Например, отечественную психологию долгое время интересовал в основном детский и подростковый возраст, а работы, посвященные старению, были очень немногочисленны. Однако внимание к изменениям психических функций и личности при старении присутствовало в контексте биологических, физиологических и гериатрических исследований [В.В. Фролькис, 1991; Э.Я. Штернберг, 1977; Н.Ф. Шахматов, 1996]. За рубежом дело обстояло иначе: с середины 20-го века публикуются сотни и тысячи статей, десятки монографий, посвященных исследованиям когнитивных процессов и эмоциональной сферы при

старении. Тем не менее, хотя к настоящему времени созданы десятки биологических и социологических теорий старения, психологических теорий немного, и они преимущественно характеризуют отдельные этапы и уровни изменений когнитивной сферы.

Сегодня спектр исследований старения чрезвычайно разнообразен, характеризуется мультидисциплинарностью и вариативностью методологических подходов [О.В. Краснова, А.Г. Лидерс, 2002]. В этом спектре большой интерес вызывает анализ факторов, определяющих работу психики в позднем онтогенезе [Н.К. Корсакова, 1996; и др.]. В их число входит и пространственно-временной фактор, детерминирующий многие аспекты когнитивной сферы субъекта и обеспечивающий целостность его жизненного пути как особого хронотопа [Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова, 1988; Т.Д. Марцинковская, Е.Ю. Балашова, 2017].

Необходимо подчеркнуть, что постановке вопроса о существовании и роли данного фактора предшествовало длительное изучение нарушений психических процессов при локальных поражениях мозга [А.Р. Лурия, 1962, 1973; и др.]. При этом в отечественных нейропсихологических исследованиях явно преобладали работы, посвященные нарушениям пространственных функций (восприятия, движений, памяти, внимания) [Е.Ю. Балашова, 2012]. Результатом таких исследований стали представления о связи этих функций с некоторыми ассоциативными зонами в задних отделах полушарий мозга, что позволило Е.Д. Хомской в конце 80-х гг. включить в классификацию нейропсихологических факторов т.н. пространственный фактор [Е.Д. Хомская, 1987]. Поэтому продолжающиеся и сегодня исследования пространственных нарушений (в частности, при дисфункциях лобных отделов и подкорковых структур мозга) являются не только обоснованными методологически, но и обеспечены обширным комплексом соответствующих диагностических методик. Нейропсихологические исследования нарушений восприятия времени долго являлись более редкими [Е.Ю. Балашова, 2012, 2014]. Эта диспропорция создает определенные затруднения в исследованиях репрезентаций пространства и времени при нормальном и патологическом старении. Она должна быть устранена как на феноменологическом, так и на методологическом и методическом уровнях. Необходимо не только уточнить данные о морфо-функциональном субстрате психического отражения времени, но и дополнить классический комплекс нейропсихологических методик приемами, позволяющими оценивать различные компоненты и уровни этого отражения. Также важно модифицировать традиционную интерпретацию результатов диагностических методик, направив внимание на состояние пространственных и временных аспектов различных психических функций.

Когда речь идет о патологическом старении, крайне важным является и выбор клинических моделей. Он определяется не только тем, какое место занимают в картине заболевания нарушения психического отражения пространства и времени, но и тем, насколько доступно пациентам выполнение адресованных пространству и времени методик. В этом отношении представляют особый интерес депрессии позднего возраста, при которых обычно отсутствуют значимые признаки мнестико-интеллектуального снижения, но часто имеют место определенные изменения пространственных функций и заметный дефицит некоторых аспектов временной перцепции [Л.И. Микеладзе, 2016].

Исследование психического отражения пространства и времени немислимо и вне методологической парадигмы культурно-исторической психологии. Она позволяет анализировать его среду-обусловленность, получать более точные представления о связях пространственных и временных репрезентаций и навыков с другими психическими функциями, с возрастом, образовательным уровнем, социальной и культурной ситуацией развития стареющего человека [Е.Ю. Балашова, 2014]. Интегративное использование клинико-психологического и культурно-исторического подходов позволяет рассматривать психическое отражение пространства и времени и как самостоятельный психический процесс, и как звено, присущее другим психическим функциям, и как особую детерминанту психической деятельности и поведения.

#### Литература

1. Балашова Е.Ю. Пространство и время в лурьевской нейропсихологии: непростой диалог. В кн. «Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте». М.: МГУ, 2012. С. 93–106.
2. Балашова Е.Ю. Методология клинико-психологического исследования репрезентаций пространства и времени при старении: возможности и ограничения. Психологические исследования, 2014, 7(36), 11–11. <http://psystudy.ru>.

3. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. М.: Медицина, 1988. Корсакова Н.К. Нейропсихология позднего возраста: обоснование концепции и прикладные аспекты. Вестник МГУ. Сер. 14, Психология, 1996, № 2. С. 32–37.
4. Краснова О.В., Лидере А.Г. Социальная психология старения. М.: Академия, 2002.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: МГУ, 1962.
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: МГУ, 1973.
7. Марцинковская Т.Д. (Ред.). Психология развития. М.: Академия, 2007. Марцинковская Т.Д., Балашова Е.Ю. Категория хронотопа в психологии. Вопросы психологии, 2017, № 6. С. 56–67. Микеладзе Л.И. Восприятие времени при аффективных расстройствах в позднем возрасте: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2016.
8. Поляков Ю.Ф., Корсакова Н.К., Щербаква Н.П., Концевой В.А., Медведев А.В., Верещагин Н.В., Вавилов С.Б. Нейропсихологический подход в комплексном изучении деменций позднего возраста. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1985, 85(9), 1349–1357.
9. Спюарт-Гамильтон Я. Психология старения. СПб: Питер, 2010.
10. Фролькис В.В. (Ред.) Старение мозга. Л.: Наука, 1991.
11. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М.: МГУ, 1987.
12. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина, 1996.
13. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977.

**Балашова М.В., Плужников И.В., Рупчев Г.Е., Дорохов Е.А.,  
Первичная апробация диагностического комплекса нейропсихологических методик для  
изучения особенностей аффективного познания**

МГУ им.М.В. Ломоносова, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[balashova.mv.psy@gmail.com](mailto:balashova.mv.psy@gmail.com); [pluzhnikov.iv@gmail.com](mailto:pluzhnikov.iv@gmail.com);  
[rupchevgeorge@mail.ru](mailto:rupchevgeorge@mail.ru); [dorohov.e@mail.ru](mailto:dorohov.e@mail.ru)

**Ключевые слова:** депрессия, нейрокогнитивный, аффективное познание, психодиагностика, нейропсихологические тесты

**Balashova M.V., Pluzhnikov I.V., Rupchev G.E., Dorokhov E.A.  
Primary adaptation of a diagnostic complex of neuropsychological tests for studying  
the features of affective cognition**

Lomonosov MSU, FSBSI MHRС, Moscow, Russia

**Keywords:** depression, neurocognitive, affective cognition, psychodiagnostics, neuropsychological tests

**Введение.** Депрессия – это сложное и многоаспектное заболевание, ядерной характеристикой которого наряду со сниженным аффектом также является нейрокогнитивный дефицит [5]. Признается, что нарушения когнитивно-аффективного познания как единой системы являются наиболее специфичными именно для расстройств аффективного спектра [1]. Аффективное познание можно определить как систему, в которой эмоциональные и когнитивные процессы интегрируются для формирования поведения [3].

Современная клиника требует быстрой и точной диагностики когнитивного профиля пациента, определения степени и характера когнитивных и эмоциональных нарушений. Однако на настоящее время не существует универсальной и общепризнанной нейропсихологической батареи тестов, с помощью которой стало бы возможным всестороннее исследование когнитивно-аффективной сферы пациентов с депрессивными расстройствами. В настоящей работе с целью изучения особенностей когнитивного функционирования при аффективных расстройствах и выделения характерных для них групп симптомов нейрокогнитивного дефицита был разработан и адаптирован комплекс нейропсихологических тестов, включающих в том числе эмоционально нагруженный материал. Были исследованы такие компоненты аффективного познания, как эмоциональный контроль и эмоциональная переработка как способность обрабатывать и отвечать на эмоционально окрашенные стимулы (в том числе лица, выражающие различные эмоции).

**Материал и методы.** В исследовании применялись стандартизованные, адаптированные для русской выборки и авторские методики. Это были тесты, содержащие и не содержащие аффектогенные стимулы и направленные на оценку параметров внимания, психомоторной скорости, вербальных и регуляторных функций: D-KEFS Color-Word Interference Test, D-KEFS Verbal Fluency Test [2], Bells Cancellation Test [4], адаптированный для русской выборки авторский Эмоциональ-

ный тест Струпа, аффективный тест на вербальную беглость, авторская модификация пробы Мюнстерберга, авторский тест «Поиск лиц», Affective Trail Making Test (авторский).

В первичной апробации нейропсихологической батареи приняли участие две группы: условно здоровые лица и больные депрессией различного генеза. Клиническую группу составили больные с расстройствами аффективного спектра (диагнозы из рубрики F3 МКБ-10: F31.3, F31.4, F31.5, F32.1, F33.1, F33.2, F34.0, F34.1), находившиеся на стационарном лечении на базе ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» и давшие устное информированное согласие на исследование. В группу нормы были включены условно здоровые лица, не имевшие на момент исследования опыта обращения в психиатрическую клинику. Критериями исключения испытуемых из контрольной группы служили жалобы на психическое здоровье и наличие тяжелых или острых соматических заболеваний, черепно-мозговых травм. Обследовано 48 больных депрессивными расстройствами – 20 мужчин и 28 женщин в возрасте от 17 до 49 лет ( $27,4 \pm 10,1$ ). Группа нормы была представлена 48 участниками (20 мужчин и 28 женщин) и состояла из студентов вузов и сотрудников предприятий г. Москвы в возрасте от 21 до 50 лет ( $28,9 \pm 8,5$ ). Образование испытуемых на момент участия в исследовании было преимущественно высшим или неоконченным высшим. Анализ полученных результатов проводился в программе IBM SPSS Statistics 22.

**Результаты.** Авторские методики были сопоставлены с их стандартизованными аналогами с применением корреляции Пирсона (двухсторонней), в результате чего были обнаружены корреляции на уровне значимости  $p < 0,05$ . Это свидетельствует о высокой конструктивной валидности авторских тестов. В результате общего сравнения выполнения методик испытуемыми из группы нормы и больными депрессией с использованием непараметрического критерия U Манна-Уитни были получены значимые различия по основным 38 параметрам из возможных 73 (время и количество ошибок разного типа). При этом значимые различия были обнаружены при выполнении всех методик, включенных в нейропсихологическую батарею. Таким образом, авторские тесты показали высокую внешнюю валидность.

Затем эти параметры были проанализированы с использованием логистической регрессии с целью определения предсказательной способности тестов. Полученная модель объясняет 75% дисперсии (R-квадрат Кокса и Снелла = 0,75; Хи-квадрат = 133,084).

**Выводы.** Полученные в настоящем исследовании результаты свидетельствуют о возможности эффективного внедрения и использования предложенного нейропсихологического комплекса в клинике аффективной патологии. Он имеет прогностическую ценность для ранней клинико-психологической диагностики развития аффективных расстройств, а также для выбора стратегий когнитивной терапии и психотерапии пациентов с аффективными расстройствами.

#### Литература

1. L. Clark, S.R. Chamberlain, B.J. Sahakian. Neurocognitive Mechanisms in Depression: Implications for Treatment. *Annu. Rev. Neurosci.*, 32; 57-74, 2009.
2. D.C. Delis, E. Kaplan, J.H. Kramer. Delis-Kaplan Executive Function System. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2001.
3. R. Elliott, R. Zahn, W. Deakin, I.M. Anderson. Affective Cognition and its Disruption in Mood Disorders. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 36; 153–182, 2011.
4. M. Ganguli, D. Blacker, D.G. Blazer, I. Grant, D.V. Jeste, J.S. Paulsen, R.C. Petersen, P.S. Sachdev and The Neurocognitive Disorders Work Group of the American Psychiatric Association's (APA) DSM5 Task Force. Classification of Neurocognitive Disorders in DSM-5: A Work in Progress. *Am J Geriatr Psychiatry*, 19(3), 2012.
5. H.R. Snyder. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*, 139(1); 81-132, 2013.

**Барсукова О.В., ЩербакOVA А.М.,**

**Формирование представлений об окружающей действительности у детей дошкольного возраста**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия  
[letter\\_for\\_me07@list.ru](mailto:letter_for_me07@list.ru), [shcherbakova.a.m@yandex.ru](mailto:shcherbakova.a.m@yandex.ru)

**Ключевые слова:** представления, развитие, социализация, картина мира, дошкольный возраст

**Keywords:** representation, development, socialization, picture of the world, preschool age.

В психологической науке существует ряд определений, относящихся к упорядоченной и целостной системе знаний и представлений человека об окружающей его действительности: «образ мира» (А.Н. Леонтьев, С.Д. Смирнов), «модель мира» (М.В. Осорина), «картина мироустройства» (Ю.А. Аксенова), «когнитивная карта» (Э. Толмен, У. Найссер), «картина мира» (И.Н. Калинаукас), «семантическое пространство» (Ч. Остуд), «внутренний мир человека» (Б.Г. Ананьев), «структура субъективного опыта» (Е.Ю. Артемьева) и др. Картина мира является психологической реальностью, образующейся при взаимодействии человека с миром (Л.С. Выготский, П.Я. Гальперин, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия) и выступает в качестве модели, в которой фиксируется опыт этого взаимодействия. Субъективная картина реальности является психическим образом, опираясь на который, личность самостоятельно управляет собственной жизнью (3).

Становление и содержание картины мира во многом определяется особенностями психического развития ребенка. Свообразие представлений об окружающей действительности в той или иной степени отмечается у всех детей с нарушениями развития. Как правило, речь идет о бедности, узости, неточности, раздробленности и фрагментарности формирующихся представлений (И.М. Бражнюкова, С.Д. Забрамная, Л.Н. Занков, А.А. Катаева, В.В. Лебединский, В.Г. Петрова, С.Я. Рубинштейн, Е.А. Стребелева, Ж.И. Шиф) (2, 4).

Изучение картины мира необходимо для решения задач воспитания и развития детей с ограниченными возможностями здоровья. Несформированная ориентировка в окружающей действительности накладывает определенные ограничения жизнедеятельности, становится преградой к самостоятельности, самоконтролю и самообслуживанию. Неравномерность развития представлений об окружающем неблагоприятно сказывается на способности ребенка к обучению, полноценному и безопасному общению. Фрагментарность и раздробленность представлений о мире мешает ребенку овладеть культурой, социальным опытом человечества, выстраивать свою деятельность в мире, «присваивать» (Л.С. Выготский) себе окружающую действительность (1). Таким образом, психолого-педагогическая помощь детям дошкольного возраста не может быть полной без понимания их субъективной картины мира, актуальность исследования которой определяется ее универсальным значением как основы для дальнейшего психического развития ребенка и его успешной социализации.

Настоящее исследование проводилось в период с сентября 2016 по май 2017 года на базе дошкольных отделений ГБОУ Школы №1590 города Москвы. Обследовались воспитанники старших и подготовительных групп (дети 5-7 лет). Выборка подразделяется на две подгруппы: дети с ЗПР (10 детей) и дети с ОНР (30 детей). Также наряду с экспериментальной группой была определена контрольная группа детей, не имеющих нарушений развития (10 детей). Опрашивались родители (законные представители) и педагоги воспитанников. В исследовании приняли участие 65 человек.

В качестве основных **методов** исследования выступили метод структурированной беседы и метод констатирующего эксперимента. Также решение поставленных задач осуществлялось при помощи следующих методов: психодиагностического (тестирование, опрос), проективных методик, метода экспертных оценок, методов количественной (статистический анализ) и качественной (контент-анализ) обработки материала.

В исследовании использованы следующие методики: психолого-педагогическая диагностика уровня развития детей дошкольного возраста (Н.Н. Павлова, Л.Г. Руденко); проективные рисуночные тесты: «Рисунок человека» (А.Л. Венгер), тест «Картина мира» (Е. С. Романовой и О. Ф. Потемкиной); модификация конструктивной проективной методики «Тест мира» (М. Lowenfeld); модификация методики «Волшебная палочка» (Г.А. Урунтаева, Ю.А. Афонькина); структурированная беседа «Картина мира».

По результатам исследования было установлено, что содержание картины мира во многом определяется уровнем общего психического развития и особенностями познавательных процессов ребенка. Подтверждена первостепенность идеи активности ребенка в процессе деятельностного

познания мира. Было выявлено, что вербальная и образная репрезентация представлений о мире носит высокий уровень обобщения у нормально развивающихся детей, средний уровень у детей с ОНР (выражена структура, категоризация и обобщения слов); низкий уровень у детей с ЗПР (ситуативные и суженные, малообобщенные, конкретные перечисления предметов, связанные с жизненным опытом). Представления об окружающем мире детей с ЗПР характеризуются разнообразными недостатками, выявляющимися следствием неполноценности познавательных процессов и познавательного интереса, отмечается упрощение и уплощение образа мира. Установлено, что представления об окружающем мире подлежат диагностическим исследованиям и коррекционному-развивающему воздействию.

Нам удалось выявить общие и специфические особенности вербальной и образной репрезентации картины мира детей дошкольного возраста.

Общие: 1). Образная репрезентация картины мира доступна всем группам детей; изображения мира относительно равномерно распределены по видам («ситуативный», «пейзажный», «планетарный»). 2). Актуализирована тема «Дом», образ дома выступает опорной точкой мировоззрения. 3). Эмоциональный фон картины мира связан с аффективным благополучием ребенка (приписывание детьми миру позитивных качеств: «хороший», «дружный», «дружелюбный», «мирный», «веселый»). 4). Для всех детей характерен созидательный и преобразовательный характер желаний, вещественно-личностная направленность желаний, а также отсутствие негативных и разрушительных мотивов.

Специфические: 1). Для детей с нормальным развитием характерны яркие и вариабельные изображения, их эмоционально-насыщенное описание. Дети с ЗПР ограничиваются преимущественно изображением одного объекта на листе бумаги, рассказ о нем односложен и невыразителен. 2). При графическом изображении и визуально-образном моделировании мира (в песочнице) проявляется упрощенность и узость представлений о мире, отдельные объекты окружающей действительности не связываются друг с другом. 3). При моделировании картины мира в пространстве песочницы композиции детей с ЗПР зачастую привязаны к конкретной жизненной ситуации.

**Результаты** исследования свидетельствуют о возможности и необходимости коррекции совокупности представлений о мире у детей с нарушениями развития. Различные потенциальные познавательные возможности детей требуют индивидуализации коррекционно-развивающей работы. Нами запланирована разработка психолого-педагогической программы совершенствования картины мира, опирающейся на принципы первостепенной значимости познавательной активности ребенка во взаимодействии со взрослым, единства вербальной и образной репрезентации опыта.

#### **Литература**

1. Выготский Л.С. Мышление и речь.- М.: Лабиринт, 2005.
2. Ежканова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. – М.: Просвещение, 2011.
3. Карпинский В.В. Психология жизненного пути личности. – Гродно: ГрГУ, 2002.
4. Косьмова А.Н. Изучение и коррекция представлений об окружающем мире младших школьников с нарушениями интеллектуального развития: автореф. дис. канд. психол. наук. – Иркутск, 2006.
5. Леонтьев А.А. Языковое сознание и образ мира //Язык и сознание. М., 1993.

**Баулина М.Е.**

**Две линии в сопровождении детей после кохлеарной имплантации: нейропсихологический анализ**

Московский институт психоанализа, Москва, Россия

[psiho-sovet@yandex.ru](mailto:psiho-sovet@yandex.ru)

**Ключевые слова:** кохлеарная имплантация, нейропсихологическая диагностика

**Baulina M.E.**

**Two ways of children support after cochlear implantation: a neuropsychological analysis**

Moscow Institute of psychoanalysis, Moscow, Russia,

**Keywords:** cochlear implantation, neuropsychological diagnostics

Кохлеарная имплантация представляет собой современный и высокотехнологический метод помощи глухим и слабослышащим детям. Она состоит из комплекса мероприятий, включающих, помимо хирургического вмешательства, длительную психолого-педагогическую реабилитацию, поскольку сама по себе операция не обеспечивает автоматического развития слухового восприятия.

Кохлеарный имплант (КИ) – устройство для восстановления ощущения звука путём электрической стимуляции сохранных волокон слухового нерва ребёнка. С 2005 года, благодаря бюджетному финансированию в рамках федеральной программы «Дети России» ежегодно проводится от 500 до 1300 операций [2]. На сегодняшний день в российской сурдопедагогике существует два подхода к реабилитации детей с КИ. Московская школа представлена направлением, которое называется «ЗП-реабилитация» [3, 4]. Главный принцип этого пути психолого-педагогического сопровождения – создание условий для повторного проживания на новой сенсорной основе тех этапов раннего онтогенеза, которые были прожиты ребёнком и семьей на неполноценной сенсорной основе, т.е. в условиях глухоты или тяжелой тугоухости. Поэтому основной акцент делается на «запуск» эмоционально насыщенной совместной деятельности детей и родителями в условиях появления у первых возможности воспринимать звуки.

Слухоречевая реабилитация, представленная Санкт-Петербургской школой сурдопедагогики, заключается в организации тренинга, направленного на формирование функции слухоречевого восприятия [2]. Среди задач, поставленных перед ребёнком, можно выделить обнаружение, различение и узнавание неречевых звуков окружающей среды, понимание разных признаков неречевых и речевых звуков (их количество, длину, громкость и т. д.).

Несмотря на неоспоримые успехи, достигаемые детьми с КИ в результате использования как одной, так и второй стратегии психолого-педагогического сопровождения, многие исследователи отмечают, что у значительной части детей сохраняются трудности устной коммуникации, социальной адаптации, усвоения учебных навыков и достижения общего уровня психического развития, соответствующего возрастным нормативам [5, 6]. Также у многих детей и подростков с КИ возникают проблемы идентификации себя с миром слышащих людей, в результате чего они включаются в сообщество глухих [5].

Перечисленные проблемы выходят за рамки профессиональных компетенций сурдопедагога и нуждаются в осмыслении с позиции нейропсихологического подхода к онтогенезу высших психических функций ребёнка. Необходимость нейропсихологического анализа обусловлена индивидуальными особенностями исходного состояния функциональной системы слухового восприятия до кохлеарной имплантации, а также уровнем развития других ВПФ. Так, среди детей с КИ можно выделить долингвальных пациентов, потерявших слух до овладения речью, и постлингвальных – успевших получить речевой опыт до возникновения нарушений слуха [1, 2]. Оценка внимания, зрительного и тактильного восприятия, памяти, мышления и моторной сферы позволяет эффективно использовать опору на сильные звенья в ходе коррекционного сопровождения. Направление ЗП-реабилитации требует опоры на сохранные эмоциональные процессы ребёнка, включающие достаточный уровень энергетического обеспечения психических процессов, адекватную ситуации взаимодействия скорость реакции, понимание невербальных компонентов выражения эмоций, что обеспечивается работой первого структурно-функционального блока мозга по А.Р. Лурии.

Использование методов слухоречевой реабилитации подразумевает сохранность значительной части функций второго структурно-функционального блока, основной задачей которого является приём, переработка и хранение информации. Нейропсихологическая диагностика способна обеспечить выбор оптимальной стратегии психолого-педагогического сопровождения после кохлеарной имплантации. Среди её основных задач необходимо отметить следующие:

1. Оценка состояния функциональной системы восприятия устной речи: определение основных звеньев, ведущей афферентации, необходимых внешних опор.
2. Оценка вторичной симптоматики, возникающей в результате нарушения слуха и слухового восприятия.
3. Нейропсихологическая диагностика готовности к школьному обучению и выбор образовательной траектории.
4. Нейропсихологическая коррекция трудностей обучения, включающая работу по устранению дислексии, наоушений слухового внимания и фонематического слуха.
5. Диагностика профиля межполушарной асимметрии и оценка эффективности межполушарного взаимодействия (особенно у детей с билатеральной кохлеарной имплантацией).

Рассмотрение реабилитационного процесса с позиций теории системной динамической локализации ВПФ А.Р. Лурии позволяет обосновать сочетание обеих линий психолого-педагогического

сопровождения детей с КИ, принятых в разных школах сурдопедагогики. Следуя логике онтогенеза, целесообразно начинать работу методами ЗП-реабилитации, а затем использовать слухоречевой подход. Поскольку дети с КИ продолжают относиться к категории слабослышащих, они нуждаются в длительном коррекционном сопровождении, включающем нейropsychологическую поддержку и после освоения речи.

#### Литература

1. Баулина М.Е. Сравнительный анализ очного и заочного интернет-консультирования родителей детей с ограниченными возможностями здоровья // Консультативная психология и психотерапия. 2015. №3. С. 67-78.
2. Королева И.В. Слухоречевая реабилитация глухих детей с кохлеарными имплантатами. – СПб: КАРО. 2005. 90 с.
3. Кукушкина О.И. Гончарова Е.Л. Динамическая классификация детей с кохлеарными имплантатами - новый инструмент сурдопедагога // Дефектология. 2014. № 2. С. 29-35.
4. Сатаева А.И. Первоначальный период работы с глухими дошкольниками после кохлеарной имплантации // Дефектология 2012. № 2. С. 50-62.
5. McCormick B., Archbold S. Cochlear Implants for young children: the Nottingham approach to assessment and rehabilitation. London: Whurr Publishers 2003.
6. Brendel M., Frohne-Buechner C., Lesinski-Schiedat A., Lenarz T., Buechner A. Everyday listening questionnaire: correlation between subjective hearing and objective performance. Cochlear Implants Int. 2014. V.15(1), p. 9-13.

**Беляева С. И.**

**Коррекционный ресурс техники совместного рисования**

РГПУ им. А.И.Герцена, Санкт-Петербург, Россия.  
belyaevavsveta@inbox.ru

**Ключевые слова:** психологическая коррекция, техника совместного рисования

**Belyaeva S.I.**

**Correctional resource of the technology of joint drawing**

Herzen University, St. Petersburg, Russia

**Keywords:** psychological correction, technology of joint drawing

**Введение.** В последние годы наметилось повышение психологической культуры населения нашей страны. Оказавшись в сложных жизненных ситуациях, столкнувшись с психологическими проблемами, которые самостоятельно разрешить не могут, люди все чаще обращаются за психологической помощью. Одним из важнейших и наиболее востребованных направлений психологической практики является психологическая коррекция. А. А. Осипова определяет психокоррекцию как «систему мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия» [3, с.7]. К настоящему времени разработаны различные направления практической психокоррекции: психодинамическое, когнитивно-поведенческое, экзистенциально-гуманистическое. Также появляются интегративные технологии, позволяющие осуществлять психологическую коррекцию на нескольких уровнях: когнитивном, эмоциональном, поведенческом. К такой интегративной методике относят технику совместного рисования. В ее основе лежит технология, предложенная Г. Смит [4], которую можно рассматривать как модификацию методики «Кинетический рисунок семьи», описанную А. Анастаси [1], которая, в свою очередь, основана на проективной методике Г. Т. Хоменгаускаса «Рисунок семьи» [5]. Техника совместного рисования основана на тех же положениях, что и обозначенные методики, дополняя их принципом, согласно которому семья как единая система, является основным субъектом психологической коррекции. Особенностью является то, что в процессе рисования принимают участие все члены семьи, пришедшие на консультацию к психологу. Начало и сам процесс рисования происходит регламентировано – участники сменяют друг друга по сигналу психолога. Интервалы времени на рисование сокращаются: 30, 25, 20, 15, 5 и 3 секунды предоставляются последовательно каждому. Такое сокращение времени создает игровую ситуацию, снижая тем самым сознательный контроль, а также увеличивает интенсивность деятельности. По инструкции, членам семьи еще до начала рисования нужно определить очередность, в которой они будут рисовать, и выбрать свой собственный цвет карандаша, которым каждый из них будет рисовать на протяжении всего времени, не меняя и не передавая его другому. Тему рисунка каждый участник задумывает самостоятельно. Обсуждение темы и разговоры с момента начала и до окончания рисования правилами запрещаются. Итогом проведения данной методики является создание общего



рисунка – результата взаимодействия, происходящего между членами семьи. Так как каждый из них использует карандаш определенного цвета, на рисунке хорошо виден «индивидуальный вклад» в общий рисунок. Данная техника предоставляет возможность психологу непосредственно наблюдать и фиксировать процесс практической совместной деятельности клиентов, а также предоставляет обширный материал для анализа. Качественный анализ символического текста рисунка основывается на традиционных подходах, используемых для анализа рисуночных методик: расположение рисунка на листе, пропорциональное соотношение «индивидуального вклада» каждого члена семьи в общий рисунок, выделение и отсутствие отдельных частей, колористические особенности изображения и особенности линий соотносятся с интенсивностью нажатия на карандаш и т.д.

**Материал и методы.** Для объективизации наблюдения за процедурой совместного рисования нами, в ходе исследования особенностей взаимодействия матерей и их делинквентных детей-подростков, были разработаны критерии количественного анализа. В исследовании приняли участие 152 матери и 152 их ребенка-подростка (учащиеся школ г. Норильска). Из них 76 подростков (48 мальчиков и 28 девочек) с делинквентным поведением (состояли в момент исследования на учете в комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав за совершенные правонарушения) и 76 подростков (38 мальчиков и 38 девочек) – социально адаптированные (определены посредством экспертной оценки специалистов школ, где обучались данные подростки). Средний возраст участников исследования сопоставимы, возраст матерей подростков с делинквентным поведением – 38,1 лет, матерей подростков с нормативным поведением – 37,9 лет; возраст их детей, соответственно – 15,0 и 15,1 лет [2].

**Результаты.** По результатам исследования, количественный анализ рисунков, выполненных в технике совместного рисования можно условно разделить на две части: 1. анализ самого процесса рисования, в ходе которого в протоколе фиксируется кто и каким образом в диаде «мать – подросток» определил «последовательность работы»; «следование инструкции» ими; «анализ зрительного контакта» между ними, «особенности взаимодействия во время рисования» – исправления, дополнения, изолированное рисование, 2. анализ результата совместного рисования, который анализируется по критериям: «пространственная организация рисунка» (пропорциональное соотношение «индивидуального вклада»), особенности «выбора тематик» (кто изображал основные фигуры, а кто дополнял рисунок), «удовлетворенность выполненным рисунком», наличие составленного «рассказа по рисунку» (кто и каким образом рассказывал о содержании рисунка). Результаты показали, что детско-родительские отношения в диадах «мать – делинквентный подросток» нарушены на когнитивном (спорят о последовательности работы, выполняют изолированные рисунки, не объединенные общей тематикой, не могут рассказать о рисунке), эмоциональном (редко поддерживают контакт глаз и менее удовлетворены результатами) и поведенческом (нарушают правила, мать исправляет рисунок подростка, подросток меняет тему рисунка) уровнях. В соответствии с результатами исследования, в целях коррекции детско-родительских отношений была проведена семейная психологическая коррекционная работа, в ходе которой предлагалось в течение нескольких консультативных встреч выполнять совместные рисунки по выше обозначенным правилам техники совместного рисования с последующей рефлексией на следующие темы: первая тема – «Семья», а далее в индивидуальном порядке: «Взаимопонимание», «Поддержка», «Доверие», «Уважение», «Любовь», «Наше будущее». В завершении тема – «Наша семья» (на каждой встрече обрабатывалась только одна тема). Анализ результатов проведенной коррекционной работы показал позитивные изменения детско-родительских отношений в семьях с делинквентными подростками.

**Выводы.** Результаты выполнения техники совместного рисования в диадах «мать – делинквентный подросток», полученные в ходе обозначенного исследования [2], позволили не только определить мишени психологической коррекции, но и разработать тематику консультаций.

#### Литература

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. – 7-е изд. : пер. с англ. – СПб.: Питер, 2005. – С. 471.
2. Беляева С. И. Клинико-психологические особенности матерей делинквентных подростков: дис. ... канд. психол. наук; СПбУ – СПб, 2015. – 233 с.
3. Осипова А. А. Общая психокоррекция. – М.: ТЦ «Сфера», 2000. – 512 с.
4. Смит Г. Техника совместного рисования: пер. с англ. / Игровая семейная психотерапия / под ред. Ч. Шеффера. – СПб: Питер, 2001. – С. 105–112.

**Блинова С.В., Блинов Г.А.**

**Особенности диагностики, терапии и медицинской реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью, сформированной на фоне нарциссических черт личности**

БУЗ УР «Республиканский наркологический диспансер  
МЗ Удмуртской Республики», Ижевск, Россия:  
[svettofor@mail.ru](mailto:svettofor@mail.ru)

**Ключевые слова:** нарциссические черты, алкогольная зависимость, терапия, реабилитация

**Blinova S.V., Blinov G.A.**

**The features of diagnostics therapy and medical rehabilitation in patients with alcohol addiction formed against the backdrop of narcissistic traits**

Ministry of health Udmurt Republican narcology dispensary, Izhevsk, Russia

**Keywords:** narcissistic features, alcohol addiction, therapy, rehabilitation

**Введение.** В настоящее время проблема алкогольной зависимости, сформированной на фоне различных черт личности, имеет большую актуальность, как в практическом, так и в теоретическом плане. В связи с этим, у пациентов наблюдаются более тяжелые формы алкогольной зависимости, требующие особых терапевтических подходов и более дифференцированных программ диагностики, лечения и реабилитации. Работ посвященных аспектам формирования алкогольной зависимости на фоне нарциссических черт личности (диагностика, терапия и реабилитация) недостаточно.

**Материал и методы исследования.** Исследованы 54 больных, 34 мужчины и 20 женщин (средний возраст 40,3 года) с диагнозом алкогольная зависимость II стадии (А3). Длительность алкогольной зависимости в среднем составила 9,91 года. В исследование были включены больные с установленным диагнозом А3 (рубрика МКБ-10 F 10.2), не имеющие в анамнезе опыта употребления наркотических веществ.

Согласно диагностическим критериям DSM-IV нарциссического расстройства личности были выявлены следующие коморбидные личностные характеристики: не диагностировано признаков нарциссического расстройства личности у 16,6% обследуемых, у 58,3% обследованных наличие нарциссических черт личности достигло степени акцентуации, а у 25% больных диагностировано нарциссическое расстройство личности.

В исследовании использовались следующие инструменты - опросники и методики, направленные на исследование нарциссических черт личности: 1. Опросник «Диагностика нарциссизма», F.W. Deneke, B. Hilgenstock, R.B.Muller, в адаптации О.А.Шамшиковой, Н.М.Клепиковой. 2. Опросник «Нарциссические черты личности» (О.А. Шамшиковой, Н.М. Клепиковой). 3. DSM-IV диагностические критерии нарциссического расстройства личности. 4. Визуально-аналоговая шкала патологического влечения к спиртному. 5. MADRS (Шкала оценки депрессии Монтоммери-Асберг). 6. Определение уровня реабилитационного потенциала.

**Результаты и обсуждение.** Анализ выявленных психопатологических характеристик у обследуемых больных свидетельствует о том, что больше половины пациентов с алкогольной зависимостью имеют либо акцентуированные нарциссические черты личности (58,3%), либо уже страдают нарциссическим расстройством личности(25%). При этом у них прослеживается умеренная депрессивная настроенность, исходя из анализа MADRS (в среднем составляет от 16 до 25 баллов). Средний показатель по шкале патологического влечения равен 72 единицам, что говорит о высокой степени патологического влечения к спиртному. Уровень реабилитационного потенциала (36- 48 баллов) характеризуется, как низкий.

Для пациентов с алкогольной зависимостью характерна выраженность таких нарциссических черт, как необходимость особого отношения, потребность во внимании и восхищении, грандиозное чувство значимости (нарциссическая черта), нарциссический гнев (нарциссический способ регуляции представления о себе), авторитетность (нарциссическая стратегия), чувство зависти, жажда похвалы (нарциссический способ регуляции представления о себе) (Клепикова Н.М. 2011).

С целью улучшения качества и увеличения длительности терапевтических ремиссий, нами была разработана индивидуальная программа медицинской реабилитации, большую часть которой

занимает индивидуальная работа медицинского психолога, а, в частности, когнитивно-поведенческая, телесно-ориентированная терапия, психокоррекционные занятия с применением элементов транзактного анализа, семейное консультирование, ауторенинги и аппаратные методики реабилитации (БОС, Трансаир-5). Применялась медикаментозная терапия антидепрессантами, механизм действия которых был связан с избирательным ингибированием обратного захвата серотонина. Также все пациенты прошли «Школу здоровья» для больных алкогольной зависимостью.

К настоящему времени наблюдение за больными составляет 6 месяцев. Мы прослеживаем следующую динамику у обследованных пациентов. В 19 % случаев пациенты возобновили алкоголизацию и снова начали прохождение индивидуального курса лечения и реабилитации. Около 15% пациентов самостоятельно прервали прием поддерживающей терапии и прохождение реабилитационных мероприятий, за помощью к наркологу не обращались (по данным амбулаторных карт). Значительная по объему группа -66% включенных в исследование пациентов - регулярно посещают участкового врача-нарколога, принимают поддерживающую медикаментозную терапию, а также продолжают реабилитационные мероприятия в амбулаторном реабилитационном отделении. У этих пациентов отмечается значительное снижение патологического влечения к спиртному (в среднем до 20 единиц). Депрессивная настроенность снизилась от 0-16 баллов по шкале депрессии Монтомери – Асберг. Это говорит о том, что медицинская реабилитация наркологических больных является одним из приоритетных направлений наркологии. Используемые в её системе технологии обеспечивают повышение эффективности лечебно-реабилитационного процесса, увеличивают продолжительность терапевтических ремиссий, приводят к улучшению качества жизни больных (Т.Н.Дудко, Е.М. Райzman 2007).

**Резюме.** Таким образом, с целью формирования более длительных терапевтических ремиссий для пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, сформированной на фоне нарциссических черт личности в разной степени их выраженности, в большей степени необходим индивидуальный (персонифицированный) подход в терапии и медицинской реабилитации. Необходимы более частые контрольные посещения нарколога (чаще, чем 1 раз в месяц), обязательный прием поддерживающей медикаментозной терапии. Кроме того, необходима также более частая психотерапевтическая работа с созависимыми членами семьи пациента.

#### Литература

1. Агибалова Т.В., Дудко Т.Н., Винникова М.А., Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля (Москва 2015). С.34-35.
2. Дудко Т.Н., Райzman Е.М., Социальная работа в наркологии (методические рекомендации) (Москва 2007.), С. 4.
3. Клепикова Н.М., Автореферат дисс. на соискание степени к.п.н. «Операциональное определение нарциссизма в пределах клинической нормы» (Хабаровск 2011). С. 6.

#### Blum A.I.

#### **Взаимосвязь индивидуально – личностных особенностей женщин и характера родовой деятельности**

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия.  
[frau.blum2013@yandex.ru](mailto:frau.blum2013@yandex.ru)

**Ключевые слова:** характер родовой деятельности, индивидуально-личностные особенности

#### **Blum A.I.**

#### **Interrelation of individual - personal characteristics of women and the nature of labor**

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Keywords:** nature of labor, individual and personal characteristics

**Введение.** Связь индивидуально – психологических особенностей личности женщины и нарушений репродуктивной функции осознана давно; более того, репродуктивная функция оценивается как «имеющая высокий риск психосоматических нарушений, особенно в период беременности и родов»[1],[2]. Актуальность изучения индивидуально – личностных особенностей беременных женщин с разным характером родовой деятельности не вызывает сомнений, при условии, что процент нормальных родов составляют не более 10-20%от их общего количества [3],[4].Исследования в области перинатальной психологии говорят о том, что течение беременности и родов тесно связано с психическим состоянием женщины: у беременных, находящихся в ситуации

острого и хронического стресса, осложнения в протекании беременности и родов возрастают в несколько раз [5].

Цель исследования: изучить индивидуально – личностные особенности беременных женщин с разным характером родовой деятельности. Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи: 1. теоретико-методологический анализ индивидуально – личностных особенностей беременных женщин с разным характером родовой деятельности. 2. Провести сравнительный анализ индивидуально-личностных особенностей у беременных женщин с нормальным и нарушенным характером родовой деятельности. 3. Разработать принципы и программу клиничко – психологического сопровождения беременных женщин с риском возникновения нарушенного характера родовой деятельности.

**Материал и методы.** Методическое обеспечение исследования включает в себя метод наблюдения, клиническую беседу, психодиагностические методики: опросник САН (самочувствие, активность, настроение), тест эгоцентрических ассоциаций, личностный опросник ЕРІ (методика Г. Айзенка). Для статистического анализа были использованы методы: описательной статистики. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 8.0 для Windows. В выборку вошли 50 женщин от 18 до 40 лет, состоящие в законном браке, ожидающие первого ребенка и находящиеся на третьем триместре беременности. В экспериментальную группу вошли 23 женщины с аномалиями родовой деятельности, из них 15 женщин с затяжными родами, 8 - со стремительными. В контрольную группу вошли 27 женщин с нормальным характером родовой деятельности. Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курский областной перинатальный центр», в период ноябрь 2016 – ноябрь 2017.

**Результаты.** Анализируя взаимосвязь индивидуально-личностных особенностей и характера родовой деятельности по параметру «Экстраверсия-интроверсия» обнаружены различия на уровне статистической значимости ( $p\text{-level}=0,013$ ). Среди женщин с нарушением характера родовой деятельности интровертов больше, чем среди женщин с нормальным характером родовой деятельности. Женщины данной группы часто погружены в себя, испытывают трудности в установлении контактов с людьми и адаптации к реальности. Они характеризуются слабостью высшей нервной деятельности, для них характерна высокая чувствительность к боли, процессы возбуждения и торможения являются слабыми. Различия по параметру «Нейротизм» характеризуются высоким уровнем статистической значимости ( $p\text{-level}=0,000$ ). Женщины с нарушением характера родовой деятельности отличаются высоким уровнем нейротизма: они нестабильны, эмоционально неустойчивы, легковозбудимы, для них характерны изменчивость настроения, чувствительность, а также тревожность, мнительность, медлительность, нерешительность. На основании исследования литературы, мы можем сделать вывод о том, что высокий уровень нейротизма является общей чертой женщин, которые имеют нарушения репродуктивной функции в целом, а не только нарушения характера родовой деятельности. На высоком уровне статистической значимости были обнаружены различия по параметру «Эгоцентризм» ( $p\text{-level}=0,000$ ). Женщины с нарушением характера родовой деятельности имеют высокий уровень эгоцентризма, который не дает ей сфокусироваться на процессе беременности, на личности будущего ребенка. Эгоцентрическая направленность блокирует появление новой потребности – потребности в заботе о ком-то другом, препятствует формированию родительских потребностей, ценностей ребенка и материнства в целом. Направленность на себя препятствует формированию направленности на другого, в данной ситуации ребенка.

**Выводы.** На основе теоретико-методологического анализа индивидуально – личностных особенностей беременных женщин с разным характером родовой деятельности, мы утверждаем, что профиль индивидуально-личностных особенностей влияет на характер родовой деятельности. Профиль индивидуально-личностных особенностей у женщин с нарушенным характером родовой деятельности характеризуется погруженностью в себя, трудностями в установлении контактов с людьми и адаптации к реальности. Женщины нестабильны, эмоционально неустойчивы, легковозбудимы, для них характерны изменчивость настроения, чувствительность, а также тревожность, мнительность, медлительность, нерешительность. На основании полученных результатов нами разработана программа клиничко-психологического сопровождения беременных женщин, находящихся в группе риска, связанной с возможным нарушением характера родовой деятельности. Целью психологического сопровождения является развитие адаптации к опыту беременно-

сти, формирование личностной направленности на другого (в данном случае на ребенка). Задачами выступают поиск внутренних ресурсов; принятие своего положения, адаптация к ситуации материнства; обучение навыкам эмпатии, направленности на другого; коррекция эгоцентризма.

#### Литература

1. Абрамченко В.В., Каплун И.Б., Талев А.Д. Психозоматические расстройства как факторы риска возникновения позднего гестоза // Материалы Всеросс. конференции с междунар. участием. Иваново, 2001.-с. 79-82.
2. Батуев А.С., Сафронова Н.М., Солдатова О.Ф. ЭЭГ-исследование доминанты беременности и выявление перинатальной патологии // Педиатрия. -1997.-№5.-С. 31-33.
3. Боровикова Н.В. Беременность и основные психологические концепции. Сборник научных статей молодых ученых Орловской области. Орел.: ОГТУ. 2002.
4. Русалов, В.М., Рудина, Л.М. Индивидуально-психологические особенности женщин с осложненной беременностью // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 6.С. 16-26
5. Чумакова Г.Н. Влияние тревожности за ребенка во время беременности на особенности материнского поведения и отдельные состояния ребенка в период младенчества / Г.Н. Чумакова, Е.Г. Шукина, А.А. Макарова // Перинатальная психология и психология родительства / Ред. Г.Г. Филиппова. – 2006. – №1 2007. – С. 85-98.

**Боброва Е.С., Тихонова Е.В.**

#### Семья как фактор отношения подростков к девиантному поведению

БГПУ имени М. Танка, Институт психологии, Минск, Республика Беларусь  
[bobrova-e-s@mail.ru](mailto:bobrova-e-s@mail.ru), [evgvaltix@gmail.com](mailto:evgvaltix@gmail.com)

**Ключевые слова:** подростки, родители, употребление алкоголя, курение

**Bobrova E.S., Tikhonova E.V.**

#### Family as a factor in the attitude of adolescents to deviant behavior

SPU named after M. Tank, Institute of Psychology, Minsk, Republic of Belarus

**Keywords:** adolescents, parents, alcohol consumption; smoking

Подростки являются одной из групп населения, которая наиболее подвержена проявлениям аутодеструктивных форм поведения. Это связано с изменениями, которые происходят с молодыми людьми как в физиологическом, так и в психологическом планах. Уже в ранних научных работах, посвященных изучению психологии подростка, отмечается амбивалентность черт характера и поведения ребенка в этот период.

В данной статье представлены результаты исследования отношения подростков к употреблению алкоголя и курению, роли родителей в формировании определенных паттернов поведения и выявление причин, приводящих к развитию аутодеструктивных форм поведения в подростковом возрасте. Исследование включало в себя два этапа. На первом изучалось отношение подростков к курению и алкоголю. Нами были разработаны анкеты, позволяющие оценить не только отношение к той или иной зависимости, но и сферу увлечений подростков, а также отношения со сверстниками.

На втором этапе рассматривались причины, уязвимости, касающиеся не состояния подростков, а ситуаций, вызванных внешними факторами, в частности взаимоотношениями с родителями и сверстниками. В исследовании приняли участие 140 учащихся 9-11-х классов (93 девушки и 47 молодых людей) общеобразовательных школ г. Минска.

Результаты анкетирования показали в целом негативное отношение подростков к курению. Наибольшее количество респондентов в качестве основной причины своего отрицательного отношения обозначили отсутствие потребности и вред для здоровья, а так же высказали предположение о том, что курение не доставит им удовольствие. В качестве основной причины курения подростки назвали «снятие напряжения (стресса)». Результаты анкетирования отношения молодых людей к употреблению алкоголя позволяют констатировать увеличение количества употребляющих в зависимости от возраста: в группе старших подростков их больше. Большинство респондентов употребляют пиво, вино и алкогольные коктейли. Частота употребления - 1-2 раза в месяц и реже.

При проведении второго этапа исследования были выявлены так называемые «родительские образовательные практики», т.е. особенности родительско-детских взаимоотношений. По нашему глубокому убеждению как нормативное, так и ненормативное поведение подростков, напрямую зависит от взаимоотношений в семье, ценностных ориентаций родителей, норм морали, правил

поведения, семейных традиций и т.д. Ответы учащихся о причинах неупотребления никотина и алкоголя («у меня просто нет такой потребности, это вредно для здоровья») так же, на наш взгляд, связаны с воспитанием и взаимоотношениями в семье.

Изучая причины выбора поведения молодыми людьми, было выявлено, что движущей силой в данном процессе является страх: пред потерей привлекательности, перед родительским наказанием, страх разочаровать родителей, и как итог - страх одиночества [1, с 47].

Страх родительского наказания выражается в корректировках ограничений и свободы. Большинство респондентов предпочитают прислушиваться к родителям, следовать их советам, чтобы не раздражать родителей и те не запрещали им некоторые важные для них вещи. Страх разочаровать родителей появляется тогда, когда отношения между подростками и родителями характеризуются эмоциональной близостью, доверием.

Дистанцирование родителей часто подвергается критике со стороны молодых людей. Они считают, что те слишком заняты своими проблемами, чтобы обращать на них внимание. Переживание одиночества в подростковом возрасте является причиной разочарований и осознаваемой угрозой для формирования межличностных отношений, может ограничить развитие личности и привести к негативным социально-психологическим явлениям ухода от социальной активности, проявляющимся в асоциальном поведении (алкоголизм, наркомания и проч.). Дистанцирование родителей, отказ от семейных ценностей, отсутствие родительского внимания и контроля может привести к дефициту общения и потере доверия, к одиночеству. Родительский дом становится не регулирующим поведение, местом эмоциональной поддержки, а пространством для одиночества. Подобная ситуация побуждает подростка к поиску тех людей, на которых, как ему кажется, он может положиться и найти эмоциональную поддержку. В данной ситуации, значение «нормь» в среде сверстников преобладает, а поведение по отношению к курению и алкоголю принимает новый оборот.

Таким образом, родительский дом, который перестает в какой-то момент способствовать присоединению подростка к системе родительских ценностей может рассматриваться как дисфункциональный. Именно с данной точки зрения, на наш взгляд, можно рассматривать понятие уязвимости подросткового возраста, с позиции положения о родительской дисфункции. Мы говорим не о состоянии молодого человека, когда он употреблял алкоголь или курил, а об условиях, в которых он решил это сделать.

Для предотвращения возникновения девиантного поведения подростка важно принимать его таким, какой он есть, прислушиваться к его проблемам, проявлять максимум внимания, проявлять разумный контроль и быть образцом поведения для своих детей. В качестве составляющих родительской эффективности при взаимодействии с подростками можно выделить 4 компонента: ценностно-мотивационный (ценности родителей, установки, мотивация); эмоциональный (эмоции и чувства родителей по отношению к ребенку); когнитивный (информированность родителей – их знания о ребенке и о себе) и поведенческий (действия родителей, их умения и навыки) [2, с.27].

Обобщая результаты исследования можно отметить, что положительное отношение к употреблению алкоголя и курению характерно для незначительного количества респондентов - 10% подростков, причем показатели среди девушек выше, чем среди молодых людей. Однако родителям подростков следует проявлять большую заинтересованность по отношению к ребенку, его проблемам и проявлять умеренный контроль. Снижение степени удовлетворенности подростком своей семейной ситуацией связано с преобладанием непоследовательности в воспитательных приемах обоих родителей. Неприятие взрослыми возрастных и личностных особенностей своего ребенка может привести к появлению аутодеструктивных форм поведения.

#### Литература

1. Киселева, В.В. Подростковое одиночество: причины и последствия / В.В. Киселева // Воспитание школьников. - 2003. - №6. - С. 47-52.
2. Гиппенрейтер, Ю.Б. Как общаться с ребенком. / Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: «Сфера», 2003. – 240 с.

**Бровникова А.С., Тарасова С.Ю., Бродников А.Ю.**

**Роль психотравмирующих факторов в генезе шизофрении**

Государственный университет «Дубна», Дубна, ПИ РАО, Москва, Россия  
[svutarasov@yandex.ru](mailto:svutarasov@yandex.ru)

**Ключевые слова:** шизофрения, особенности преморбидной личности, психотравмирующие факторы, гендерные различия

**Bobrovnikova A.S., Tarasova S.Yu., Brodnikov A.Yu.**  
**The role of psychotraumatic factors in the genesis of schizophrenia**  
Dubna Internation University, Dubna PI of REA, Moscow, Russia

**Keywords:** schizophrenia, characteristics of premorbid personality, psychological traumatization, gender differences

**Введение.** Шизофрения – распространенное психическое расстройство. Однако, не смотря на это, остается открытым вопрос о роли стрессовых факторов, психотравмирующей ситуации в генезе заболевания [2, 4, 6]. Другим интересным аспектом изучения шизофрении становятся гендерные, межполовые и культуральные различия развития заболевания [3, 5]. По результатам исследований, у мужчин, страдающих шизофренией, более выражена негативная симптоматика, выше уровень социальной дезадаптации, больше вероятность повторной госпитализации [7]. Нами было проведено исследование взрослых лиц, имеющих диагноз «шизофрения» (F20). Цель исследования – изучение у больных шизофренией роли психотравмирующей ситуации в развитии заболевания, ее взаимосвязей в более широком контексте клинических симптомов.

**Материал и методы.** Методический комплекс включал развернутую клиническую беседу с использованием life-line, методики неоконченных предложений и генограммы, патопсихологическое обследование, тематический апперцептивный тест (ТАТ), анализ медицинских карт, анализ словесной и графической продукции больных. Проводилось динамическое наблюдение. Исследование проводилось на базе Московской областной психиатрической больницы № 14 и кабинета социально-психологической помощи при этой больнице в течение 2-х лет. Было обследовано 62 больных. Критерии включения в исследование: верифицированный стационарным обследованием диагноз шизофрении (F20), возраст от 19 до 70 лет, наличие информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: выраженные психотические проявления, дезорганизация поведения и формальное отношение к исследованию. В исследовании принимала участие студентка шестого курса кафедры клинической психологии университета «Дубна» Якимова В.В. [1]. Мы поделили пациентов на две группы по гендерному признаку: 31 мужчина и 31 женщина. С каждым пациентом было проведено 3-4 встречи. Одно занятие отводилось полностью на развернутую клиническую беседу, также одно из занятий целиком отводилось на выполнение методики ТАТ. В нашей работе акцент сделан на развернутую клиническую беседу, включенное наблюдение, сбор анамнеза у родственников, врачей и медицинского персонала. Определяли вклад в развитие заболевания психотравмирующей ситуации. Основным критерием анализа гендерных различий развития шизофрении был пусковой механизм развития заболевания. Кроме того, анализировали сохранение профессиональных навыков, социальную активность больных, особенности COMPLAINTS. Анализ пускового механизма при продолжительности заболевания более 5 лет проводили, ориентируясь преимущественно на фабулу бреда. Статистическую обработку полученных данных проводили методами описательной статистики.

**Результаты.** По результатам исследования, большинство больных выросли в полной семье (67% мужчин и 60% женщин), в которой преобладали амбивалентный (46% – у мужчин и 60% – у женщин) и попустительский стили воспитания (33% – у мужчин и 27% – у женщин). Пусковым механизмом начала заболевания у женщин чаще становилась психотравмирующая ситуация, связанная с неудачным любовным опытом (смерть мужа, развод, физическое насилие, аборт, невозможность иметь детей- 69% случаев). Приведем примеры рассказов по таблицам ТАТ: «женщина устала на работе, дома; ей надо отдохнуть от стресса, который ей муж устроил, из дома выгнал», «меня замуж так никто и не взял, только насильовали», «мне тоже надо устроить личную жизнь», «а ко мне липнут разные маргинальщи». В группе мужчин пусковой механизм также связан с психотравмой в области межличностных отношений (28% случаев). Приведем примеры фраз из методики «незаконченные предложения»: «самое худшее в моей жизни... я холостой теперь», «мое окружение – это чай, сигареты и кофе», «моим лучшим другом был... их не было, пусть будет Роман». При этом у мужчин в качестве отягощающих факторов можно выделить асоциальное поведение, включая

торговлю наркотиками, (20% случаев) и употребление алкоголя и наркотических веществ (50% случаев). Фабула бреда, как правило, отражает социально-психологическую и культуральную ситуацию, в которой находился или находится больной. Приведем клинический случай. Мужчина, 39 лет, сварщик. Основной диагноз: параноидная шизофрения, периодическое течение. Стадия заболевания - более 5 лет. Отец пьющий, мать умерла от онкозаболевания. В школьные годы употреблял различными наркотическими веществами. После окончания школы поступил в ПТУ на профессию сварщика. Обучение и работа нравились, «не устраивала только зарплата». После пошел в армию. Служил в 96-98 годы на границе Чечни и Дагестана. Со слов пациента, несколько раз участвовал в отправке трупов в страну: «Отправлял несколько «грузов 200», кишки зашивал, в нормальный вид человека приводил». Армейская служба нравилась. В дальнейшем хотел остаться служить по контракту, но вернулся домой. По профессии не работал, перебивался случайными заработками. Пациент имел свою семью (жена и дочь). В ходе беседы отмечал, что много времени проводил с дочерью и жалеет, что не может проводить с ней больше времени: «В 3 года она у меня алфавит знала, в 4 писала буквы. Я сам занимался с ней». Отношение к жене негативное: «Вечно гуляла где-то, шлывалась. Потом родила, ушла из этого всего. Но иногда все равно гуляет. Как была, так и осталась за эти 17 лет». В настоящее время пациент проживает с отцом и братом. Отец часто выпивает, брат торгует наркотиками. Отношения в семье напряженные, происходят постоянные конфликты. Пациент агрессивен: «Я последний раз его в реанимацию отправил. Еще раз такое сделает, я его убью». Проявлялся бред на военную тематику. Так, на вопрос: «Можете немного рассказать о своих школьных годах?», пациент дал следующий ответ: «В 6 лет пошел в школу. Был самый маленький. Девочки за мной ходили, били меня по голове вшестером. Потом ходил на бокс, карате, тайский бокс, майор ФСБ, герой России посмертно, командир саперного отделения».

Активная социальная позиция отмечена у женщин в 62% случаев, тогда как у мужчин лишь в 38% случаев. Сходные показатели получены по фактору критичности больного к своему состоянию и сохранности у него ориентировки в собственной личности. 56% женщин относительно критичны к своему дефектному состоянию. У мужчин эта доля составляет 37%. Традиционные социальные гендерные стереотипы проявляются в поведении, связанном с отношением к психическому и физическому здоровью. Поэтому мужчины менее мотивированы на получение профессиональной помощи, а выбирают дезадаптивную копинг-стратегию, например, употребление алкоголя или наркотических веществ.

**Выводы.** 1. Роль психотравмирующей ситуации в генезе шизофрении значительна как у женщин, так и у мужчин. Общим весомым психотравмирующим фактором можно назвать неудачный любовный и сексуальный опыт. Но удельный вес данного фактора больше у женщин (28% у мужчин и 69% у женщин). 2. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у женщин уровень дезадаптации при шизофрении ниже, чем у мужчин. Женщины более критичны к своему дефектному состоянию, у них более сохранна ориентировка в собственной личности, чем у мужчин (56% случаев и 37% случаев соответственно). 3. Учитывая данные, что при шизофрении возможны как гетеро- так и аутоагрессивные акты, при лечении пациентов необходимо обращать особое внимание на роль психотравмирующей ситуации в генезе заболевания. При этом необходимо учитывать связанные с психотравмирующей ситуацией гендерные различия.

#### Литература

1. Бобровникова А.С., Тарасова С.Ю., Якимова В.В. Гендерные различия развития шизофрении // Вестник новых медицинских технологий. 2015. №4. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5285.pdf> (дата обращения: 14.02.2018).
2. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М.: Институт психологии РАН, 2015. 389 с.
3. Литвиненко О.А. Онтогенетические предпосылки особенностей бредаобразования при дебюте шизофрении. Дисс. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 2015.
4. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Медицина, 1974. 166 с.
5. Роджественский В.И. Психологические и половозрастные детерминанты содержания бреда при шизофрении. Дисс. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 2015.
6. Lee R. Mistrustful and Misunderstood: A Review of Paranoid Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2017; 4(2):151-165.
7. Petkari E., Mayoral F., Moreno-Küstner B. Gender matters in schizophrenia-spectrum disorders: Results from a healthcare users epidemiological study in Malaga, Spain. *Compr Psychiatry.* 2017; 72:136-143.



**Бобылева И.А., Русаковская О.А., Заводилкина О.В.**

**«Шкала самостоятельной жизни» как метод оценки эффективности учебного сопровождаемого проживания детей-сирот, страдающих умеренной и тяжелой умственной отсталостью**

ФГБНУ «ИИДСВ РАО», БФ «Расправь крылья!»  
ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** сопровождаемое проживание, тяжелая умственная отсталость, тренировочная квартира, адаптированная шкала независимого проживания

**Bobyleva I.A., Rusakovskaya O.A., Zavadilkina O.V.**  
**Adapted Independent Living Scale as method to assess benefits of  
severe mental retarded orphans' assisted living**

Institute of Study of Childhood, Family and Education of the RAE,  
Children Social Assistance Charitable Foundation «Spread Your Wings!»  
Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology,  
Moscow, Russia

**Keywords:** assisted living, severe mental retardation, training apartment, adapted Independent Living Scale

Одной из причин снижения функциональных возможностей выпускников организаций для детей-сирот с выраженной интеллектуальной недостаточностью при переходе в ПНИ или другие формы жизнеустройства является отсутствие у них опыта проживания в условиях, когда от степени сформированности навыков самообслуживания, самоорганизации и коммуникации напрямую зависит качество жизни. В рамках партнерского проекта «АдаптСтудия» благотворительного фонда «Расправь крылья!» и ГБУ ЦССВ «Вера.Надежда.Любовь» при поддержке Комитета общественных связей г. Москвы апробируется модель учебного сопровождаемого проживания воспитанников организаций для детей-сирот с выраженной интеллектуальной недостаточностью. Создана тренировочная квартира, в которой у воспитанников, имеющих выраженные интеллектуальные нарушения, соответствующие умеренной и тяжелой умственной отсталости, формируются различные виды базовой и инструментальной повседневной активности [1; 2; 3].

Понятие видов повседневной активности (Activity of Daily Living (ADL)), предложенное S. Katz [4], широко используется в зарубежной практике для оценки функционального статуса и способности к автономии лиц, страдающих психическими расстройствами и интеллектуальными нарушениями [5; 6]. Большинство авторов различают «базовую повседневную активность» (Basic ADL) как элементарную повседневную деятельность, направленную на самообслуживание, и «инструментальную повседневную активность» (Instrumental ADL), т.е. более сложные виды деятельности, необходимые для независимого функционирования в обществе (работа по дому, приготовление пищи, прием лекарственных препаратов в соответствии со сделанными врачом назначениями, пользование денежными средствами, использование телефона и транспорта). Выделенные Американской ассоциацией специалистов по трудотерапии 12 типов IADL, свидетельствующие об успешной социальной адаптации, включают также способность заботиться о других и ухаживать за домашними животными. Ряд авторов сужает IADL, относя к ним лишь наиболее сложные виды повседневной активности, требующие высокого уровня когнитивного функционирования (способность управлять автомобилем, совершать сделки). Ими, наряду с «базовой повседневной активностью», выделяются «Household ADL» – активность, направленная на ведение домашнего хозяйства и включающая приготовление пищи, уборку квартиры, совершение покупок [7].

В этом смысле проект «АдаптСтудия» направлен на формирование у воспитанников навыков, относящихся к Basic ADL и Household ADL: самообслуживанию, ведению домашнего хозяйства, самоорганизации и коммуникации. Большое внимание уделяется развитию способности воспитанников самостоятельно понимать необходимость осуществления какого-либо практического действия (например, приготовить завтрак, пропылесосить комнату, выключить свет) и его самостоятельно или с помощью других лиц реализовывать. Предполагается, что учебное сопровождаемое проживание будет эффективным методом подготовки воспитанников к новым условиям, в которых молодой человек окажется после выпуска из учреждения и перевода в ПНИ, и снизит имеющийся риск резкого ухудшения качества их жизни.

Для оценки эффективности проекта, как в отношении конкретных воспитанников, так и в целом, требовался стандартизированный метод диагностики индивидуальных достижений воспитанников.

Несмотря на большое количество стандартизированных (с доказанной валидностью) методик, использующих описанный выше теоретический подход и используемых за рубежом для оценки способности пациента к независимому проживанию [6], они не отвечали полностью нашим задачам. Необходима была методика, которая позволила бы оценивать в динамике не только способность осуществлять какой-либо из видов повседневной деятельности, но также способность осуществлять отдельные компоненты этой деятельности как самостоятельно, так и с большей или меньшей помощью других лиц. В связи с этим нами была взята за основу Independent Living Scale («Шкала независимого проживания»), разработанная Калифорнийским центром реабилитации больных с органическими поражениями головного мозга [8]. Оригинальная «Шкала независимого проживания» включает два блока. Первый блок состоит из 19 субшкал, фиксирующих навыки пациента: личная гигиена; одевание; прием медикаментов; приготовление завтрака, обеда, ужина; пользование транспортом; прием пищи; уборка со стола; переписка; пользование туалетом; ориентировка во времени и использование будильника; пользование телефоном; стирка; безопасность; хобби; уборка дома; покупки. В каждой из субшкал перечислены отдельные компоненты деятельности (уборка со стола: убрал тарелки со стола, очистил их от остатков пищи, ополоснул, поставил в посудомоечную машину, протер стол и т.д.), по которым ежедневно в течение недели выставляются оценка от 0 до 6 баллов, в зависимости от объема и вида необходимой помощи. Например: 0 – пациенту не требуется помощь для того, чтобы начать, продолжить или выполнить задачу, 5 – необходимо физическое вмешательство и руководство для того, чтобы пациент выполнил задачу или ее часть; 6 – пациент не в состоянии выполнить задачу при любом объеме помощи. По каждой из субшкал подсчитывается общий балл, равный сумме баллов, полученных в течение недели за выполнение отдельных компонентов деятельности. Второй блок состоит из 11 субшкал, фиксирующих агрессивное, деструктивное или не соответствующее ситуации поведение пациента ежедневно в течение недели.

Данная «Шкала независимого проживания» была адаптирована нами под целевую группу (сироты с выраженной интеллектуальной недостаточностью, воспитывающиеся в организации), задачи проекта (подготовка к выходу из учреждения) и конкретные условия тренировочной квартиры. В соответствующие субшкалы были добавлены навыки, овладение которыми затруднено в условиях интернатного учреждения, но возможно в условиях сопровождаемого проживания: накладывать еду (и не только себе), сервировать стол, включать и выключать свет, стучать перед тем, как зайти в комнату, открывать шторы, закрывать дверь (ключом), проветривать комнату и др. Была добавлена субшкала «бытовые дела и использование бытовой техники», оценивающая отдельные компоненты навыков использования бытовых приборов. Были добавлены субшкалы, оценивающие коммуникативные навыки воспитанника и навыки самоорганизации (планирование по визуальному календарю). Шкала была разбита на несколько форм для разных наблюдателей (воспитатель, помощник воспитателя, внешний наблюдатель), что позволило охватить весь день в течение 2-ух недель учебного сопровождаемого проживания. В блоке оценки поведения была изменена частота выставления оценок с ежедневной на ежедневную, что мы сочли достаточным. Была добавлена форма шкалы для внешних наблюдателей (заполняется один раз в неделю), включающая фиксацию особенностей воспитательной позиции сопровождающего детей педагога и его взаимодействия с воспитанниками, включающая предоставление воспитаннику возможности сделать выбор и проявить самостоятельность.

В настоящее время «Шкала самостоятельной жизни» используется нами как ключевой инструмент мониторинга эффективности модели учебного сопровождаемого проживания воспитанников организаций для детей-сирот с выраженной интеллектуальной недостаточностью.

#### Литература

1. Бобылева, И.А. Социально-педагогическая поддержка воспитанников и выпускников организаций для детей-сирот. Монография [Текст] / И.А. Бобылева. – М.: БФ «Расправь крылья», 2016. – 288 с.
2. Подготовка воспитанников интернатных учреждений к самостоятельной жизни [Текст] / И.А. Бобылева, О.В. Заводилкина. – Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. – 2015. – №1. – С.6–15.

3. Социальная квартира интернатного учреждения: подготовка воспитанников к самостоятельной жизни: Методическое пособие / А.А. Аббасова, И.А. Бобылева, Д.Е. Доненко, О.В. Заводилкина, Н.А. Найденкова. М., 2011. 120 с. [Электронный ресурс]. –// URL: <http://detskyfond.info/wpcontent/uploads/2015/06/2011-Sozkyvaritna.pdf>
4. Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W. Studies of illness in the aged. The index of adl: A standardized measure of biological and psychosocial function. // Journal of the American Medical Association, 1963, 185, 914-919.
5. Харитоновна Н.К., Русаковская О.А. Методологические подходы к определению недееспособности в зарубежной судебно-психиатрической практике // Российский психиатрический журнал. 2016. №5. С. 33-43.
6. Харитоновна Н.К., Русаковская О.А., Королева Е.В., Васянина В.И. Проблема ограниченной дееспособности в России и за рубежом: Аналитический обзор. - М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. - 96 с.
7. Wolinsky F., Johnson R. The use of health services by older adults. // Journal of Gerontology: Social Sciences, 1991, 46, S345-S357.
8. Persel C. (2012). The Independent Living Scale. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. <http://www.tbims.org/combi/ils> (accessed February 4, 2018)

**Бойко О.М.**

**Принципы подбора упражнений для поддерживающей групповой работы с людьми, страдающими психическими заболеваниями с когнитивным и/или эмоциональным дефектом**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[olga.m.boiko@gmail.com](mailto:olga.m.boiko@gmail.com)

**Ключевые слова:** групповая поддерживающая работа, психическая болезнь, шизофрения

**Boyko O.M.**

**Principles of choosing exercises for supporting group work with people suffering from mental illness with a cognitive and/or emotional defect.**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** supporting group work, mental illness, schizophrenia

Значимость поддерживающей групповой работы с людьми, страдающими психическими заболеваниями и имеющими негативную симптоматику, заключается в возможности создать безопасное пространство для обсуждения волнующих участников проблем и тренировки социальных навыков. Тем самым она помогает в выполнении задач социализации и ресоциализации психически больных [В.С. Ястребов]. Однако, особенности психического состояния и когнитивного статуса данного контингента, обусловленные наличием когнитивного и/или эмоционального дефекта, к которым могут относиться тревожность, нарушение концентрации внимания, снижение работоспособности, нарушения мышления, проявления апато-абулического синдрома, требуют четкой структуры занятия [И. Ялом]. При этом, в отличие от групповой работы с психически больными, не имеющими дефицитарной симптоматики, нет возможности планировать работу исключительно с опорой на потенциальные запросы от участников. Так как их зачастую может не быть вовсе или же они могут не нести практического значения, а отражать нацеленность на взаимодействие с людьми (например: пообщаться, послушать других участников группы).

Для того чтобы не провоцировать усиление тревоги и обеспечить безопасное пространство, необходимое для самораскрытия и усвоения нового опыта, важны понятность для участников структуры занятия и постоянство состава группы. Структура каждой встречи может быть выстроена за счёт соблюдения последовательности тематических блоков. К таковым относятся приветствие, опрос участников относительно имеющихся запросов и формулирование последовательности работы над ними или, при отсутствии запросов, формулирование темы занятия ведущими, работа над запросами, обсуждение прошедшего занятия, его личной значимости для каждого из участников, планирование, если есть необходимость, темы для следующего занятия, завершение и прощание. Особенности структуры занятия могут несколько различаться в зависимости от индивидуальных предпочтений ведущих и подходов, в которых они работают. При этом наличие в работе упражнений, вводя во взаимодействие понятные участникам правила и организующие общие цели, дополнительно помогает внести структуру, что даёт возможность участникам снизить уровень тревоги и совладать с растерянностью от столкновения с новой неопределённой ситуацией. Всё это служит подтверждением того факта, что упражнения могут быть использованы практически в каждом из блоков занятия.

Несмотря на практическую значимость специализированных пособий с перечнем упражнений для данного контингента немного. Кроме того, жесткая заранее спланированная структура занятия не даёт возможность реагировать на актуальные запросы участников, что может несколько снижать для них практическую ценность участия в групповой работе. Поэтому представляется важным умение быстро создать упражнения или модифицировать универсальные в соответствии с текущими задачами. В решении этой задачи представляется полезным использование следующих принципов:

1. Соблюдение общих, не специфичных для людей, страдающих психическими заболеваниями, принципов, учитывающих:
  - a. Блок занятия, для которого упражнение предназначается;
  - b. Стадию групповой динамики;
  - c. Соответствие упражнения согласованным с участниками целям текущей встречи (при их наличии).
2. Степень знакомства участников и характер сложившегося взаимодействия.
3. Учёт особенностей нарушений участников:
  - d. Короткое время выполнения. Учитывая сложности концентрации внимания и нарушения работоспособности, часто имеющиеся у участников, на выполнение одной инструкции к упражнению стоит отводить не более 15 минут, после чего стоит сменить форму активности, перейдя либо к следующему этапу упражнения, либо к его обсуждению.
  - e. Понятная инструкция, исключающая возможность неправильного толкования, позволяющая доступно объяснить участникам смысл упражнения.
4. Возможность изменять уровень сложности по ходу занятия. Не всегда можно предсказать, как пойдёт то или иное упражнение в конкретной группе. И слишком простое и слишком сложное может снизить вовлеченность участников в первом случае за счет ощущения скуки, а во втором за счет фрустрации из-за столкновения с ситуацией неуспеха. Поэтому важно иметь возможность упростить или усложнить упражнение по ходу работы в зависимости от обратной связи, получаемой от участников.
5. Возможность варьировать уровень вовлеченности во взаимодействие с другими участниками группы.
6. Возможность тренировать навыки взаимодействия с другими людьми и наглядно иллюстрировать принципы человеческого общения. Для этого необходимо понимать, как стратегии общения, используемые при выполнении каждого конкретного упражнения, используются в реальной человеческой жизни, и быть готовым доступно объяснить это.

При соблюдении данных принципов можно существенно расширить арсенал используемых упражнений как за счёт доработки изначально предназначающихся для другого контингента, так и за счёт создания авторских.

#### **Литература**

1. Тренинг развития коммуникативных навыков у больных, страдающих шизофренией: методические рекомендации / В.С. Ястребов и др. – М.: МАКС Пресс, 2012.
2. Ялом И. Стационарная групповая психотерапия [пер. с англ. Э.И.Мельник]. – М.: Эксмо, 2011.

**Большакова С.П., Ениколопова Е.В.**

**Регуляторные функции и приверженность медикаментозному лечению**

ООО «Визуальная медицина», МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия  
[bolshakova.sonya@mail.ru](mailto:bolshakova.sonya@mail.ru), [enikolopov@mail.ru](mailto:enikolopov@mail.ru)

**Ключевые слова:** приверженность лечению, медикаментозный комплаенс, регуляторные функции, шизофрения

**Bolshakova S.P Enikolopova E.V.**

**Executive functions and medical compliance**

“Visual medicine”, Lomonosov MSU, Moscow, Russia

**Keywords:** adherence to treatment, medical compliance, executive functions, schizophrenia

**Введение.** В настоящее время существует тенденция сокращения сроков стационарного лечения в клиниках, вследствие чего большинство пациентов с психическими заболеваниями проходят

лечение амбулаторно. В связи с этим проблема контроля за приемом лекарств больными становится все более актуальной. Терапевтическое сотрудничество врача и пациента, медикаментозный комплаенс (или приверженность медикаментозному лечению) являются важнейшими составляющими положительного прогноза лечения [1,2,4,8]. Данное исследование направлено на выявление психологических факторов, влияющих на приверженность медикаментозному лечению больных с эндогенными психическими расстройствами, в частности больных параноидной шизофренией. Актуальность проблемы когнитивных нарушений при шизофрении определяется их широкой распространенностью: наиболее выраженные и часто встречающиеся когнитивные нарушения при шизофрении, затрагивают сферы внимания, рабочей памяти, скорости обработки информации и регуляторных функций [7,10]. В ряде современных исследований отмечается, что возможности адаптации, адекватного когнитивного функционирования и повседневного поведения человека в значительной степени детерминированы регуляторными компонентами психики, регуляторными (управляющими) функциями - executive functions. Регуляторные функции признаются базовыми функциями, в которые большинство исследователей включают такие показатели, как способность к торможению/подавлению неадекватного действия (inhibitory control), возможность переключения (cognitive exibility) и рабочую память (working memory) [6,9]. Целью настоящего исследования был анализ особенностей регуляторных функций у больных шизофренией с разным уровнем приверженности медикаментозному лечению.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 40 пациентов (средний возраст: 39,6±12,6 лет), проходивших лечение в Дневном стационаре ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского. Всем пациентам был выставлен диагноз «Шизофрения параноидная» (шифр по МКБ-10 F20.0). Выборка была разделена на 2 группы по критерию уровня приверженности медикаментозному лечению. Использовались следующие методики: Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов больных шизофренией (BACS); Словесно-цветовой интерференционный тест из батареи D-KEFS, игровая задача (IGT), Опросник уровня агрессивности Басса-Перри [3]. Выраженность клинических проявлений заболевания оценивалась совместно с врачами-психиатрами с использованием следующих клинических шкал: Шкала позитивных и негативных синдромов PANSS, Шкала оценки комплаентности (CGI-S-комплаентность), Шкала автономии [5].

**Результаты.** Сравнение регуляторных составляющих когнитивных функций у больных шизофренией с разным уровнем приверженности лечению показало, что пациенты с низким уровнем приверженности лечению хуже справляются с пробами, в которых происходит большая нагрузка на регуляторные функции. У больных с низким уровнем приверженности медикаментозному лечению отмечаются значимо более выраженные трудности, проявившиеся при решении задач на проблемно-решающее поведение. В этой группе обнаружено статистически значимое снижение таких показателей, отражающих состояние регуляторных аспектов когнитивных функций, как когнитивная гибкость и рабочая память. Способность принимать решения в ситуации неопределенности, исследование которой проводилось с использованием игровой задачи, существенно ниже у больных с низким уровнем приверженности медикаментозному лечению. Вместе с тем, скоростные характеристики, выявляемые при исследовании серийных видов деятельности, а также способность отторгать нерелевантные стимулы выше в группе пациентов с низким уровнем приверженности медикаментозному лечению. Сравнение личностных характеристик, связанных с произвольной регуляцией поведения, у пациентов с разным уровнем приверженности лечению свидетельствует о том, что пациенты с низким уровнем приверженности лечению обнаруживают снижение критичности, а также более высокие показатели уровня агрессивности и импульсивности. Полученные в экспериментально-психологическом исследовании данные подтверждаются при сопоставлении с клиническими проявлениями заболевания.

**Резюме.** Пациенты с низким уровнем приверженности медикаментозному лечению в целом демонстрируют более выраженное нарушение произвольной регуляции деятельности. Представляется перспективным дальнейшее изучение степени влияния нарушения регуляторных составляющих когнитивных функций на уровень приверженности лечению. Методы оценки состояния регуляторных функций могут быть использованы при решении диагностических задач, связанных с выделением групп риска отказа от приема лекарств.

## Литература

1. Букреева Н. Д., Азаева Г. Д., Сорокина В. А. Организационные аспекты формирования приверженности к лечению больных шизофренией // Российский психиатрический журнал. – 2012. – №1. – С. 13–20.
2. Данилов Д.С., Тювина Н.А., Морозова В.Д. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс) при шизофрении и психофармакотерапевтические методы повышения его качества // Российский психиатрический журнал. – 2013. – №2. – С. 64-71.
3. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Методики диагностики агрессии. Психологическая диагностика. 2007, № 3, с. 41-72.
4. Лутова Н.Б. Оценка факторов комплаентности психически больных и влияние на них коморбидных расстройств: методические рекомендации / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; автор-сост.: Н.Б. Лутова. — СПб., 2012. — 20 с.
5. Морозова М. А., Рутчев Г. Е. Новая шкала для оценки автономии у больных шизофренией (описание и исследование валидности) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2015. — № 1. — С. 53–58.
6. Diamond A. Executive functions //Annual review of psychology. – 2013. – Vol. 64. – P. 135.
7. Mesholam-Gately R.L., Giuliano A.J., Goff P., Kirsten, Faraone S.V., Seidman L.J. Neurocognition in first-episode schizophrenia: A meta-analytic review // Neuropsychology. – 2009. – №23(3). – P. 315–336.
8. Mitchell, A. J., Selmes, T. Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services // Advances in Psychiatric Treatment, 2007. – № 13. – P. 423–434.
9. Miyake A., Friedman N. P. The nature and organization of individual differences in executive functions four general conclusions //Current directions in psychological science. – 2012. – Vol. 21. – № 1. – P. 8-14.
10. Narasimhan, M.; Pae, C.U.; Masand, N.; Masand, P. Partial compliance with antipsychotics and its impact on patient outcomes // International journal of psychiatry in clinical practice, 2007. Vol.: 11:102-111

**Бочаров В.В., Шишкова А.М., Ипатова К.А.**

**Взаимосвязь параметров самооценки с показателями «эмоционального выгорания» у родственников больных с аддиктивными расстройствами**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», СПбГБУЗ ГНБ, Санкт-Петербург, Россия  
[bochvikvik@gmail.com](mailto:bochvikvik@gmail.com)

**Ключевые слова:** родственники больных с аддиктивными расстройствами, самооценка, «эмоциональное выгорание», «вовлеченность»

**Bocharov V.V., Shishkova A.M., Ipatova K.A.**

**Interrelation of self-esteem and “emotional burnout” in relatives of patients’ with addictive disorders**

V.M. Bekhterev NMRCPN of the MOH Russia,  
Saint-Petersburg City Addiction Hospital, Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** relatives of addicts, self-esteem, “emotional burnout”, “engagement”

Родственники являются одним из ключевых элементов системы лечения и реабилитации хронически больных, часто выполняя роль связующего звена между больным и социумом. Опекая болеющего члена семьи, родственники стремятся поддерживать его жизненное благополучие и бороться с болезнью, зачастую активно участвуя в выборе методов лечения, являясь опорой в процессе выполнения врачебных предписаний. В этой связи, изучение факторов, способствующих поддержанию конструктивной личностной активности родственников - деятельности, направленной на борьбу с болезнью близкого, и выявление условий, трансформирующих данную деятельность в процесс «эмоционального выгорания», представляется значимым для создания эффективной системы помощи как самим хронически больным, так и их близким.

**Целью** настоящего исследования являлось изучение взаимосвязи параметров самооценки с показателями «эмоционального выгорания» у родственников больных с аддиктивными расстройствами.

**Материал и методы.** В исследовании принимали участие родители и супруги пациентов, находившихся в СПбГБУЗ «ГНБ» и ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», в связи с опийной или алкогольной зависимостью. Было обследовано 65 родственников, средний возраст составил 53,52 (SD = 13,69). В качестве психодиагностических методов выступали:

1) Специализированный инструментарий, разрабатываемый в рамках проекта по созданию методологии исследования уровня «эмоционального выгорания» родственников больных с аддиктивными расстройствами - УЭВР. Данный инструментарий позволяет оценить как проявления «выгорания» («Истощение», «Цинизм», «Деструктивная разрядка напряжения»), так и показатели, отражающие феномены «вовлеченности» («Энергия», «Наполненность смыслом», «Поглощенность»). Кроме того, ряд вопросов направлен на оценку ощущения самоэффективности родственника в

лечении близкого, и позволяет понять его положение в континууме «Редукция личных достижений - Самоэффективность в лечении родственника», где более высокие значения, отражают движение в сторону самоэффективности [1].

2) Модифицированный вариант методики Дембо-Рубинштейн [2], где родственникам предлагается оценить реальный и идеальный уровень своих переживаний по 12 параметрам: «здоровье»; «настроение»; «внутренняя удовлетворенность собой»; «свой вклад в общие усилия по поддержанию здоровья больного»; «вовлеченность в лечение по сравнению с другими родственниками»; «удовлетворенность лечением»; «нагрузка финансовая»; «нагрузка физическая»; «нагрузка эмоциональная»; «нагрузка временная»; «изменения в распорядке дня»; «влияние на семейные отношения».

Для ведения базы данных использовался статистический пакет SPSS 19. В качестве меры связи между показателями был применен коэффициент корреляции Спирмена.

**Результаты.** Анализ взаимосвязей показателей, отражающих проявления «эмоционального выгорания - вовлеченности» родственников аддиктов (УЭВР с параметрами их самооценки, позволил выявить наличие отрицательных корреляционных связей ( $p < 0,01$ ) между признаками «выгорания» («Истощение», «Цинизм», «Деструктивная разрядка напряжения») и параметрами «реальное здоровье», «реальное настроение», «реальная внутренняя удовлетворенность собой» (Дембо-Рубинштейн). Отрицательные корреляции выявляются также между показателем «реальная вовлеченность в лечение по сравнению с другими родственниками» (Дембо-Рубинштейн) и такими проявлениями «выгорания» как «Цинизм» и «Деструктивная разрядка напряжения» (УЭВР) при  $p < 0,01$ . Параметр «идеальная вовлеченность в лечение по сравнению с другими родственниками» отрицательно коррелирует с показателем «Цинизм» ( $p < 0,05$ ). При этом данный параметр («идеальная вовлеченность в лечение по сравнению с другими родственниками») положительно коррелирует с показателем «Энергия» (УЭВР) при  $p < 0,01$ , а показатель «Энергия» имеет положительные связи с параметром «идеальный вклад в общие усилия по поддержанию здоровья больного» (Дембо-Рубинштейн) при  $p < 0,05$ . Наибольшее количество положительных корреляционных связей у изучаемых параметров самооценки выявляется с показателем «Самоэффективность в лечении родственника» (УЭВР). Данный показатель положительно коррелирует с параметрами «реальное здоровье», «реальное настроение», «реальная внутренняя удовлетворенность собой» ( $p < 0,01$ ) и «реальная вовлеченность в лечение по сравнению с другими родственниками» ( $p < 0,05$ ). Показатели «Наполненность смыслом» и «Поглощенность» (УЭВР) положительно коррелируют с параметром «реальная эмоциональная нагрузка» ( $p < 0,05$ ) (Дембо-Рубинштейн), при этом «Поглощенность» имеет отрицательные взаимосвязи с параметром «реальное настроение». Обращает внимание, отсутствие взаимосвязей показателей УЭВР с параметрами самооценки, отражающими стрессовую нагрузку. Полученные результаты подтверждают данные клинико-психологического исследования и говорят о том, что выраженные проявления «эмоционального выгорания» у родственников аддиктивных больных связаны с чувством ухудшения здоровья, снижением настроения и внутренней удовлетворенности собой. В тоже время ощущение самоэффективности в лечении родственника связано с позитивными аспектами самооценки и вовлеченностью в лечение больного.

**Заключение.** Полученные результаты говорят о наличии многомерных связей между показателями, характеризующими оценку собственных переживаний и параметрами, отражающими континуум «выгорание-вовлеченность» в исследованной группе родственников больных с аддиктивными расстройствами. Характер выявленных взаимосвязей, в целом, подтверждает конструктивную валидность двухполюсного концепта «эмоционального выгорания» родственников аддиктов, а также свидетельствует о том, что «выгорание» в большей степени связано не с реальной стрессовой нагрузкой, а с когнитивными компонентами оценки собственного состояния.

#### Литература

1. Опыт исследования некоторых аспектов «эмоционального выгорания» у матерей и жен больных с аддиктивными расстройствами / В.В. Бочаров, А.М. Шиншкова, А.А. Сивак [и др.] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 6(47). – С. 4 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpj.ru> (дата обращения: 30.01.2018).
2. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения (практическое руководство). Тернополь, 2004. 168 с

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект «Методология и инструментарий оценки уровня эмоционального выгорания родственников больных с аддиктивными расстройствами», № 17-06-00533*

**Будька Е.В., Качан А.Б., Прошкина Е.Н.**

**Нейропсихология индивидуальных различий в практике комплексного сопровождения спортивной деятельности**

МГУ им. М.В. Ломоносова, МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия  
[ev-mgu@yandex.ru](mailto:ev-mgu@yandex.ru)

**Ключевые слова:** нейропсихология индивидуальных различий, студенты-спортсмены

**Budyka E.V., Kachan A.B., Proshkina E.N.**

**Neuropsychology of individual differences in the practice of complex support of sports**  
Lomonosov MSU, A.I. Yevdokimov MSUMD MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** neuropsychology of individual differences, student-athletes

**Введение.** Среди направлений исследований, перечисленных в паспорте научной специальности «Медицинская психология», выделены, в частности, проблемы психологии здоровья, физической культуры и спорта высших достижений. Междисциплинарное сопровождение различных видов спортивной деятельности на современном этапе может основываться на результатах исследований, полученных в таком разделе нейропсихологии как нейропсихология индивидуальных различий или дифференциальная нейропсихология [5, 7]. В качестве основы индивидуальных различий в этом случае выступают особенности латеральной организации моторных и сенсорных функций, отражающие межполушарные взаимоотношения в анализаторных системах [1, 7]. Актуальным приложением сведений, накопленных в нейропсихологии индивидуальных различий, является их использование в практике спорта, как на этапе отбора и рекомендаций по выбору вида, так и в тренировочном и соревновательном процессах [1, 3]. Для этого изучаются и описываются индивидуальные особенности не только двигательных, но и познавательных, эмоциональных процессов, личностной сферы, прогностически важные для отбора и/или занятий определенным видом физкультурно-спортивной деятельности [1, 3, 5].

**Материал и методы.** На протяжении длительного времени в научно-исследовательской лаборатории кафедры физического воспитания и спорта МГУ имени М.В. Ломоносова с использованием нейропсихологического подхода к анализу индивидуальных различий проводятся исследования студентов-спортсменов [3, 7]. Для характеристики особенностей функциональной асимметрии по стандартной схеме [7] определяются индивидуальные сочетания латеральных признаков в мануальной моторной, слухоречевой и зрительной системах (профили латеральной организации (ПЛО) моторных и сенсорных функций). Затем испытуемых по типологии Е.Д. Хомской, И.В. Ефимовой относят к типу ПЛО: «чистые» правши, праворукие, амбидекстры, леворукие и «чистые» левши [7]. В различных сериях исследований участвовали студенты и студентки Московского университета, специализирующиеся в разных видах спорта. С учетом особенностей функциональной асимметрии проанализированы и описаны скоростные, регуляторные показатели их двигательных и познавательных процессов, некоторые характеристики эмоциональной сферы [2, 4, 6, 7].

**Результаты.** Полученные в проведенных исследованиях данные свидетельствуют о том, что нередко является «рассогласование» между предпочтительным для анализируемого вида спорта типом ПЛО, и профилем, с которым связаны оптимальные для вида характеристики познавательных или эмоциональных процессов. Так, в частности, в ряде серий наших исследований, в которых участвовали девушки, занимающиеся художественной гимнастикой, было выявлено, что предпочтительными для успешных занятий являются профили с правосторонними признаками асимметрии. Например, среди двух выборок гимнасток, обследованных на протяжении 10 лет, было 28-30% «чистых» правшей и 48-56% праворуких. Также полученные нами результаты свидетельствовали о том, что лучшее освоение двигательных навыков, специфичных для художественной гимнастики, демонстрировали спортсменки с более высокими скоростными и регуляторными показателями ряда высших психических функций, а движения, включающие пространственно-ориентированные элементы, лучше осуществляли гимнастки с более высокими показателями зрительно-пространственной памяти. Была обнаружена связь лучших скоростных и регуляторных характеристик двигательных и познавательных функций с наличием у испытуемых правосторонних латеральных признаков в моторной мануальной системе. Это соответствует предпочтительным для художественной гимнастики профилям асимметрии. В то же время лучшие показатели зрительно-



пространственной памяти наблюдались у амбидекстров и леворуких испытуемых, т.е. при наличии реже встречающихся среди гимнасток профилей [4, 6]. Сходная ситуация отмечалась и при исследовании спортсменов, специализирующихся в айкидо и каратэдо [2, 3]. В обследованной выборке соотношение представительниц типов ПЛЮ было следующим: 42% «чистых» правшей, 37% - праворуких, амбидекстров – 16%, леворуких – 5%. Данные, полученные при анализе зрительно-пространственных функций, к которым рассматриваемый вид спорта предъявляет существенные требования, продемонстрировали, что успешность выполнения разных видов модельной зрительно-пространственной деятельности была выше у «чистых» правшей, а также у испытуемых с ведущим правым глазом. В то же время результаты педагогической оценки успешности освоения специальных двигательных навыков айкидо и каратэдо свидетельствовали о преимуществе спортсменов с профилями, в которых преобладали симметричные признаки [1, 2, 7].

**Выводы.** Материалы проведенных исследований указывают на необходимость тщательной интерпретации данных, полученных с использованием нейропсихологического подхода, при разработке рекомендаций по отбору и комплексному сопровождению различных видов спортивной деятельности с учетом латеральных предпочтений в моторной и сенсорных системах.

#### Литература

1. Бердичевская Е.М., Гронская А.С. Функциональные асимметрии и спорт // Руководство по функциональной межполушарной асимметрии. – М.: Научный мир, 2009. – Глава 24.
2. Будыка Е.В., Качан А.Б., Ефимова И.В., Заборина И.А. Учёт индивидуальных особенностей латеральной организации моторных и сенсорных функций на занятиях боевыми искусствами // VII Международный научный конгресс «Спорт. Человек. Здоровье»: Мат. конгресса / Под ред. В.А. Таймазова. – СПб.: Олимп-СПб, 2015. – С. 84–86.
3. Ефимова И.В. Межполушарная асимметрия мозга и двигательные способности // Физиология человека, 1996. – Т.22. – №1 – с. 35–39.
4. Будыка Е.В., Григорян Э.В., Ефремова А.А., Прошкина Е.Н., Ефимова И.В. Особенности зрительно-пространственных функций студенток, занимающихся художественной гимнастикой, в зависимости от функциональной асимметрии // Фундаментальные проблемы нейронаук. Функциональная асимметрия. Нейропластичность. Нейродегенерация. – М.: Научный мир, 2014. – С. 61-67.
5. Психофизиология индивидуальных различий в спорте: Хрестоматия / Ред.-сост. В.А. Москвин, Н.В. Москвина. – М.: НИИ спорта РГУФКСМиТ, 2013 – 128 с.
6. Будыка Е.В., Григорян Э.В., Ефремова А.А., Прошкина Е.Н., Ефимова И.В. Характеристики познавательных процессов студенток с разными признаками функциональной асимметрии: учет особенностей женского организма //Функциональная межполушарная асимметрия и пластичность мозга. – М.: ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН, 2012. – С. 42-45.
7. Хомская Е.Д., Ефимова И.В., Будыка Е.В., Ениколопова Е.В. Нейропсихология индивидуальных различий. –М.: ИЦ «Академия», 2011 – 160 с.

**Бузина Т.С.**

**Ценностно-смысловые компоненты личности при зависимости от психоактивных веществ**

МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

**Ключевые слова:** зависимость от психоактивных веществ, ценностные ориентации, иерархия ценностей, смыслोजизненные ориентации

**Buzina T.S.**

**Values end meaning of life of personality with Substance Dependence**

A.I. Yevdokimov MSUMD MOH Russia, Moscow Russia

**Keywords:** substance dependence, values, hierarchy of values, meaning of life

**Введение.** Эффективность психологической профилактики зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) всех уровней связана с пониманием субъектности ее участников. Изменение поведения риска может быть устойчивым, если в процессе профилактической или реабилитационной работы произошло качественное изменение смысловой и мотивационной структуры личности. Это определяет актуальность исследования ценностно-смысловых компонентов личности в контексте зависимости от ПАВ.

**Материал и методы.** Было проведено исследование ценностных иерархий методом М. Рокича и общей осмысленности жизни методикой Д.А. Леонтьева среди 226 пациентов с зависимостью от ПАВ и 167 подростков от 14 до 17 лет (8-10 классы). При изучении пациентов с зависимостью

также сравнивались ценностные иерархии и смысложизненные ориентации пациентов после стандартного лечения в стационаре (51 чел.) и пациентов, имевших ремиссию после реабилитационных мероприятий (51 чел.).

**Результаты.** Исследования показали, что у зависимых от ПАВ пациентов снижены показатели общей осмысленности жизни, отсутствует временная жизненная перспектива. Система ценностных ориентаций зависимых от ПАВ пациентов, составляющая основу мировоззрения и ядро мотивации жизнедеятельности, имеет примерно ту же структуру, что и у здоровых людей.

Среди приоритетных ценностей можно выделить следующие ценности: «любовь», «здоровье», «дружба», «счастливая семейная жизнь», «материальная обеспеченность», «интересная работа». Полученная иерархическая структура указывает на эгоцентрическую потребность иметь комфортное существование внутри ближнего социального круга.

Ценности, связанные с развитием, познанием, активной жизненной позицией не осознаются как приоритетные, что отражает пассивное отношение к окружающему миру. О пассивной и эгоцентрической направленности ценностной структуры свидетельствует также низкая значимость ценности творчества и счастья других. При этом анализ «идеальной» структуры ценностных ориентаций показывает, что большинство пациентов понимают ценность активной, деятельной жизненной позиции, но не отождествляют ее со своими потребностями.

Ценностная иерархия пациентов, получавших реабилитационную помощь и находившихся в длительной ремиссии, отличается большей автономностью в межличностных отношениях, ориентированностью на познание и активность и меньшим гедонизмом. Дополнительными индикаторами изменения пассивной позиции является повышение показателей мотивации достижения и общей осмысленности жизни.

Исследование молодежной аудитории показало, что для них также приоритетными ценностями являются любовь, дружба, счастливая семейная жизнь, здоровье, материальная обеспеченность и интересная работа.

Сравнивая «значимые» ценности с «отвергаемыми» и «нейтральными», мы видим, что в ценностной иерархии молодежи наблюдаются явные противоречия. С одной стороны наблюдается потребность в любви и семейном счастье, но с другой стороны ценность «счастье других» оказалась на последних по значимости местах и у юношей и у девушек. В таком случае их представления о счастье, любви и дружбе либо крайне эгоистичны, либо эта потребность носит скорее декларативный характер, без реальных представлений о том, как можно достичь эти ценности.

То же самое касается таких приоритетных ценностей, как «интересная работа» и «материальная обеспеченность». Они присутствуют в сознании молодежи отдельно от ценностей «познания», «развития», «творчества», «активной деятельности», которые по идее должны способствовать, если не «материальной обеспеченности», то, по крайней мере, интересной работе. Однако эти ценности даже если и не попали в «отвергаемые», то все равно ближе к ним, чем к «значимым».

**Резюме.** Сравнение иерархий терминальных ценностей молодых людей в зависимости от наличия проб наркотических веществ показало, что подростки, не употреблявшие наркотические вещества, достоверно выше ценят такие ценности как познание, развитие, творчество, хотя эти ценности и не являются для них приоритетными. Аналогичные результаты были получены на пациентах, зависимых от ПАВ, получавших психотерапевтическую помощь и имеющих длительную ремиссию и не получавших такой помощи. При ведущей роли ценностей любви, дружбы, здоровья, счастливой семейной жизни пациенты с длительными ремиссиями выше ценили активную деятельность и познание и меньше - развлечения.

Полученные данные позволяют рассматривать пассивную и гедонистически ориентированную ценностно-смысловую структуру личности, как фактор риска зависимости от ПАВ. Это также позволяет наметить мишени для психологических вмешательств в реабилитационной и профилактической деятельности.

**Букнин А.М.**

**Анализ исследований активности головного мозга у пациентов с вербальными галлюцинациями при шизофрении**

МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия  
[aleksey.bukinich@mail.ru](mailto:aleksey.bukinich@mail.ru)

**Ключевые слова:** шизофрения, вербальные галлюцинации, активность головного мозга

**Bukinich A.M.**

**Meta-analysis of brain activity studies in patients with verbal hallucinations in schizophrenia**

Lomonosov MSU, Moscow, Russia

**Keywords:** schizophrenia, auditory verbal hallucinations, brain activity

**Введение.** Целью данной работы является продолжение и дополнение идей Ю.Ф. Полякова о феномене шизофрении в рамках рассмотрения продуктивной симптоматики данной болезни. В своем труде “Патология познавательной деятельности при шизофрении” Ю.Ф. Поляков неоднократно указывает на необходимость изучения характера изменения мозговой деятельности при шизофрении, говоря о том, что главная трудность раскрытия природы психических заболеваний лежит в сложной взаимосвязи между основными клиническими проявлениями и их биологическим субстратом. Автор изучает восприятие у больных шизофренией, не имеющих продуктивной симптоматики, аргументируя это тем, что при данных условиях наблюдается наибольшая сохранность восприятия. Выбранные рамки исследования позволяют Ю.Ф. Полякову экспериментальным путем выявить особенности процессов восприятия у больных шизофренией, где наблюдается тенденция к лучшему опознанию менее вероятных стимулов и худшему опознанию более вероятных по сравнению с контрольной группой [1].

Однако нельзя забывать и о продуктивной симптоматике шизофрении, в частности - о галлюцинаторной. Современная аппаратура, а также методы анализа данных позволяют детально изучить особенности активности головного мозга у больных шизофренией при переживании галлюцинаций и вне данной симптоматики. В последнее десятилетие XX века, а также в начале XXI века было проведено некоторое количество исследований в рамках изучения данного вопроса, общим существенным минусом которых был небольшой размер экспериментальной группы. Исходя из этого было принято решение провести анализ ряда из вышеописанных работ и обобщить полученные результаты, выделив сходства и противоречия. Ниже будут приведены типовые исследования, метод анализа и полученные результаты.

В работе McGuire, P.K., Shah, G.M., Muthu, R.M., представлено исследование 12 больных шизофренией с вербальными галлюцинациями с сопоставлением сканов при/без переживания галлюцинаций при помощи Однофотонной эмиссионной компьютерной томографии выявило возрастание активности зоны Брока, левой поясной извилины и левой височной доли [2]. В другой работе возрастание активности левой верхней височной извилины и передней поясной извилины у 5 больных шизофренией с вербальными галлюцинациями (использовалось сопоставление сканов при/без переживания галлюцинаций) было выявлено с помощью позитронно-эмиссионной томографии [3]. Распространенным методом является функциональная магнитно-резонансная томография, ее результаты показали, что у 8 больных шизофренией с вербальными галлюцинациями наблюдалось возрастание активности правой и левой височных извилин, нижней теменной извилины и средней лобной извилины [4]. Также с помощью данного вида анализа была выявлена повышенная активность верхней и средней височных извилин, а также поясной извилины при проведении эксперимента с попыткой распознавания внешней и внутренней речи при галлюцинациях [5]. Перед обобщением полученных результатов хочется обратиться к нескольким когнитивным исследованиям, которые на основании простейшей идеи предъявления больным стимулов той же модальности, что и галлюцинации, получили понимание интересной закономерности мозговых процессов. Было выявлено, что слуховые (вербальные у больных шизофренией) галлюцинации своеобразным образом “окупируют” верхнюю височную извилину, снижая ее чувствительность к внешним стимулам, эту же закономерность подтвердило последующее исследование 15 больных шизофренией с использованием фМРТ [6]. Подобные закономерности были получены также в другом исследовании для зрительных галлюцинаций [7].

**Выводы.** При переживании вербальных галлюцинаций при шизофрении выявлена активация левых верхней и средней височных извилин, зоны П. Брока и вторичной ассоциативной коры. Активация поясной извилины может быть связана с ошибочным отношением галлюцинаций к внешним перцептивным образам, что вместе с предыдущей информацией может говорить об осознанной обработке галлюцинаций именно как внешней стимульной информации. В пользу этого же факта говорят когнитивные исследования, свидетельствующие в пользу того, что галлюцинации конкурируют за нейрофизиологические ресурсы коры с обычными поступающими перцептивными стимулами, что затрудняет восприятие последних и проливает свет на новые особенности процесса восприятия у больных шизофренией.

#### Литература

1. Поляков, Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении [Текст]/Ю.Ф. Поляков. - М.: "Медицина". - 1974. - 167 с.
2. McGuire, P.K., Shah, G.M., Murray, R.M., 1993. Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia.[Текст]. *Lancet* 342, 703–706.
3. Suzuki, M., Yuasa, S., Minabe, Y., Murata, M., Kurachi, M., 1993. Left superior temporal blood flow increases in schizophrenic and schizophreniform patients with auditory hallucination: a longitudinal case study using 123I-IMP SPECT.[Текст]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 242, 257–261.
4. Lennox, B.R., Park, S.B., Medley, I., Morris, P.G., Jones, P.B., 2000. The functional anatomy of auditory hallucinations in schizophrenia. [Текст]. *Psychiatry Research* 100, 13–20.
5. Kumari V , Fannon D , Hyeche DH , Raveendran V , Antonova E , Andrew C , Johns LC , Fu CH , McGuire PK , Kuipers E : Functional MRI of verbal self-monitoring in schizophrenia: performance and illness-specific effects. [Текст]. *Schizoph Bull* 2010; 36:740–755.
6. Plaze, M., Bartres-Faz, D., Martinot, J.L., Januel, D., Bellivier, F., Artiges, E., Pallier, C., Paillete-Martinot, M.L., 2006. Left superior temporal gyrus activation during sentence perception negatively correlates with auditory hallucination severity in schizophrenia patients. [Текст]. *Schizophrenia Research* 87, 109–115.
7. Howard, R., Williams, S., Bullmore, E., Brammer, M., Mellers, J., Woodruff, P., David, A., 1995. Cortical response to exogenous visual stimulation during visual hallucinations.[Текст]. *Lancet* 345, 70.

**Бурдукова Ю.А., Алексеева О.С., Щеглова А.В., Чижова В.А.**

**Зрительное распознавание у детей, имеющих нейроонкологическое заболевание в анамнезе различной локализации**

ФГБОУ ВО МГППУ, ПИ РАО, Москва, Россия  
[julia\\_burd@inbox.ru](mailto:julia_burd@inbox.ru)

**Ключевые слова:** дети с нейроонкологическими заболеваниями, зрительное распознавание

**Burdukova Y.A., Alekseeva O.S., Chizhova V.A. Shcheglova A.V.**  
**Visual recognition in children with brain tumor of different localization**  
MSUPE, PI of RAE, Moscow Russia

**Keywords:** children with brain tumor, visual recognition

**Введение.** На данный момент в литературе, посвященной последствиям нейроонкологических заболеваний (НОЗ), обсуждается вопрос о роли локализации поражения в структуре когнитивного дефицита НОЗ [4]. Высказываются предположения, что сама локализация не оказывает существенного влияния на картину последующего нейропсихологического дефицита помимо сугубо неврологической очаговой симптоматики [4]. Возникает вопрос, действительно ли на фоне общего неспецифического снижения когнитивных навыков в результате нейроонкологического заболевания и последующего лечения локализации поражения является фактором несущественным? Нам представляется интересным изучить влияние локализации опухолевого образования на сохранность изолированной когнитивной функции зрительного распознавания с помощью верифицированной нейропсихологической пробы.

**Материал и методы.** Экспериментальную группу детей, проходивших лечение химио- и лучевой терапией (1 группа) составил 51 человек с нейроонкологическими заболеваниями (средний возраст 109,6±48,4 мес.); 31 детей с локализацией опухоли в мозжечке и желудочках, 10 детей с локализацией в пинеальной области и четверохолмии, 10 детей с локализацией в теменно-височных отделах коры. Возраст проведения операции – 102,6±45,4 мес.; длительность восстановительного периода в изучении когнитивных навыков – 33,2±37,3 мес. Экспериментальную группу детей, не получивших лечение химио- и лучевой терапией (2 группа) составило 40 человек с нейроонкологи-

ческими заболеваниями (средний возраст 107,6±41,2 мес.). из них 17 детей с локализацией опухоли в мозжечке и желудочках, 12 детей с локализацией опухоли в пинеальной области и четверохолмии, 11 детей с локализацией в теменно-височных отделах коры. Возраст проведения операции – 98,7±47,4 мес.; длительность восстановительного периода в изучении когнитивных навыков – 45,4±39,2 мес. Контрольную группу составили типично развивающиеся дети в количестве 105 человек (средний возраст 111,3±44,1 мес.). Оценка зрительного распознавания проводилась с помощью пробы Распознавание зрительных паттернов (Pattern Recognition Memory), входящей в компьютерную батарею нейропсихологических тестов CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) [3]. В первой части тестирования испытуемому демонстрируется последовательность из 12 трудно вербализуемых зрительных стимулов, появляющихся в центре экрана один за другим. Во второй части тестового задания (на стадии узнавания) испытуемому необходимо выбрать из двух одновременно предъявляемых зрительных стимулов тот, который ранее уже предъявлялся (второй стимул предъявлялся на этапе узнавания впервые). При этом тестовые стимулы предъявляются в обратной последовательности по отношению к первоначальному порядку их предъявления. Далее задание повторяется с 12 новыми стимулами непосредственно после предъявления первой серии стимулов. Для второй серии стимулы, предъявлявшиеся в первой, могут являться интерферирующими. При оценке результатов использовалось число правильно выполненных проб. Для анализа различий использовался дисперсионный анализ АНОВА с факторами повторных измерений. Независимым фактором был взят фактор Локализация (уровни: наличие новообразования в мозжечке и задней черепной ямке, наличие новообразования в пинеальной области, наличие новообразования в теменно-височных отделах коры и отсутствие нейроонкологического заболевания), фактор повторных измерений Первичное/Повторное тестирование, зависимая переменная – число правильно выполненных проб в серии). Для нивелирования влияния возраста испытуемых на результаты исследования показатель Возраст на момент тестирования был взят в качестве континуального предиктора.

**Результаты.** Дети, имеющие поражения мозжечка и задней черепной ямки, выполняют пробу на зрительное распознавание значимо хуже типично развивающихся детей, как в первой серии тестирования, так и во второй. Это справедливо, как для детей получающих химиотерапию ( $p > 0,0008$  (в первой серии) и  $p > 0,006$  (во второй серии)), так и не получающих ее ( $p > 0,01$  (в первой серии) и  $p > 0,006$  (во второй серии)). Эти данные согласуются с современными представлениями о том, что самонейроонкологическое заболевание, хирургическое вмешательство и/или оказывает неспецифическое негативное влияние на когнитивные функции (Duffner). Клиницисты в руководстве к компьютерной батарее нейропсихологических тестов CANTAB указывают, что данная проба является чувствительной к поражениям медиальной височной коры [3], участвующей в обеспечении таких функций памяти, как узнавание и запоминание. Тем удивительнее, мы не обнаружили снижения эффективности зрительного распознавания у детей с поражениями теменно-височных отделов коры вне зависимости от получаемого лечения и серии заданий ( $p > 0,2$ ). Это может являться очередным свидетельством того, что т.наз. очаговая симптоматика при НОЗ угасает в течении довольно короткого времени и не является источником последующего когнитивного дефицита [1]. Наиболее интересные результаты были получены при анализе выполнения пробы на зрительное распознавание детьми с новообразованиями в пинеальных отделах головного мозга. Группа, прошедшая химиотерапию, продемонстрировала снижение эффективности распознавания в сравнении с типично развивающимися сверстниками, как в первой ( $p > 0,0004$ ), так и во второй ( $p > 0,001$ ) серии. Выполнение первой серии задания группой детей, не проходивших химиотерапию, не отличается от типично развивающихся сверстников ( $p > 0,0000001$ ), в то время как во второй серии эффективность зрительного распознавания в группе с поражениями пинеальных областей резко снижается, как относительно нормы, так и собственной эффективности в первой серии ( $p > 0,0000001$ ). Мы предполагаем, что при усложнении задания проявляется дефицит зрительного распознавания у детей с поражениями в пинеальных областях, так в работах описаны нарушения зрительного распознавания при поражениях гипофизарной области [2].

## Литература

1. Андреева Е. В. с соавт. Отдаленные последствия химиолучевой терапии и качество жизни у детей с опухолями задней черепной ямки. *Детская онкология*, 2004, №. 3-4, 3-11.
2. Bakhtiar H., et al. Cognitive Dysfunction in Euthymic Adolescents with Bipolar Disorder: Is There Any Deficit in Their Visual Memory?. *Iran Journal Psychiatry Behavior Science*. 2017;11(3)
3. Cambridge Cognition Ltd. CANTABeclipse™: Software User Guide. Manual version 3, 2006, Cambridge: Cambridge Cognition Ltd. Cambridge Cognition Ltd. (2006). CANTABeclipse™: Software User Guide. Manual version 3. Cambridge: Cambridge Cognition Ltd.
4. Duffner P.K. Risk factors for cognitive decline in children treated for brain tumors. *European Journal Pediatric Neurology*, 2010, 14(2), 106–111.

*Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 18-013-01179.*

**Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И.**

**Методология патопсихологии в контексте современных задач реабилитации в медицине**

МГУ им. М.В. Ломоносова

ГБУЗ НПЦ ПЗ ДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия

[naburlakova@yandex.ru](mailto:naburlakova@yandex.ru), [ov-6161@mail.ru](mailto:ov-6161@mail.ru)

**Ключевые слова:** патопсихология, реабилитация, развитие, самосознание

**Burlakova N.S. Oleshkevich V. I.**

**Methodology of pathopsychology in the context of contemporary rehabilitation challenges in medical science**

Lomonosov MSU, SBHI SPCMHC n. a. G. Sukhareva MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** pathopsychology, rehabilitation, psychological development, self-awareness

Культура патопсихологического исследования и методология патопсихологии формировались на стыке психиатрии и экспериментальной психологии, на основе объединения психиатрической эмпирии и экспериментальных методов психологии [2, 4]. Из заданной эмпирии имплицитно следовало разделение областей нормы и патологии, так что нормальность и патологичность психики человека конституировалась по стандартам нормы и патологии, принятым в медицине. Но сегодня изменилось как состояние психиатрии и медицины в целом, так и состояние, задачи и возможности психологии. В частности, в психиатрии сегодня особое значение придается реабилитации, которая начинается с самого начала лечебно-диагностического процесса. Здесь приобретает значение установление функционального диагноза, который когда-то М. М. Кабанов назвал настоящим клиническим диагнозом [1], что требует изменений и в патопсихологической диагностике.

В ситуации необходимости реабилитации недостаточно только лишь испытания функционирования психики пациента и преимущественной задействованности экспертной позиции исследователя. Эта позиция патопсихолога в общих чертах имитирует условия диагностики в психиатрической клинике, когда в общих для всех больных условиях клиники по-разному проявляются особенности расстройств психики и характерные для них феномены. В центре традиционной патопсихологии находятся оппозиции здоровье и болезнь, норма и патология.

Но для организации реабилитации нужна другая методология психологии, предполагающая понимание особенностей функционирования и развития психики и личности пациента изнутри, феноменологически и экзистенциально, важен системный анализ нарушений развития [6]. Если традиционная патопсихология была ориентирована на психиатрический диагноз, что имело значение для построения медикаментозного лечения, то теперь важно понять именно психологические особенности развития пациента. И здесь важно уяснить не столько особенности лежащих в основе болезни нейробиологических и психопатологических процессов (патологию восприятия, памяти, мышления и пр.), сколько необходимо понять и исследовать характер и объем реабилитационных ресурсов человека. Таким образом, в данном случае ориентация исследования строится с акцентом на изучении развития индивидуума (причем не только с объективной точки зрения, но и с феноменологической позиции) с пристальным вниманием к исследованию психологических ресурсов пациента, с опорой на которые можно впоследствии строить реабилитацию.

Для полноценной разработки такой методологии патопсихологии необходимо заново осознать и рефлексировать сложившееся эмпирическое поле исследований в патопсихологии, ее рабочие

онтологические схемы и ее методический аппарат, а затем на основе такой полной развертки ее методологических оснований осуществить ее критический анализ. Здесь важно критически осмыслить ту психиатрическую онтологию, на которой формировалась отечественная патопсихология, экспериментально-методический аппарат, который в ней разрабатывался, а также ту идеологическую базу, на которой она формировалась и которую явно или неявно инкорпорировала в себя. Критического анализа требует сегодня и ориентация патопсихологического исследования на психиатрический диагноз и медикаментозное лечение. Теперь имеет смысл ориентироваться на собственно психологическое изучение психического расстройства как расстройства развития и на разработку на этой основе собственно психологических способов и методов реабилитации пациентов. Это требует перестройки методологии патопсихологии.

Методология патопсихологии, конечно же, должна дальше развивать те объективные методы исследования и те методические тенденции, которые в явном или неявном виде разрабатывались Б. В. Зейгарник [2], Ю.Ф. Поляковым [3, 4] и их последователями. Но их теперь нужно дополнить феноменологическим и генетическим исследованием, а затем необходимо найти способы системного объединения и синтеза этих подходов в рамках некоторой целостной парадигмы патопсихологического исследования [6, 5].

В рамках такой парадигмы возможна новая организация патопсихологических данных, их динамическая, структурная развертка, ориентированная на онтологию изучения развития самосознания пациента и структурные особенности этого развития. В этом случае анализ клинико-психологического эпизода может иметь не меньшее значение, чем данные целой серии проб. Такого рода динамические и структурные представления клинических феноменов могут стать не только материалом для анализа, но и непосредственным материалом для организации коррекции. На этой основе может быть разработан целый класс техник экстерниоризации внутреннего опыта, который имеет как диагностическое, так и коррекционно-психотерапевтическое значение.

Далее, патопсихология может теперь задаваться вопросом о том, как формируется и развивается данное расстройство, вопросом о специфических социальных условиях его производства, которые в конечном счете входят в саму структуру этого расстройства. Это предполагает расширение понятия клиники и развертывание его в те условия, в ту социальную среду, которые формируют психическое расстройство и где оно вызревает. Понимание и изучение этих условий и развертывающихся внутри них социальных интеракций и будет означать здесь расширение области клиники и клинического исследования. Таким образом, психическое расстройство денатурализуется посредством реконструкции места их возникновения и развития. Все это предполагает и новый подход к составлению анамнеза.

Но этим диагностическим значением такое расширение клиники не ограничивается. Ведь в эти же условия пациент снова попадает после выписки и если они участвовали в производстве определенной патологии, то этот процесс может возобновиться вновь. В данной связи возникает клинико-психологическая задача коррекции этих условий или даже проектирования новых, наиболее оптимальных социальных условий для реабилитации пациента, а это возможно только на основе развернутой патопсихологической диагностики развития больного. И здесь мы будем иметь дело с расширенной коррекционной клиникой.

Далее, по старой традиции аномалии развития мы можем рассматривать и как некоторые природные аномалии, как некоторый эксперимент природы, анализируя результаты которого мы можем лучше понять те особенности нормы, вокруг которых эти экспериментальные вариации происходят. Но одновременно эти данные можно изучать и как результаты культурно-исторического естественного эксперимента, происходящего в нашем обществе, можно сказать даже – естественного патопсихологического эксперимента, внутри которого и формируются определенные патопсихологические образования. Реконструируя начальные и текущие условия такого эксперимента, можно получить данные культурно-исторического типа о способах формирования значимых (особенно вторичных) патопсихологических явлений. Но обрабатывая и анализируя эти данные возможно на их основе строить уже новые, реабилитационные эксперименты, в том числе и формирующие.

Таким образом, внутри задачи реабилитации, внутри онтологии реабилитации может быть сформирована патопсихология нового типа. Она строится на основе онтологической картины

самосознания и его развития в нестандартных условиях (биологических заданных, социальных, культурных, психологических и пр.) и является по своей сути культурно-исторической дисциплиной. Она открывает не только новые размерности в понимании, исследовании и диагностике развития больных (задает внутреннюю точку зрения на развитие, возможности феноменологических и культурно-исторических исследований нарушений развития и т. п.), но и открывает новые ресурсы и возможности реабилитации как организации психологического развития больных.

#### Литература

1. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / Под ред. Кабанова М.М., Ваїзе К. — М., 1980.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М., 1987.
3. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю.Ф.Полякова. — М.: Труды института психиатрии АМН СССР, 1982, т. 1.
4. Поляков Ю.Ф. Клиническая психология: состояние и проблемы // Вестник Моск. ун-та, Серия 14. Психология, 1996. № 2.
5. Бурлакова Н. С. Патопсихологический эксперимент: методология и перспективы // Вопросы психологии. — 2014. — № 3. — С. 3–14.
6. Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И. Объективная и феноменологическая позиции в патопсихологическом исследовании пациента. Сообщение 1. Сообщение 2 // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология. — 2017. — Т. 10, № 1, № 2. — С. 46–54; С. 25–35.

**Василенко Т.Д., Селина И.А.**

#### **Базовые потребности личности в ситуации панического расстройства**

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

**Ключевые слова:** паническое расстройство, базовые потребности, автономия, компетентность, связанность

**Vasilenko T.D., Selina I.A.**

#### **Basic needs of the personality in the situation of panic disorder**

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Keywords:** panic disorder, basic needs, autonomy, competence, relatedness

**Введение.** Паническое расстройство из группы тревожно-фобических расстройств, можно отнести к одной из наиболее распространенных форм пограничной психической патологии. Ими, по разным оценкам, страдает до 8% населения. В последнее время в клинической психологии возрос интерес исследователей к данным состояниям, что определяется негативным влиянием панических расстройств на качество жизни и социальную адаптацию, низкой эффективностью диагностических методов и лечения этих расстройств. В традиционной психиатрической клинике данная группа пациентов получает в большей степени медикаментозное лечение, зачастую индифферентное к личностным особенностям пациента. Учитывая, что центральным симптомом заболевания выступает паническая атака – пароксизмальный приступ тревоги, страх смерти и т.д., центральным моментом личности рассматривается повышенная тревожность. Учитывая психогенный характер панического расстройства важно понимать не только роль избыточной стрессовой ситуации, но и роль личности, как ресурса адаптации к дистрессу. Возможности личности «устоять» в травмирующей, тяжелой ситуации может быть охарактеризована с разных позиций и увязана с различными особенностями, начиная от индивидуальных характеристик (свойства ЦНС, темперамент и пр.) до ценностно-смысловых. В контексте исследования личности в ситуации панического расстройства нами анализируется роль различных характеристик: рефлексивные процессы, механизмы психологической защиты и копинги, ценностные ориентации, жизнестойкость и базовые потребности. В данной работе мы опишем базовые потребности, рассматриваемые нами в парадигме теории самодетерминации Э. Деси и Р. Райана. Важными аспектам жизни личности, которые могут подвергаться изменениям, перестройкам в различных ситуациях, являются базовые потребности. В рамках данной теории базовые потребности рассматриваются как врожденные психологические основания для личностного роста, целостности личности и благополучия человека. Авторы говорят о трех базовых потребностях: в автономии, компетентности и связанности. Потребность в автономии подразумевает стремление самостоятельно контролировать собственные действия и поведение, быть их инициатором. Потребность в компетентности включает понимание того, как достичь раз-



личных внешних и внутренних результатов и быть эффективным. Потребность в связанности включает установление надежной и удовлетворяющей индивида связи с другими людьми [5]. Как указывают авторы, существенными являются два положения относительно базовых потребностей. Во-первых, они определяют необходимые условия для психологического здоровья или благополучия. Их удовлетворение, таким образом, вероятно должно быть связано с эффективным и полноценным функционированием человека. Во-вторых, каждая из базовых потребностей играет необходимую роль в оптимальном развитии так, что невозможно пренебречь ни одной из них без существенных отрицательных последствий [5]. Паническое расстройство может рассматриваться как ситуация личностного кризиса, в которой удовлетворение базовых потребностей личности фрустрируется. Можно сказать, что оптимальное развитие и благополучие человека может быть обеспечено только при подходящих условиях для удовлетворения потребностей в автономии, компетентности и связанности. В противном случае, если условия мешают удовлетворению базовых потребностей, наблюдается деградация или неблагополучие. Изменения базовых потребностей личности в панической ситуации дают возможность охарактеризовать данную ситуацию как критическую [1], связанную с фрустрацией самодетерминации [2; 3;] через снижение возможности удовлетворения базовых потребностей личности.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в 2017 году в городе Курске на базах ОБУЗ «Областная наркологическая больница» – психосоматическое отделение и ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница». В исследовании принимали участие 72 человека. Из них 38 человек с паническими расстройствами, которые составили экспериментальную группу, и 34 здоровых человека с повышенным уровнем тревожности, которые составили контрольную группу. Для исследования базовых потребностей личности у больных с паническими расстройствами и здоровых людей нами была использована методика «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райана в адаптации Т.Д. Василенко и соавт. [4]. Для контроля уровня тревожности у испытуемых контрольной группы нами был использована шкала тревоги Шихана. Для статистического анализа мы использовали непараметрический критерий различий U Манна-Уитни для двух независимых выборок с учетом изменчивости и средних значений признака. Расчеты проводились в программе STATISTIC8.0.

**Результаты исследования.** Анализируя полученные результаты, укажем, что значимые различия на высоком уровне найдены по автономии ( $p=0,000539$ ) и компетентности ( $p=0,006752$ ). При этом у людей с паническими расстройствами наблюдается значительное снижение вышеуказанных параметров. Интерпретируя полученные результаты укажем, что люди в ситуации панического расстройства испытывают трудности в самостоятельном планировании своей деятельности и контроле собственного поведения. При принятии решений предпочтение чаще отдается не собственному мнению, а мнению значимых окружающих. Также им присуще ощущение неуверенности, которое обусловлено отсутствием чувства собственной успешности и полезности. Таким образом, больные не могут в полной мере ощущать себя способными осуществлять эффективную деятельность.

**Выводы.** Можно отметить, что данная категория людей испытывают трудности самодетерминации собственной жизни, они не могут охарактеризовать себя как благополучных людей. Фрустрация удовлетворения базовых потребностей поддерживает ситуацию личностного кризиса, блокирует возможности продуктивного решения текущих проблем путем адекватного развития личности. Человек в ситуации панического расстройства остро нуждается в психологической помощи, направленной, с одной стороны, на решение вопросов совладания с тревогой, а с другой стороны - полноценного развития личности, в том числе через поиск путей удовлетворения базовых потребностей.

#### Литература

1. Василюк Ф. Е. Психология переживания. М.: МГУ, 1984. 200 с.
2. Гордеева Т.О. Теория самодетерминации Э. Деси и Р. Райана // Психология мотивации достижения. - М.: Смысл; Издательский центр "Академия", 2006.— 332с.
3. Чирков В. И. Самодетерминация и внутренняя мотивация поведения человека // Вопросы психологии. 1996. № 3. С. 116-133.
4. Василенко, Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии / Т.Д. Василенко Курск: Изд-во КГМУ, 2011. - 572 с.

5. Deci, E. L., & Ryan, R. M.(2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

**Васина А.Н.**

**Подходы к доказательству наличия психологических факторов возникновения соматических заболеваний (на примере лактационных маститов)**

Московская служба психологической помощи населению  
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва, Россия  
[vsns2@mail.ru](mailto:vsns2@mail.ru)

**Ключевые слова:** лактационный мастит, психологические факторы возникновения, социальная ситуация развития

**Vasina A.N.**

**Approaches to the proof of existence of psychological factors of developing of somatic diseases (for example, lactation mastitis)**

Moscow service of psychological assistance, Sechenov University, Moscow, Russia

**Keywords:** lactation mastitis, psychological factors of emergence, social situation of development

**Введение.** Наша работа посвящена рассмотрению подходов к доказательству наличия психологических факторов возникновения соматических заболеваний (на примере лактационных маститов). В нашей стране вопрос о первопричинности психологических факторов возникновения соматических заболеваний стал ставиться намного позже, чем за рубежом, что было связано с господствующей в Советском Союзе материалистической парадигмой. Но даже во времена СССР появляются концепции, пытающиеся объяснить возникновение соматических заболеваний иными факторами. Первой такой концепцией была теория кортика-висцеральной патологии, развиваемая в 30-80х годах двадцатого века. Так, К.М.Быков, ученик И.П.Павлова, отстаивал тезис: "за расстройство работы внутренних органов отвечает расстройство коры головного мозга". На более поздних этапах, в 70-80х годах двадцатого века, Б.Д.Карвасарский доказывал, что для людей с определенными акцентуациями будут свойственны соответствующие соматические заболевания. Оформление собственно психосоматических концепций в нашей стране относится к 80м годам двадцатого века (А.Ш.Тхостов, В.В.Николаева, Г.А.Арина и др.). Они основываются на том, что психосоматические заболевания связаны с нарушением развития телесности. Обратимся к плану построения исследований в этих теориях. Так, используемое к концепции Быкова вживление электродов в определенные участки мозга, удаление специфических участков коры головного мозга и т.п. позволяет доказывать взаимосвязь КГМ и расстройств внутренних органов, но в рамках этой теории исследование психики подменяется исследованием физиологии. В рамках теории Б.Д.Карвасарского исследовались только люди, уже имеющие акцентуации, поэтому доказать именно влияние акцентуаций на возникновение соматических заболеваний не представляется возможным, т.к. при таком построении исследования возможно и обратное влияние. Большая часть работ, произведенных в рамках психологии телесности, также исследует больных уже после возникновения соматического заболевания, что также не позволяет в полной мере доказать первопричинность психологических факторов в возникновении соматических заболеваний.

В нашей работе мы исследовали вопрос о роли психологических факторов в возникновении такого соматического заболевания как лактационный мастит. Для этого мы использовали сочетание нескольких способов построения исследования для решения этого вопроса в настоящее время. Мастит – частое послеродовое осложнение, представляющее собой инфекционное воспаление молочной железы. Психологические аспекты этого заболевания практически не изучены. Признавая важную роль физиологических факторов в возникновении мастита, мы предположили, что психологические факторы также играют роль в его возникновении. Это заболевание в свете исследования роли психологических факторов в его возникновении интересно тем, что: 1) известны примерные сроки его возникновения (2-3 недели после родов, что позволяет исследовать женщин до возникновения заболевания); 2) тем, что он бывает разным по тяжести, что также позволяет оценить вклад дополнительных факторов при равном действии соматических факторов; 3) имеются женщины, у которых не наблюдается явных предрасположенных и непосредственных физиологических факторов возникновения маститов. Например, возбудителем мастита считается золотистый

стафилококк, однако показано, что его уровень в молоке повышен у всех женщин, рожавших в роддоме, а не только у женщин с маститами.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 164 человека: 50 женщин с маститами, 50 женщин с нормальным протеканием послеродового периода, 40 матерей женщин с нормальным протеканием послеродового периода и 24 матери женщин с маститами. В соответствии с вышеперечисленными факторами в первую очередь учитывались сроки исследования, т.е. важно было протестировать женщин до возникновения мастита. Соответственно на сроке 3 дня после родов, т.е. в последний и предпоследний день перед выпиской родильниц из роддома исследовались все женщины, соответствующие критериям: 1-я беременность, естественное родоразрешение, нахождение в браке, возраст от 19 до 30 лет, желанность беременности. На сроке 1,5 месяца после родов эти женщины тестировались снова. На основании этого исследования выделены 2 группы женщин для основного исследования: женщины с нормальным протеканием послеродового периода и женщины с маститами. Также внутри группы женщин с маститами выделена подгруппа в составе 21 женщины с отсутствием как явных непосредственных, так и predispositional физиологических факторов возникновения мастита (осложнений перинатального периода, тяжелых родов, застоев молока, трещин сосков и неоптимального для становления грудного вскармливания строения груди). Также женщины с маститами делились по тяжести мастита. Так, у 32 женщин из 50 были негнойные маститы, у 18 - гнойные. В контрольную группу вошли 50 женщин в послеродовом периоде с нормальным его протеканием. Мы исследовали различные психологические факторы возникновения маститов: личностные и эмоциональные характеристики, телесный опыт, особенности представлений, поведенческие проявления и др. Представим некоторые данные исследования такого фактора возникновения маститов как искаженная социальная ситуация развития (ССР). В этой части исследования применялись методики: PARI и анкета для женщин в послеродовом периоде. При статистическом анализе использовался критерий Манна-Уитни.

**Результаты.** При изучении социальной ситуации развития как возможного фактора возникновения мастита показано, что ССР женщин с маститами отличается от ССР женщин группы «норма» как в период их детства, так и после родов. ССР в детстве женщин с маститами, в первую очередь, характеризуется недостаточностью телесного контакта матерей с дочерьми. Так, 80% женщин группы «норма» на вопрос о том, «часто ли целовала, обнимала Вас ваша мама в детстве», ответили «часто»; среди женщин с маститами таких - 12% ( $p < 0,05$ ). ССР женщин с более тяжелыми формами маститов является более негативной, чем у женщин с более легкими формами. Так, 69% женщин с негнойными маститами отметили, что их детство было благоприятным в плане общения с матерью, среди женщин с гнойными маститами таких - 33% ( $p < 0,05$ ). ССР женщин с маститами с отсутствием физиологических предпосылок их возникновения также отличается от ССР женщин группы «норма». Так, только 57% женщин с маститами с отсутствием физиологических факторов их возникновения получают поддержку от своих матерей после родов, по сравнению с 24% женщин с наличием физиологических факторов возникновения мастита ( $p < 0,05$ ) и т.д.

**Выводы.** Было доказано, что искаженная социальная ситуация развития является психологическим фактором возникновения лактационного мастита. Основными подходами к доказательству наличия психологических факторов возникновения лактационных маститов явилось исследование женщин с отсутствием как явных непосредственных, так и predispositional физиологических факторов возникновения мастита, сравнение женщин с разными по тяжести видам маститов, а также исследование женщин до возникновения мастита.

**Вещикова М. И.**

**Оценка социальных угроз подростками в норме и при расстройствах шизофренического спектра**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
[mveschikova@gmail.com](mailto:mveschikova@gmail.com)

**Ключевые слова:** психология восприятия, восприятие опасности, клиническая психология, подростковый возраст.

**Keywords:** psychology of perception, danger perception, clinical psychology, adolescence

**Введение.** Проблемы общения играют важную роль в жизни подростков, сложности и конфликты во взаимоотношениях составляет немалую долю переживаний на этом этапе. Для подростков с расстройствами шизофренического спектра на это накладывается собственная симптоматика, зачастую включающая тревожность, подозрительность, ожидание угрозы, когнитивные сложности, что делает социальное взаимодействие источником дополнительных переживаний и негативного опыта [1, 2, 3]. Целью данного исследования было проследить, насколько подростки в норме и при психической патологии склонны видеть опасность социальных ситуаций, и в каких аспектах будут наблюдаться различия между двумя этими группами.

**Материал и методы.** В работе использовалась методика «Рисованный апперцептивный тест» [4] с модифицированной инструкцией: испытуемому предлагалось разделить изображенные ситуации на опасные и на безопасные ситуации, после чего описать изображение. При статистической обработке использовался показатель количества ситуаций, истолкованных как опасные, оценивалось содержание ответов. Контрольная группа: 95 подростков в возрасте 11-17 лет, учащихся средних общеобразовательных и средних специальных учебных учреждений г. Москвы и Подмоскovie. Клиническая группа: 64 подростка в возрасте 11-17 лет с диагнозами F20, F21, F25, F07 по МКБ 10, пациентов 7-го клинического отделения ФГБНУ НЦПЗи ГКУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков». Все испытуемые обучались в школе по основной программе, иногда в индивидуальной форме. Обследование проводилось в стационаре в период становления ремиссии ближе к выписке, все больные получали специлечение.

**Результаты.** В клинической выборке наблюдается значимое повышение количества ситуаций, отнесенных к опасным (критерий Манна-Уитни,  $p \leq 0,01$ ; среднее количество «опасных» ситуаций в клинической группе – 4,2, в контрольной – 3,4). Из восьми изображений стимульного набора только одно оценивается в среднем более опасным в контрольной группе, нежели в клинической. Качественный анализ выявляет различия между выборками. Распределяя изображения на опасные и безопасные, подростки с расстройствами шизофренического спектра часто не согласуют интерпретацию ситуации с оценкой ее опасности. Нейтральные или положительные ситуации оцениваются как угрожающие, что может не отражаться в описании, либо же упоминаемые угрозы ничтожны («Человек хочет слезть со скамейки», «Танцы, может закружиться голова»). В то же время ряд ситуаций, содержащих в описании указание на опасность, оценивается как безопасные («Дерется», «Человек получил леца, другой спокойно уходит»). У больных подростков часто встречаются формальные описания изображения, при этом оценка опасности варьируется («Держит руки наверху» – опасно, «Люди руки подняли» – безопасно), что может говорить о спонтанной эмоциональной и непосредственной оценке ситуации. В клинической группе наблюдаются случаи непонимания изображенного, вместо абстрактных человеческих фигур испытуемые могут видеть змей или червей. Также может не считываться суть взаимодействия (рисунок с лежащей фигурой и фигурой, стоящей рядом, описывается, как человек, стоящий на другом, наступающий на другого). Это может говорить, как о сложностях понимания абстрактного материала, так и о защитном отрицании эмоционально насыщенных ситуаций. В контрольной группе опасными часто называются сцены унижения достоинства, ситуации социального неравенства, часть ситуаций взаимодействия с внешней средой оценивается как новый опыт и проверка своих сил. Общий состав затрагиваемых в описаниях тем в контрольной и клинической группах сходен, хотя при этом различается частота их использования в ответах.

**Выводы.** Существуют количественные и качественные различия между оценкой опасности социальных ситуаций здоровыми подростками и при расстройствах шизофренического спектра. У подростков, страдающих психическими заболеваниями, выше уровень субъективной опасности, их оценки угроз могут носить импульсивный и непоследовательный характер. Здоровые подростки

более склонны расценивать унижение и неравенство как угрозу, что говорит о более выраженной потребности к самоуважению.

#### Литература

1. Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. 670 с.
2. Зверева Н. В., Горячева Т. Г. Клиническая психология детей и подростков // М.: Академия. – 2013. – 272 С.
3. Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. – Питер, 2008. 416 с.
4. Собчик Л.Н. Рисованный апперцептивный тест, М.: – Речь, 2007

**Вигасина К.Д., Кроткова О.А., Каверина М.Ю., Данилов Г.В.**

**Методика регистрации движений глаз для исследования гностических дефектов при экологически валидном движении стимулов**

Институт электронных управляющих машин им. И.С. Брука  
ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Москва, Россия,  
[magic.letters@yandex.ru](mailto:magic.letters@yandex.ru)

**Ключевые слова:** айтрекинг, зрительные агнозии, диагностика, реабилитация

**Vigasina K.D., Krotkova O.A., Kaverina M.U., Danilov G.V.**  
**Eyetracking for study of gnostic defects while viewing ecologically valid stimuli**

Brook Institute of Electronic Control Machines  
FSAI Burdenko NSPCN MOH Russia, Moscow, Russia,

**Keywords:** eyetracking, visual agnosia, diagnostics, rehabilitation

**Введение.** В последние годы методика бесконтактной регистрации движений глаз – айтрекинг – занимает всё более прочные позиции в клинических исследованиях, как для решения вопросов тонкой диагностики вызванных поражением мозга нарушений, так и для организации реабилитационных мероприятий. Значительная доля научных работ в этом направлении обобщает возможность использования айтрекинга для коммуникации больных с грубым нарушением речевых и двигательных функций [3,7,9]. Айтрекинг служит для идентификации намерений пациентов при управлении протезами конечностей, например, в составе комплексных решений для восстановления движений, включающих интерфейс "мозг-компьютер" и систему компьютерного зрения [5,8]. У тяжелых больных со сниженным уровнем сознания технология айтрекинга позволяет дополнять дифференциальную диагностику уровней сознания [10]. Особое место в клинических приложениях технологии айтрекинга занимает область изучения зрительного восприятия при органических поражениях мозга [6]. Ещё в работах А.Л.Ярбуса и А.Р.Лурия было показано, что зрительные агнозии сопровождаются специфическими нарушениями движений глаз, во многом объясняющими феноменологию дефектов [4]. Однако по данным литературы отсутствуют работы, основанные на изучении движений глаз во время экологически валидного движения стимулов. Статичные картинки или абстрактные стимулы (выпешки, линии, перемещающиеся по экрану геометрические фигуры и др.) не могут в полной мере адекватно моделировать особенности зрительного восприятия человека.

**Методика.** Разработка настоящей методики вытекала из предположения о том, что наиболее экологически валидным для зрительной системы человека будет восприятие движений людей – их действий с предметами и взаимодействия друг с другом. Вместе с тем, как показали наши предыдущие работы, распределение внимания в зрительном поле у здоровых испытуемых и пациентов с поражениями мозга не является однородным, и многие аспекты этой неоднородности тесно связаны с механизмами гностических нарушений [1,2]. Поэтому информационная насыщенность разных частей зрительного поля в методике была стандартизирована. Более того, в особенностях сюжета заложена возможность изучать смещение фокуса внимания в зависимости от эмоциональной валентности осуществляемых персонажами действий, от того, находятся они в статичных положениях или активно перемещаются в пространстве. Общая продолжительность предъявляемого видеосюжета составляет 60 секунд. Перед его предъявлением испытуемому дается инструкция смотреть как можно внимательнее и запоминать все, что он увидит. Сразу после окончания презентации испытуемому задается стандартный набор вопросов, ответы на которые позволяют оценить полноту воспринятой, осознанной и запомненной информации. Регистрация движений глаз осуществля-

ется с помощью айтрекера Mangold VT3 mini с частотой дискретизации 200 Гц и точностью 0.5°. Обработка данных, анализ параметров фиксации и саккад осуществляется при помощи стандартно поставляемого с айтрекером программного обеспечения и специально разработанных программ в средах для статистического программирования.

**Результаты.** Предварительная апробация методики на небольшой выборке здоровых испытуемых и больных со зрительными агнозиями показала, что экологически валидное движение стимулов действительно позволяет выявить такие особенности в распределении зрительных фиксаций, которые невозможно наблюдать при движении абстрактных стимулов или при разглядывании статичных картинок. У здоровых испытуемых зрительные фиксации в первые секунды предъявления видеоролика позволяют оценить число персонажей и их взаимное расположение. В последующие секунды фиксации преимущественно связаны с центральным персонажем. Как только возникает движение одного из латеральных персонажей, фокус внимания смещается в его сторону. Если движение осуществляют сразу несколько персонажей, фиксации начинают перераспределяться между ними, в зависимости от эмоциональной (смысловой) валентности движения. Максимум фиксации приходится на руки и лица. Фиксации на ногах, стенах, потолке и пространстве над головами практически отсутствуют. Зрительные фиксации на предметах, не связанных с манипуляциями персонажей, также практически отсутствуют. Регистрируется тенденция к смещению внимания наблюдателя в сторону направления взора персонажа на экране. Так, если персонаж выглядывает в окно, то и зрительные фиксации наблюдателя смещаются в точку направления взора персонажа, хотя происходящее за окном увидеть на экране компьютера невозможно. Перечисленные особенности движений глаз осуществляются произвольно и, как правило, не осознаются испытуемыми.

Дефекты распределения внимания в зрительном поле при очаговых поражениях мозга приводят к формированию зрительных агнозий. Так, в нашем пилотном исследовании у больного с симулированной агнозией мы не наблюдали быстрого перевода взора на движущийся объект. Это было постепенное, последовательное сканирование пространства, частые остановки на малозначимых деталях в кадре. У больного с левосторонней фиксированной агнозией не наблюдался перевод взора на движущийся объект слева. Тогда как смещение фокуса внимания при движении объекта справа происходило, как у здоровых испытуемых.

**Выводы.** Результаты предварительной апробации методики показали, что экологически валидное движение стимулов позволяет объективизировать неочевидные в иной стимульной среде особенности мозгового обеспечения зрительного восприятия человека.

#### Литература

1. Каверина М.Ю., Вигасина К.Д., Кроткова О.А. Айтрекинг в реабилитации больных со зрительными агнозиями // Луриевский подход в мировой психологической науке: тезисы докладов V Международного Конгресса памяти А.Р.Лурия». Екатеринбург: Изд-во Уралун-та, 2017. С. 79-80.
2. Кроткова О.А., Каверина М.Ю., Данилов Г.В. Мозговые механизмы распределения зрительного внимания и возможность коррекции возникающих при поражении мозга нарушений с помощью технологии айтрекинга. В кн.: «Пятая Международная конференция Фундаментальные и прикладные аспекты восстановления сознания после травмы мозга: междисциплинарный подход». Нижний Новгород. С. 56 – 58.
3. Кроткова О.А., Потапов А.А., Баловнев Д.А., Данилов Г.В., Каверина М.Ю. Айтрекинг в реабилитации больных с поражением мозга. // «Айтрекинг в психологической науке и практике». Москва: Изд-во Московского института психоанализа, 2015. С. 277 – 279.
4. Ярбус А. Л. К вопросу о роли движений глаз в процессе зрения // Биофизика. – 1959. – №. 6. – С. 41-51.
5. Broccard F. D. et al. Closed-loop brain-machine-body interfaces for noninvasive rehabilitation of movement disorders // Annals of biomedical engineering. – 2014. – Т. 42. – №. 8. – С. 1573-1593.
6. Farah M. J. Visual agnosia. – MIT press, 2004.
7. Caligari M. et al. Eye tracking communication devices in amyotrophic lateral sclerosis: Impact on disability and quality of life //Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration. – 2013. – Т. 14. – №. 7-8. – С. 546-552.
8. Leroux M. et al. Combination of eyetracking and computer vision for robotics control //Technologies for Practical Robot Applications (TePRA), 2015 IEEE International Conference on. – IEEE, 2015. – С. 1-6.
9. Lin C. S. et al. Powered wheelchair controlled by eye-tracking system //Optica Applicata. – 2006. – Т. 36.
10. Tarulli A. Coma //Neurology. – Springer International Publishing, 2016. – С. 25.

*Работа поддержана грантом РФФИ 16 - 29 - 08255 ОФИ-М*

**Власенкова И.Н.**

**Тактильные ассоциации детей младшего школьного возраста в норме и с задержкой психического развития**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,

[Irene-v@mail.ru](mailto:Irene-v@mail.ru)

**Ключевые слова:** задержка психического развития, младший школьный возраст, ассоциативный эксперимент, тактильные ассоциации

**Vlasenkova I.N.**

**Tactile associations of young schoolchildren in sanity and with developmental delay**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** developmental delay, young school age, association experience, tactile associations

**Введение.** Интерес к изучению тактильной сферы в современной психологии обусловлен запросами науки и практики. В связи со спецификой психического дизонтогенеза в случаях аномального развития важными представляются не только нарушения развития высших психических функций, но и модальностей их исполнения [1,2,5,6,7]. В психокоррекционной работе всё больше разрабатываются подходы помощи детям с дефектами сенсорной сферы и трудностями в обучении, опирающиеся на контактное тактильное взаимодействие [3,4,8]. Данный фрагмент научных исследований направлен на выявление ведущих механизмов в основании ассоциативных процессов у детей с задержкой психического развития (ЗПР) в рамках тактильной модальности.

**Цель исследования** – изучение особенностей ассоциативной деятельности в тактильной модальности у детей с ЗПР.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 50 детей младшего школьного возраста от 8 до 11 лет. Основную группу (ОГ) составили 25 детей с ЗПР церебрально-органического генеза, проходивших обучение в специальной (коррекционной) начальной школе VII вида № 1822. Контрольную группу (КГ) составили 25 здоровых детей, учащихся ЦО № 1811 «Измайлово» г. Москвы.

**Методом** нашего исследования является вариант модификации ассоциативного эксперимента, используемый для изучения вербальных ассоциаций в тактильной модальности. Стимульный материал состоял из двух фрагментов – фактурного (фактура) и стереогностического (объём). Во фрагменте «фактура» детям предлагались деревянные дощечки размером 10x4,5 см с наклеенными на одной стороне материалами с различной фактурой: монеты; верёвка; опилки, покрытые лаком; мех. Во фрагменте «стереогноз» материалом служили объёмные предметы, различные по форме и фактуре и приблизительно одинаковые по размеру: колёсико от детской пирамидки, камень неопределённой формы, меховой шарик (помпон), игрушка из «киндер-сюрприза» (динозаврик). Инструкция: «Попробуй узнать, что это, на что это может быть похоже. Что это может напоминать?». Желательное количество ассоциаций на каждый стимул – семь. Параметры количественного анализа: количество продуктивных не повторяющихся ассоциаций; узнавание предъявляемых стимулов; время, необходимое на выполнение заданий; стандартность вербальных ассоциаций.

**Результаты.** Статистическая оценка результатов ассоциативной деятельности детьми с ЗПР и здоровыми испытуемыми показывает значимые различия по анализируемым нами количественным параметрам. При анализе параметра продуктивности было выявлено, что среднее количество продуктивных ассоциаций в группе детей с ЗПР значимо ниже, чем в группе здоровых сверстников. Сравним продуктивность в основной и контрольной группе. По серии «фактура» она составила в ОГ 45% и в КГ 98% соответственно (различия статистически значимы на уровне 0,001). По серии «стереогноз» в ОГ – 40% и в КГ – 87% (различия статистически значимы на уровне 0,001). Узнавание стимулов по пробе «фактура» в ОГ – 1,75, в КГ – 3,25. Узнавание стимулов по пробе «стереогноз» в ОГ – 2, в КГ – 3. Показатель продуктивности ассоциативной деятельности в данном случае выступает как фактор, связанный с проявлением психической активности детей с ЗПР. Дети основной выборки менее продуктивно опознают предъявляемые стимулы. Гностические особенности при интерпретации стимулов у детей с ЗПР сопровождаются трудностями концентрации внимания. Отметим, что в обеих исследуемых группах при работе со стимулом наблюдается явно выраженная мануальная активность и схожий характер ассоциативной деятельности. В обеих группах встреча-

ются как номинативные, так и описательные ассоциации. Продуктивность ассоциаций и узнавание стимулов в ОГ снижается за счёт повторяющихся ассоциаций и большого количества отказов. Анализ среднего времени выполнения заданий выявил статистически значимые различия по серии «стереогноз». Среднее время выполнения заданий в ОГ составило 17 минут и в КГ – 8 минут (различия статистически значимы на уровне 0,001). Отметим, что у детей с ЗПР минимальные значения временных показателей связываются с повышением непродуктивных ассоциаций. Увеличение времени выполнения заданий у детей с ЗПР сказывается на повышении продуктивности ассоциативной деятельности. При анализе стандартности тактильных ассоциаций значимых различий между двумя исследуемыми группами выявлено не было.

**Выводы.** 1. Продуктивность ассоциативного процесса детей с ЗПР снижена по сравнению со здоровыми детьми. Механизмом недостаточной продуктивности выполнения задания детьми с ЗПР является повышение вербальной и перцептивной инертности. 2. Динамические показатели ассоциативного процесса у детей с ЗПР характеризуются сниженным темпом установления связей в тактильной модальности в серии «стереогноз». 3. Содержательные показатели ассоциативного процесса у детей в норме и детей с ЗПР по уровню значимости не различаются. Полученные данные показывают, что в случае оценки ассоциативной деятельности на стимулы тактильной модальности детей с ЗПР и детей практической нормы ключевым выступает параметр «продуктивность».

#### Литература

1. Зверева Н.В. Полиmodalный подход в экспериментальных исследованиях когнитивной деятельности в детской клинической психологии // Современные проблемы клинической психологии. – Москва, 2008. – Выпуск 2. – С.56-60.
2. Зверева Н.В., Каримулина Е.Г. Исследование тактильной сферы в психологии // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 1997. – № 2. – С. 76-87.
3. Каримулина Е.Г. Развитие тактильной сферы у детей классов компенсирующего обучения младшего школьного возраста. Автореф. канд. дисс., Москва, МГУ. – 2000.
4. Каримулина Е.Г., Зверева Н.В. Тактильная деятельность и успешность обучения у младших школьников // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – Москва, 2007. – № 2. – С. 27-34.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – Москва, 2003.
6. Лебединский В.В. Проблема развития в норме и патологии // Международная конференция памяти А.Р. Лурия. Сборник докладов. / Под ред. Хомской Е.Д., Ахутиной Т.В. – Москва, 1998.
7. Ломов Б.Ф. Кожная чувствительность и осязание // Познавательные процессы: ощущения, восприятие / Под. ред. Запорожца В. – Москва, 1982.
8. Марковская И.Ф. Задержка психического развития. – Москва, 1993.

**Воликова С.В., Тюликова А.А**

#### Нарушения детско-родительских отношений как фактор школьного буллинга

МНИИП филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ,  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия  
[psylab2006@yandex.ru](mailto:psylab2006@yandex.ru)

**Ключевые слова:** школьный буллинг, депрессия, тревога, детско-родительские отношения

**Volikova S.V., Tyulikova A.A.**

#### Violations of parent-child relationships as a factor in school bullying

Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of the V.Serbysky NMRCPN of the MOH Russia  
MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** school bullying, depression, anxiety, child-parent relations

**Введение.** В последнее время зарубежные и отечественные клинические, детские, школьные психологи все больше внимания обращают на проблему школьного буллинга. Школьный буллинг чаще всего определяют как психологическое или физическое умышленное и регулярное насилие одних школьников по отношению к другим, а также учителей по отношению к ученикам [D. Olweus, 1993; В.Р. Петросянец, 2011]. Но строгого устоявшегося определения этого явления пока нет. Последствия школьного буллинга тяжелы как для детей-жертв школьного буллинга, для агрессоров, так и для детей, непосредственно не участвующих, но наблюдающих разные виды психологического насилия. Самыми распространёнными последствиями являются школьная дезадаптация, делинквентное поведение, тревожные и депрессивные расстройства, суицидальные мысли и намерения [И.С. Бердшнев, М.Г. Нечаева, 2005; М. Nealy, 2012; В. Losey, 2011; В.Р. Петросянец, 2011].



Поэтому очень важно исследовать факторы, влияющие на возникновение и хронификацию этого явления.

По мнению специалистов, одним из важных факторов, влияющих на формирование позиции жертвы у ребенка, на закрепление ситуации школьного буллинга являются нарушения в детско-родительских отношениях [S.N. Georgiou, P.Stavrinides, 2012; S. Lereya M. Samara D. Wolke, 2013; С.В. Воликова, Е.А. Калинин, 2015].

**Цель** данного исследования было изучить семейные факторы, обуславливающие явление школьного насилия.

**Материал и методы** исследования. Всего было обследовано 172 школьника. Из них 72 мальчика, 100 девочек. Возраст обследованных детей – 13-15 лет. Все подростки имели разрешение родителей или законного представителя на работу с психологом.

Методики: опросник детской депрессии (М.Ковак), опросник личностной тревожности (Прихожан А.М.), опросник Школьная ситуация (Зарешкий В.К., А.Б.Холмогорова) для оценки школьной ситуации и мотивации общения, анкета для выявления фактов школьного буллинга и определения позиции детей по отношению к этой проблеме (Воликова С.В., Нифонтова А.В.), опросник «Стили эмоциональных коммуникаций» (Холмогорова А.Б.), опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (Шафер Е.)

**Результаты.** На основе оригинальной анкеты были выделены основная исследовательская группа – дети-жертвы школьного буллинга – 35,5% (61 чел.) и группа сравнения – 64,5% (111 чел.) из всей обследованной выборки. Анализ анкет показал, что основная часть детей-жертв школьного буллинга подвергается психологической травле, но велико и число тех, по отношению к которым одноклассники применяют физическое насилие. 23% (14 чел.) жалуются, что одноклассники регулярно избивают их. Наиболее частыми причинами травли становятся отличающийся внешний вид (52%), поведение (41%) или низкая успеваемость (23%) жертв школьного буллинга. Надо отметить, что 26% детей-жертв школьного буллинга сами периодически выступают в роли агрессоров и обижают сверстников. В основном, подростки считают, что пресечь случаи буллинга могут преподаватели. Но велико число тех, кто ни к кому не обращается за помощью (19%), остается одиноким в создавшейся ситуации. У подростков-жертв школьного буллинга ожидаемо выше уровень тревоги ( $p=0,011^*$ ) и депрессии ( $p=0,000^{**}$ ), чем в группе сравнения. Жертвы школьного буллинга оценивают свою школьную ситуацию как менее благополучную ( $p=0,039^*$ ). У детей-жертв школьного насилия, меньше друзей, они чаще прогуливают школу. По самоотчету детей, матери подростков-жертв буллинга транслируют запрет на открытое выражение чувств в семье ( $p=0,061t$ ), директивны ( $p=0,023^*$ ), непоследовательны ( $p=0,004^*$ ) проявляют враждебность по отношению к детям ( $p=0,020^*$ ), меньше интересуются делами детей ( $p=0,023^*$ ). Отцы детей-жертв школьного буллинга также проявляют значительно меньше интереса к делам детей, менее позитивно настроены по отношению к ним ( $p=0,000^{**}$ ). Также воспринимаются детьми основной группы как несколько более директивные ( $p=0,087t$ ), чем в группе сравнения.

**Выводы.** Можно предположить, что директивность и давление, непоследовательное отношение к ребенку, враждебность по отношению к нему, недостаточный интерес к его делам со стороны матери лишают подростков уверенности в своих силах. Таким подросткам трудно самим справиться с возникающими сложностями. Проблемы в отношениях с родителями могут приводить к тому, что дети – жертвы школьного буллинга ни к кому не обращаются за помощью. У ребенка могут возникнуть симптомы депрессии или тревоги. Если ребенок не находит способ прекратить издевательства, не может справиться с ситуацией, то от отчаяния и безвыходности он может начать думать о самоубийстве, как о выходе из травмирующей ситуации, или происходит взрыв в виде вспышка агрессии. Для преодоления данной проблемы важен системный подход, который должен быть основан на взаимодействии всех субъектов учебно-воспитательного процесса. Клинические психологи, психотерапевты должны уделить семье участников ситуации буллинга особое внимание. Индивидуальная и семейная психотерапия могут помочь уменьшить количество случаев школьного насилия.

## Литература

1. Georgiou S.N., Stavrinides P. Parenting at home and bullying at school // 2012 Received. *Social Psychology of Education*. 2013.16 (2), pp. 165—179.
2. Healy M. School bullying and suicide // *Psychol. Today*. 2012. N 2. [Электронный ресурс].URL: <http://www.psychologytoday.com/blog/creative-development/201202/school-bullying-and-suicide> (дата обращения 14.01.2018).
3. Lereya S., Samara M., Wolke D. Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: a meta-analysis study. *Child Abuse & Neglect*, Volume 37 (Number 12),2013,pp. 1091-1108 [Электронный ресурс].[http://wrap.warwick.ac.uk/54524/1/WRAP\\_Wolke\\_Parenting.pdf](http://wrap.warwick.ac.uk/54524/1/WRAP_Wolke_Parenting.pdf). (дата обращения 14.01.2018).
4. Losey B. Bullying, suicide, and homicide.Understanding, assessment and reverting threats for victims of bullying. USA: Routledge. 2011. 171 p.
5. Olweus D. Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes. In K.H. Rubin & J.B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1993. pp. 315—341.
6. Бердышев И.С., Нечаева М.Г. Медико-психологические последствия жестокого обращения в детской среде. Вопросы диагностики и профилактики: Практическое пособие для врачей и социальных работников. — Санкт-Петербургское государственное учреждение социальной помощи семьям и детям «Региональный центр «Семья», 2005. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.homekid.ru/bullying/bullyingPart1.html#d>. (дата обращения 14.01.2018).
7. Воликова С.В., Калининка Е.А. Детско-родительские отношения как фактор школьного буллинга // Консультативная психология и психотерапия. 2015. №4. С.138-161
8. Петросьянц В.Р. Психологическая характеристика старшеклассников, участников буллинга в образовательной среде, и их жизнестойкость: автореферат дисс. ... кандидата психологических наук. Санкт-Петербург: Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена. 2011. 29 с.

**Волкова К.А., Рощина И.Ф.**

**Диагностика двигательной сферы младших школьников с помощью методики Озерецкого-Гельница**

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** методика Озерецкого-Гельница, младший школьный возраст, трудности школьного обучения

**Volkova K.A., Roshchina I.F.**

**Diagnosis of the motor sphere of younger schoolchildren with the help of the Ozersky-Gelnits's technique (method)**

FSBSI MHRC, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** method of Ozersky-Gelnits, junior school age, the difficulties of schooling

**Введение.** Работа выполнена по замыслу И.С.Гориной (1961-2016), которая начала проведение сравнительного исследования различных параметров двигательной сферы с применением методики Озерецкого-Гельница у современных младших школьников, как успешно обучающихся, так и испытывающих трудности освоения школьной программы. Помимо этого, замысел работы включал сопоставление результатов выполнения этой классической методики современными младшими школьниками с результатами их сверстников, которые были обследованы Ириной Станиславовной Гориной в 1994 г. В современной детской нейропсихологии многими специалистами ставятся вопросы, связанные с определением нормативного развития различных параметров высших психических функций у детей разного возраста, а также изменением этих параметров под влиянием быстро меняющихся социальных и культурных обстоятельств жизни нашего общества. В работе проводилось сравнение результатов выполнения методики Озерецкого-Гельница у двух групп современных младших школьников и их сверстников, обследованных с помощью этой методики 23 года назад.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 2 группы младших школьников (второй класс) в возрасте 7-8 лет. Исследование проводилось на базе школы ГБОУ №1282. Первая группа – 18 детей (9 мальчиков и 9 девочек) с хорошей успеваемостью в школе. Вторая группа – 18 детей (9 мальчиков и 9 девочек) с трудностями школьного обучения, которые отбирались в группу после бесед с педагогами школы (по результатам освоения основных предметов). Третья группа – 18 детей (9 мальчиков и 9 девочек), обследованных Гориной И.С. в 1994году. В ее работе принимали участие дети младшего школьного возраста (ученики второго класса). Успеваемость этих детей

была в среднем 4,5 балла, они не испытывали трудности с обучением (по данным учителей и оценкам по основным предметам).

В работе использовалась методика (шкала) Озерецкого – Гельница, которая предназначена для исследования детей и подростков от 4-х до 16 лет включительно. Эта методика позволяет определить моторный возраст испытуемого, позволяет судить о степени развития различных параметров моторных функций, может быть использована в диагностических целях, а также для контроля эффективности коррекционных занятий с ребенком. Тесты методики распределены по степени возрастающей сложности, а также и для каждого возраста испытуемого. Методика включает тесты на отдельные компоненты моторной сферы: 1 группа тестов для всех возрастных групп - для исследования статической координации, 2 группа тестов - для исследования динамической координации преимущественно рук, 3 группа тестов - для исследования динамической координации в целом, 4 группа - для исследования скорости движений, 5 группа - для исследования одновременных движений 6 группа - для исследования отчетливости выполнения. Авторы методики начинали свое исследование с возрастной ступени, соответствующей паспортному возрасту испытуемого, и поднимались по шкале вверх (опускались вниз) до тех пор, пока все результаты не становились положительными или отрицательными. В нашей работе дети исследовались не зависимо от возраста по всей шкале, т.е. каждому испытуемому предъявлялось 60 тестов. Выполнение каждого теста условно оценивалось в 2 месяца моторного развития, нечетко выполненный тест (тест, выполненный одной конечностью) в 1 месяц и невыполненный в 0 месяцев. Предполагается, что при выполнении всех 60 тестов моторный возраст равен 16 годам. Сопоставляется полученный по результатам выполнения тестов методики моторный возраст ребенка с его паспортным возрастом.

**Результаты.** Результаты первой группы детей показали, что у девяти детей моторный возраст составил семь, у семерых - восемь лет и у двоих - девять лет, что даже опережает их хронологический возраст. Испытуемые получили высокие баллы в пробах на отчетливость выполнения движений во всех возрастных группах. У младших школьников второй группы результаты были хуже: моторный возраст у десяти детей составил шесть, у семи - семь лет и у одного - восемь лет. Наиболее трудными задачами для них были задания на динамическую координацию рук, задания на одновременные движения и скорость движения. В третьей группе были получены достаточно высокие результаты практически по всем параметрам двигательной сферы, у детей моторный возраст составил 7 и 8 лет, очень близкий к их хронологическому (паспортному) возрасту.

Статистическая обработка результатов (по критерию Манна-Уитни) показала, что между детьми первой и второй групп были получены значимые различия ( $p < 0,05$ ) по всем параметрам двигательной сферы, кроме параметра динамической координации в целом. Младшие школьники с трудностями обучения показали значимо худшие результаты в статической координации, динамической координации рук, по параметру одновременных движений, скорости движений и параметру отчетливости выполнения. Сравнение результатов выполнения тестов методики Озерецкого-Гельница детьми второй и третьей групп показало значимые различия между группами по таким параметрам, как статическая координация, динамическая координация рук, по параметру одновременных движений и скорости движения. При сравнении результатов первой и третьей групп обнаружено, что успешно обучающиеся младшие школьники 1 и 3 групп показали практически одинаковые результаты. Можно отметить только, что современные дети с успешной обучаемостью показали несколько более высокие результаты, однако эти различия не достигали степени значимости.

**Выводы.** Результаты выполнения методики показали, что дети второй группы (с трудностями в обучении) имели средний моторный возраст 6,5 лет, что значительно ниже их хронологического возраста. Не было получено значимых различий по всем параметрам моторной сферы между группой успешно обучающихся современных младших школьников и группой их успешно обучающихся сверстников, обследованных И.С.Гориной в 1994 году. Работа с методикой Озерецкого-Гельница показала не только возможность ее использования для диагностики формирования моторной сферы в детском возрасте, но ее коррекционный потенциал.

#### Литература

1. Гуревич М.О., Озерецкий М.И. Психомоторика. – М.: Госмедиздат, ч. 1, 1930.
2. Пылаева Н.М., Ахутина Т.В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. СПб., 2008.
3. Шагинян Е.В. Методика Озерецкого-Гельница и особенности психомоторики детей и подростков. - Дисс.канд.биол.наук. - М.,1973.

Гавердовская П.Ю., Зверева Н.В.

**Проблема созависимости через призму Theory of Mind: поиск общего видения**

Московский Гештальт Институт, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** модель психического, ментализация, созависимость

Gaverdovskaya P. Y. Zvereva N. V.

**Codependency issue through the Theory of Mind lenses: looking for a common vision**

Moscow Gestalt Institute, FSBSI MHRС, Moscow, Russia

**Keywords:** Theory of Mind, mentalization, codependency/

**Введение.** Разговор о созависимости начинается с разговора о зависимости и работе с ней. В англоязычной литературе имеется много разных эффективных психотерапевтических направлений в работе с пациентами, злоупотребляющими различными веществами [1,9,10,11]. Созависимым принято называть того (или тех), кто находится рядом с зависимым человеком. Исторически термин связан с возникновением групп Ал-Анон для созависимых, где в формате групповой психотерапии удавалось поддерживать членов семей зависимых пациентов. Сам термин "созависимость" представляет собой некий пакет предсказуемых характерологических черт, первоначально ассоциированных с партнерами и детьми алкоголиков. Многие популярные авторы связывают созависимость с такими характеристиками, как стыд, низкие самоуважение и самооценка, внешний локус контроля и другими [9]. Можно полагать, что при созависимом поведении у женщин видоизменяются разные аспекты прогноза, эмоционально-личностной сферы. Зависимое личностное расстройство (близкий по своему описанию конструкт) также характеризуется нарушением личностных границ у зависимых личностей [1,5]. Поскольку исследования этого контингента не столь многочисленны, как собственно зависимых от химических веществ, было бы перспективно изучать разные стороны психологического портрета созависимых личностей в контексте базовых свойств психики, в том числе способности оценивать собственные психические состояния и состояния другого. Нарушение «модели психического» (ТоМ – Theory of mind, русский перевод Е.А.Сергиенко – «Модель психического»), т.е. способности атрибутировать ментальные состояния у себя и другого, признаны не только значимыми для раннего детского аутизма (РДА), но уверенно определяются ведущими специалистами как существенные при других видах психической патологии (депрессии, расстройства круга шизофрении) [2,3,4]. Практически нет четких данных о динамике параметров «модели психического» при созависимом поведении (зависимом личностном расстройстве) у женщин. В нашем пилотажном исследовании предпринята попытка найти связи между понятием созависимости и другими диагностическими категориями, чтобы сделать более удобным дальнейшее исследование этого явления в русле Theory Of Mind. В данном пилотажном исследовании был сделана попытка связать ТоМ с типом личной истории испытуемого.

**Материал и методы.** В исследовании приняло участие 102 человека – женщины в возрасте от 23 до 60 лет с образованием не ниже среднего специального. Экспериментальную группу (ЭГ) составили 50 человек (дочери и жены), состоявших в длительных отношениях с химически зависимым партнером (алкоголизм либо наркомания). Контрольную группу (КГ) составили 52 женщины, никогда не состоявшие в близких отношениях с зависимыми людьми. Отбор в ЭГ проводился по результатам трех тестов: тест для родных и близких человека с алкогольной зависимостью (по материалам Общества анонимных алкоголиков), полуструктурированное интервью Т.П. Григоровой, Тест-опросник на межличностную зависимость (Interpersonal Dependency Inventory) Р.Гиршфильд в адаптации О.П. Макушиной. Основные методики, предъявленные обеим группам: рассказы для оценки модели психического в адаптации М.В. Алфимовой (2003), тест «Чтение психического состояния другого по взгляду» («Reading the mind in the eyes», Baron-Cohen S. в адаптации Румянцевой Е.Е. (2015) [2].

**Результаты.** Результаты пилотажного исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты выполнения методик испытуемыми, состоящими в с созависимых отношениях и в норме.

	Eye Test (общий балл)	Рассказы ТоМ (общий балл)
ЭГ	26,1	3,3
КГ	25,3	3,4

Как следует из таблицы, обе группы испытуемых показывают близкие результаты, применение статистического критерия Вилкоксона не дало подтверждения значимости различий между группами. Подобные результаты как будто не показывают успешность применения данного методического комплекса для обозрения изменения параметров модели психического у женщин, состоящих в созависимых отношениях. Не выявлены различия между ЭГ и КГ по основным сопоставляемым параметрам в каждой из методик. Отсутствие различий может указывать как на определенную неадекватность избранного инструментария, так и на недостаточную дифференцированность выборки по параметрам зависимости (клинические характеристики) и по параметрам социальных ролей созависимых (жена или дочь), а также по возрастным характеристикам. Расширение выборки позволит более точно ответить на поставленные вопросы о наличии/отсутствии связи созависимого типа личной истории и параметров модели психического, в каком звене атрибуции ментальных состояний женщины с созависимым типом личной истории более успешны, или, напротив, дефицитарны, по сравнению с контрольной группой.

**Резюме.** Возможно, необходимо также дополнение диагностического комплекса другими методиками, зарекомендовавшими себя в достоверном различении личностных и эмоциональных характеристик лиц с зависимым личностным расстройством с последующей корреляционной оценкой.

#### Литература

1. Бейтман Э. У., Фонаги П. // Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию: практическое пособие // «Институт общегуманитарных исследований», Москва - 2014 г.
2. Ломакина В.В., Румянцева Е.Е., Зверева Н.В., Телешова Е.С. // Модель психического и ее особенности у женщин с депрессиями // Психиатрия, 2014, № 2 (62), с.
3. Сертиенко Е.А., Лебедева Е.И., Прусакова О.А. // Модель психического как основа становления понимания себя и другого в онтогенезе человека // Издательство «Институт психологии РАН» Москва — 2009 г.
4. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического спектра // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 6(29). – С. 10
5. Dolan M., Fullam R. Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy // Psychological medicine. – 2004. – Т. 34. – №. 6. – С. 1093-1102.
6. Fischer-Kern M1, Tmej A, Kapusta ND, Naderer A, Leithner-Dziubas K, Löffler-Stastka H, Springer-Kremser M. // The capacity for mentalization in depressive patients: a pilot study // Psychosom Med Psychother. 2008;54(4):368-80.
7. Frith U. and Frith, C. D. (2003) Development and neurophysiology of mentalizing. Philosophical Transactions of the Royal Society of London B, Biological Sciences, 358, 459–473.
8. O'Reilly J., Peterson C. C. Theory of mind at home: linking authoritative and authoritarian parenting styles to children's social understanding // Early child development and care. – 2014. – Т. 184. – №. 12. – С. 1934-1947.
9. Wells M., Glickauf-Hughes C., Jones R. Codependency: A grass roots construct's relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification // American Journal of Family Therapy. – 1999. – Т. 27. – №. 1. – С. 63-71.
10. Baez S. et al. Theory of mind and its relationship with executive functions and emotion recognition in borderline personality disorder // Journal of neuropsychology. – 2015. – Т. 9. – №. 2. – С. 203-218.
11. Straussner S. L. A. (ed.). Clinical work with substance-abusing clients. – Guilford Publications, 2013. Shulamith Lala Ashenberg Straussner // Clinical Work with Substance-abusing Clients // New York, The Guilford Press – 2014/

**Галасюк И.Н., Шинина Т.В., Морозова И.Г., Пасечник О.Н.**

**Диагностика детско-родительского взаимодействия в клинической практике с применением компьютерной программы «The Observer XT»**

ФГБОУ ВО МГППУ, РГСУ, ВШЭ, Москва, Россия  
[igalas64@gmail.com](mailto:igalas64@gmail.com), [shininatv78@gmail.com](mailto:shininatv78@gmail.com), [inna.opinion@gmail.com](mailto:inna.opinion@gmail.com), [pasecnik75@mail.ru](mailto:pasecnik75@mail.ru)

**Ключевые слова:** диагностика, «The Observer XT», родительская отзывчивость, коммуникативные сигналы ребенка

**Keywords:** diagnostics, «The Observer XT», parental responsiveness, communicative signals of the child

Диагностика детско-родительского взаимодействия является одной из центральных тем, которая интенсивно разрабатывается в клинической науке и практике. Актуализируется потребность в подборе диагностического инструментария, который позволит усилить доказательную базу предмета исследования. В данной статье мы остановимся на разработанной нами методике «Оценка детско-родительского взаимодействия» Evaluation of child-parent interaction (ECPI) и возможностях ее применения с помощью компьютерной системы The Observer XT [7].

Методика ЕСРП предназначена для семей, воспитывающих детей как с развитием в рамках нормы, так и с особенностями эмоциональной сферы (социальные сироты; дети, воспитывающиеся в замещающих семьях) и с нарушениями в развитии (синдром Дауна, ментальные нарушения, аутизм и др.) в возрасте до 3-х лет. С помощью шкалы родительской отзывчивости и шкалы коммуникативных сигналов ребенка, которые лежат в основе методики, проводится оценка уровня взаимодействия в паре в процессе спонтанной игры, диагностика мотивационно-потребностных, коммуникативных и эмоциональных сигналов ребенка, а также отзывчивости родителя на эти сигналы с выходом на интервенцию с участием родителя [1].

Полученные результаты диагностического исследования позволяют выявить ресурсы родителя для развития зрелой родительской позиции и ресурсы ребенка для развития инициативности и самостоятельности. Формат исследования позволяет психологу совместно с родителями «расшифровывать» сигналы ребенка, что способствует осознанию родителями своего поведения в процессе взаимодействия с ним [2]. Диагностика проводится с применением видео наблюдения, что дает возможность неоднократного просмотра анализируемого видео материала.

Наблюдение за поведением человека является одним из самых распространенных в психологии методов эмпирического исследования и определяется как преднамеренное целенаправленное восприятие поведения. В нашем случае задачей наблюдателя является фиксация связи между поведенческими индикаторами родительской отзывчивости и проявлениями инициативы и самостоятельности ребенка, регистрация характера, частоты и длительности поведенческих актов обоих участников исследования (родителя и ребенка).

Выделяют три основных аспекта психологического наблюдения как метода научного понимания поведения человека: а) описание поведения – его дескриптивный аспект; б) соотнесение наблюдаемых поведенческих актов; в) объяснение причин поведения [4, 6].

Методика ЕСРП охватывает все три вышеперечисленных аспекта, при этом следует учитывать, что важная роль при изучении поведения принадлежит тому, как его понимает исследователь и как собранные данные рассматриваются и объясняются. Немаловажно и то, что исследователю приходится постоянно отслеживать угрозу влияния субъективных факторов. Минимизировать данную угрозу при анализе видео материалов, полученных с помощью методики ЕСРП, позволяет использование Компьютерной системы The Observer XT [7].

Компьютерная система The Observer XT разработана голландской компанией Noldus Information Technology и используется уже на протяжении многих лет исследователями в различных странах Европы и Америки [5]. Специфика реализации метода наблюдения с помощью данной системы заключается в том, что она позволяет психологу формализовать ряд принципиально важных методических процедур, что способствует повышению валидности и надежности данного метода по сравнению с традиционными приемами наблюдения. Это обеспечивается главным образом за счет последовательной реализации в рамках одной системы всех этапов наблюдения, начиная от разработки дизайна исследования до визуализации полученных результатов.

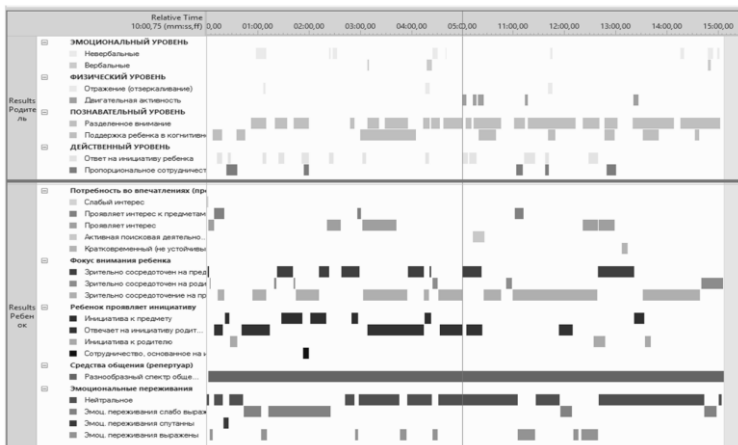
К основным функциональным возможностям данной компьютерной системы, позволяющим психологу получить валидные и надежные результаты, относится наличие кодировочной схемы, представляющей основные поведенческие категории, которая вносится в компьютерную систему до наблюдения. Так, используя The Observer XT для анализа результатов, полученных с помощью

методики ЕСРІ мы кодируем индикаторы родительской отзывчивости в соответствии с четырьмя уровнями (эмоциональный, физический, познавательный, действенный) и индикаторы коммуникативных сигналов ребенка. Индикаторы поведения имеют положительный и отрицательный знаки. Например, поведению родителя присваивается знак «+» в случае позитивного эмоционального фона, который фиксируется, когда родитель невербально проявляет признаки удовольствия от взаимодействия (улыбка, смех, выразительная мимика, жестикация) или позитивно комментирует действия ребенка; хвалит его; комментирует эмоциональное состояние, чувства ребенка. Соответственно знак «-» на эмоциональном уровне появляется на графике в случае эффекта «каменного лица», отсутствия у родителя вербальных проявлений по отношению к ребенку. У ребенка положительным знаком фиксируются коммуникативные сигналы, направленные на значимого взрослого с высоким уровнем выражения на вербальном и невербальном уровне, с широким диапазоном потребности в новых впечатлениях и инициативностью в познании предметного мира. Отрицательным маркером фиксируется пассивная позиция ребенка, низкая инициатива и скудный репертуар вербальных и невербальных сигналов.

Кодировочную схему по мере необходимости можно корректировать и детализировать в зависимости от дизайна исследования. Благодаря этому наблюдатель получает возможность надежно и систематически отмечать появление и продолжительность определенных им поведенческих единиц простым нажатием на соответствующие им клавиши. При этом создается так называемый «журнал событий», который содержит все зарегистрированные наблюдателем события с метками времени, который в последствии преобразуется в цветовой график. Другими словами, мы можем наблюдать на графике наличие или отсутствие конкретного поведенческого проявления в определенном отрезке времени и соотносить наблюдаемые поведенческие проявления родителя и ребенка, благодаря чему интерпретировать полученные результаты. Ниже представлен пример, визуализирующий графическое представление полученных в результате расшифровки поведенческих актов родителя и ребенка (Рисунок 1).

В заключении следует сказать о перспективах использования компьютерной системы The Observer XT при проведении диагностики с помощью методики «Оценка детско-родительского взаимодействия» Evaluation of child-parent interaction (ЕСРІ). В этой связи мы обращаемся к высказыванию Юрия Федоровича Полякова, который указывал на ошибочность взглядов при рассмотрении соотношения психологии и физиологии, своеобразный редукционизм, признающий за психологией возможность изучения лишь “явлений”, а за физиологией оставляющий право лишь на вскрытие сущности “механизма” [3]. Такое положение актуально и в настоящее время, что подчеркивает важность поиска новых методов исследования явлений, в том числе с использованием компьютерных систем.

*Рисунок 1. графическое представление полученных в результате расшифровки поведенческих актов родителя и ребенка*



Компьютерная система The Observer XT позволяет фиксировать как психологические, так и физиологические проявления родителя и ребенка при анализе результатов методики ECPI, а также анализировать их единым комплексом. Синхронизация результатов, полученных в ходе наблюдения с широким набором разнообразных данных: физиологическими (например, ЭЭГ, ЭКГ, ЧСС), данными о движении глаз, динамике эмоций (например, полученными с помощью компьютерной системы Face Reader), показателями различных внешних устройств, (например, датчиками скорости движений испытуемого) и многими другими. Благодаря этой возможности система The Observer XT может использоваться как метод, который служит средством проверки и контроля надежности данных, полученных с помощью методики ECPI.

#### Литература

1. Галасюк И.Н., Шинина Т.В. Методика «Оценка детско-родительского взаимодействия» Evaluation of child-parent interaction (ECPI). – М.: ИТД Перспектива, 2017. – 304 с.
2. Галасюк И.Н., Шинина Т.В., Морозова И.Г. Родительский консилдум как инструмент развития личностных ресурсов родителя и особого ребенка // Всероссийская научно-практическая конференция "Личность в норме и патологии". Посвящается 20-летию факультета психологии и педагогики челябинского государственного университета: материалы Всероссийской конференции 20-21 апреля 2017 г. – Челябинск: Печатный двор, 2017. – 553с. С. 411-414.
3. Поляков Ю.Ф. О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии (К итогам дискуссии) // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Том 77. Вып. 12, 1977.
4. Elmes D.G., Kantowitz B.H., Roediger H.L. Research Methods in Psychology. Brooks/Cole Publishing Company, 1999.
5. Griffin, W.A. Open-Source Software for Computer-Assisted Behavioral Observation Coding. Journal of Open Research Software. (1), 2018, p.5.
6. Kathy Hirsch-Pasek, Roberta Michnick Golinkoff, Laura E. Berk, and Dorothy G. Singer A Mandate for Playful Learning in Preschool. Presenting the Evidence. Published by Oxford University Press, Inc. 2009 p. 121.
7. The Observer XT. Reference Manual, 2011.

**Галасюк И.Н.**

**Пространство супервизии для студентов-клинических психологов: от наставничества к коллегальности**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,  
[igalas64@gmail.com](mailto:igalas64@gmail.com)

**Ключевые слова:** супервизия, наставничество, клинический психолог, образование, современные методы

**Galasyuk I.N.**

**Supervision space for students-clinical psychologists: from mentoring to collegiality**  
 MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** supervision, mentoring, clinical psychologist, education, modern methods



Глубокая научная и практическая составляющая обучения клинического психолога, забота о базах для проведения практики, личное участие в этом процессе преподавателей, как отмечал Ю.Ф. Поляков, является фундаментом развития специальности и подготовки клинических психологов. В своих воспоминаниях об инициаторе процесса создания клинической психологии, Б.В. Зейгарник, Юрий Федорович подводит некоторый итог того, что было сделано им и его коллегами для воплощения в жизнь заветов Бломы Вульфовны. «Решена сложная проблема структуры учебного процесса клинических психологов. Желание Бломы Вульфовны сделать его как можно содержательнее и приближеннее к практике, мы постарались воплотить в Государственном образовательном стандарте. ... Многие учебные, организационно-кадровые, правовые вопросы клинических психологов решены» [7]. Вспоминая личные заслуги Ю.Ф. Полякова, его вклад в подготовку клинических психологов к работе, его коллеги, последователи и ученики отмечают, что читая в течение многих лет курс медицинской, а затем клинической психологии, он старался разнообразить его новыми формами работы – клиническими демонстрациями, обсуждениями [4].

На сегодняшний день можно констатировать как прогрессивные моменты в развитии клинической психологии, как специальности, так и «отставание» от мировых тенденций по практико-ориентированному образовательному процессу. Это вызвано объективными обстоятельствами. Так, например, ставки клинических психологов в государственных клиниках, как ни печально, сокращаются, имеются определенные трудности для прохождения студентами практики в силу ограниченности возможностей клиник, как принимающих учреждений. Вместе с тем, отмечаются новые потребности в специалистах – клинических психологах в социальной сфере, в социальных учреждениях, деятельность которых направлена на охрану психического здоровья; профилактику психических заболеваний; реабилитацию; помощь семье, воспитывающей детей с нарушениями в развитии [1]. Происходящие изменения требуют развития новых форм работы со студентами-клиническими психологами. Одним из таких направлений, позволяющих осуществлять практико-ориентированный подход в обучении является супервизия.

В отечественной психологии супервизия, как особый вид профессиональной деятельности, лишь в последнее десятилетие начинает занимать существенное место в образовании психолога [3; 6; 8]. Между тем, супервизируемая практика студентов признана мировым психологическим сообществом наиболее важной обучающей деятельностью для преобразования академических знаний в прикладные компетенции [9; 11; 12; 13]. Европейский стандарт профессиональной квалификации (EuroPsy), принятый Европейской федерацией психологических ассоциаций, требует от психологов минимум одного года контролируемой практики, помимо 5-летнего университетского образования. На Пятнадцатом Европейском Конгрессе Психологов (15-th European Congress of Psychology), который состоялся в июле 2017 года дискутировалось решение ужесточить требования по принадлежности к Европейскому психологическому сообществу и ограничить его в отношении тех учебных заведений, которые не предоставляют студентам супервизию в образовательном формате [10].

В Соединенных Штатах Америки супервизия рассматривается как важная часть полноценной подготовки специалиста, осваивающего профессию в области помощи людям. Проходить супервизию *обязаны* не только студенты на старших курсах, но и практикующие специалисты. Строгие требования к объему и содержанию супервизии варьируются в каждом штате и предписывают прохождение студентом внушительного количества часов в период обучения, что является «допуском» психолога к работе, и регулярное продолжение супервизии в процессе профессиональной деятельности. Так, например, выпускник университета в штате Пенсильвания по специальности «психология» должен реализовать 1500 часов практической психологической деятельности под руководством супервизора и, приступив к работе по окончании вуза, обязан продолжать супервизию не менее 2-х часов в неделю. Деятельность супервизоров в США подвергается лицензированию, которое осуществляется такими ассоциациями как Американская коллегия профессиональной психологии (АВРР), Американская психологическая ассоциация аккредитации программ профессиональной подготовки психологов (АРА) и др. [2].

В отечественных вузах наблюдаются глобальные изменения требований к образованию психологов и, в частности, к приобретению ими практических навыков работы с клиентами уже в период обучения [3; 5; 6; 8]. Разрабатываются программы, которые нацелены на ознакомление студентов с моделями, направлениями и функциями супервизии. Однако, существуют проблемы, ограничива-

ющие получение студентами полноценной супервизии в период очного обучения. Среди возникающих трудностей можно выделить организационные и содержательные, некоторые из которых мы рассмотрим в рамках данной статьи. *Организационные трудности* при реализации супервизии при очном обучении студентов в вузе:

1. Студенты, обучающиеся очно, редко совмещают учебу с работой и в этой связи супервизирование «живого кейса» возможно лишь в том случае, если в практике заложена возможность предоставить студенту «вести клиента (пациента)» и обращаться к супервизору с целью обсуждения *своей* работы.
2. Базы практики для студентов-психологов – клиники, социальные и образовательные учреждения. Как правило, у специалистов, работающих в государственных учреждениях достаточно высокая рабочая нагрузка и не высокая мотивация «принимать» студентов. В некоторых случаях, студентов рассматривают как «рабочие руки», которых всегда не хватает.

*Содержательные трудности* при реализации супервизии при очном обучении студентов в вузе:

1. Многообразие подходов к пониманию супервизии [5; 9; 10], отсутствие общепринятых профессиональных стандартов ее проведения в нашей стране приводит к весьма хаотичным представлениям о сущности этого вида деятельности, о том, что конкретно может получить студент в процессе работы с супервизором [5].
2. Отмечено, что супервизия часто смешивается с психотерапией, как родственной практикой и сводится к консультированию, наставничеству [3].
3. Демонстрация преподавателем своей работы с клиентом лишь отчасти имеет отношение к образовательной функции непосредственно супервизии, поскольку целью супервизии является анализ случая супервизируемого, а не преподавателя.
4. Начинающий профессионал с одной стороны нуждается в оценке своей работы с клиентом, а с другой, оценка вызывает напряжение и тревогу. Если процесс супервизии превращается в «работу над ошибками» у практикантов возникают ожидания того, что супервизор объяснит как надо сделать правильно и укажет направления работы с клиентом (пациентом). Супервизия в таком случае ограничивается функцией оценки и функцией контроля [8].

Есть также некоторые особенности организации практики, которые влияют на ее содержание. Со стороны вуза за практику несет ответственность преподаватель, со стороны учреждения – специалист, которого иногда называют супервизором. Содержание практики во многом зависит от творчества преподавателя, от его опыта работы с клиентами. Между тем, в большинстве случаев, роль преподавателя ограничивается функцией контроля за посещением студентами учреждения, и заполнением дневника практики как отчетного документа. Супервизор – практикующий специалист знакомит студентов с учреждением и может предоставить им возможность некоторого взаимодействия с клиентом. Так, например, если студент проходит практику в клинике, он может провести диагностику, беседу с клиентом (пациентом). Следует отметить, что специалист, работающий в учреждении, за редким исключением, не проходил обучение деятельности супервизора и его взаимодействие со студентами ограничивается функцией наставника, который делится своим опытом так, как умеет и функцией контроля, дабы студенты не нанесли «вред» клиенту в силу своей неопытности. От того, насколько тесна связь между преподавателем вуза и руководителем практики от учреждения во многом зависит ее содержательная сторона.

Основываясь на собственном опыте прохождения супервизии в качестве супервизируемого и опыте в качестве преподавателя дисциплины «Супервизия» в вузе, мы представляем свое видение решений некоторых из перечисленных проблем:

Тесная связь преподавателя, который несет ответственность за практику студентов с закрепленными от учреждения специалистами не только по организационным моментам, но и по содержанию работы студентов позволяет предоставить последним возможность апробировать на практике тот арсенал методик, который осваивается в аудиториях и подготовить *свои кейсы* для обсуждения в формате практико-ориентированной дисциплины «Супервизия».

Супервизор из роли наставника передает свой опыт супервизируемым, создает им условия для глубокого освоения профессии, приобретения ясности в понимании используемых методов и методик, удовлетворяет потребность супервизируемого в поддержке. Безусловно, супервизор является наставником для начинающих профессионалов. Однако, нам представляется более продуктивной

позиция супервизора, способного совместить роль наставника и роль коллеги, что формирует пространство для совместного творчества супервизора и супервизируемого. Такое пространство отчасти свободно от оценки и, что особо ценно, как отмечает И.В. Пышинка, обратная связь в со-творческой, безоценочной атмосфере гораздо более эффективна, чем прямые указания супервизора [8].

Фокус внимания супервизии, на наш взгляд, должен быть направлен на сильные стороны супервизируемого, его ресурсы, среди которых теоретические знания, личные особенности студента. Позитивная супервизия – одно из новых направлений, которое позволяет развивать уверенность будущего специалиста. С нашей точки зрения, это направление является фундаментом профилактики профессионального выгорания при работе со сложными клиентами [11].

В заключении, хотелось бы отметить, что супервизия является пространством, в котором возможно со-творчество опытного и начинающего профессионалов, развитие у супервизируемого позиции «внутреннего супервизора». Создание атмосферы коллегиальности в практическом обучении клинического психолога, развитие способности преподавателя быть не только наставником, но и видеть в студентах будущего коллегу, а не только ученика, обеспечивает продолжение традиций, которые были заложены одним из основателей клинической психологии Ю.Ф. Поляковым, талантливым ученым и блестящим педагогом.

#### Литература

1. Галасюк И.Н., Шинина Т.В. Куратор семьи особого ребенка: практический инструментарий: научно-практическое пособие. – М.: ИТД «ПЕРСПЕКТИВА», 2016. – 264 с.
2. Ваулина Т.А. Супервизия: опыт Американской психологии // Сибирский психологический журнал. 2008. № 30. С. 44 – 46.
3. Залевский Г.В. Психологическая супервизия [Текст]: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям психологии / Г. В. Залевский; М-во образования и науки Российской Федерации, Томский гос. ун-т. - Томск : ТМЛ-Пресс, 2010. – 165 с.
4. Зверева Н.В., Ениколопов С.Н. Юрий Федорович Поляков: человек, ученый, организатор науки и образования [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 3 (14). – URL: <http://medpsy.ru>
5. Ньюхалов Г.А. «Дискурсы современной супервизии – возможно ли преодоление хаоса?» Российский психотерапевтический журнал №1 2017 (9).
6. Кравцова Н.А. Технология супервизии в подготовке клинических психологов в медицинском вузе // Сибирский психологический журнал. 2008. № 30. С. 30 – 32.
7. Поляков Ю.Ф. Заветы Б.В. Зейгарник и современная клиническая психология [Электронный ресурс] //Материалы Первой международной конференции памяти Б.В. Зейгарник Москва, 12–13 октября 2001. С. 208–211.
8. Пышинка И.В. Заметки о дидактической супервизии (супервизия в образовательном пространстве подготовки психологов) //Консультативная психология и психотерапия. 2001 №4. С. 51 – 57.
9. Ховкин П., Шохет Р. Супервизия: индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб.: Речь, 2002. – 352 с.
10. Amsterdam, The Netherlands. 15-th European Congress of Psychology. 11 – 14 July 2017. Abstract book. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://psychologycongress.eu/2017/download/>. (Дата обращения 20. 01. 2018)
11. Bannink F. Handbook of Positive supervision for Supervisors, Facilitators, and Peer Groups. Hogrefe Uitgevers BV, The Netherlands, 2015. 203 p.
12. Bemard J., Goodyear R. Fundamentals of clinical supervision. 3rd ed. Boston: Pearson Education, 2004. 416 p.<sup>[1]</sup>
13. Falender C.A., Shafranske E.P. Supervision Essentials for the Practice of Competency-Based Supervision. American Psychological Association. Washington DC, United States, 2016. 154 p.

**Гарания Н.Г., Клыккова А.Ю., Полякова Ю. М., Сорокова М.Г.**

**Интерперсональные аспекты перфекционизма**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия  
[garanian@mail.ru](mailto:garanian@mail.ru)

**Ключевые слова:** перфекционизм, социальные сравнения, зависть, удовлетворенность браком

**Garanian N.G., Klykova A.J., Polyakova J. M., Sorokova M.G.**  
**Interpersonal aspects of perfectionism**  
MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** perfectionism, social comparison, envy, marriage satisfaction

**Введение.** Согласно современной модели «перфекционизма и социальной разобщенности» [The perfectionism Social Disconnection Model, P. Hewitt, G. Flett, 2016], индивидуальный перфекционизм имеет отчетливые межличностные последствия в виде чрезмерной требовательности к другим людям, манипулятивных стратегий общения, других проявлений т.н. «враждебно-доминантного спектра». Интерперсональные аспекты перфекционизма создают значительные трудности для многих перфекционистов и лиц из их окружения; при этом они остаются наиболее скрытыми для субъективного осознания и наименее исследованными в научном отношении [G. Flett, P. Hewitt, S. Sherry, 2016]. В настоящей публикации приводятся результаты двух циклов исследований интерперсональных аспектов перфекционизма. Исследование 1 было нацелено на проверку гипотезы о связи перфекционизма с ориентацией на социальные сравнения, завистью и гиперконкурентностью (стремлением соревноваться с другими с целью их обесценивания и утверждения собственного превосходства).

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 226 студентов 1-5-го курсов Московских вузов (156 – девушек и 70 – юношей). Возраст испытуемых варьировал от 16 до 29 (средний – 20 лет,  $Sd = 1,7$ ). Для проверки гипотез использовались Опросник перфекционизма (Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б.), Опросник депрессивности А. Бека (BDI. A. Beck с соавторами), Диспозиционная шкала зависти (DES; R. Smith), Шкала ориентации на социальное сравнение (INCOM; F. Gibbons, B. Buunk), Шкала восходящих/нисходящих социальных сравнений (K. Van der Zee с соавт.), Шкала конкурентности, способствующей развитию личности (PDCAS; M. Ryckman с соавт.), Шкала гиперконкурентных установок (HCA; M. Ryckman с соавт.), Шкала косвенной агрессии (Indirect Aggression Scale-A, S. Forrest с соавт.). Установлена валидность и надежность русскоязычных версий новых зарубежных методик, включенных в исследование.

**Результаты.** 1. Студенты с высоким уровнем перфекционизма характеризуются выраженной ориентацией на социальные сравнения и завистью, в отличие от менее требовательных к себе сверстников; они достоверно чаще своих сверстников используют неблагоприятные, депрессогенные стратегии сравнений – восходящие социальные сравнения по типу «контраста» и нисходящие социальные сравнения по типу «идентификации». 2. Наиболее тесно с ориентацией на социальные сравнения, её неблагоприятными стратегиями и завистью связаны три параметра перфекционизма – «интерперсональный» («Восприятие других, как делегирующих высокие ожидания»), «адресованный» («Высокие стандарты деятельности») и «когнитивный» («Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках»). 3. По данным математического теста Sobel, психологический маршрут от перфекционизма к симптомам депрессии опосредован переживаниями зависти и частыми социальными сравнениями. 4. Студенты с высоким уровнем перфекционизма достоверно чаще своих сверстников прибегают к гиперконкурентности; связи перфекционизма с адаптивными психологическими характеристиками (благоприятными для настроения и самооценки стратегиями социального сравнения, позитивной конкурентностью) не установлены.

Исследование 2 было нацелено на проверку гипотезы о связи перфекционизма с неудовлетворенностью различными аспектами брака.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 84 супружеские пары, проживающие в г. Москвы, Московской области и г. Твери. Возраст испытуемых – от 23 до 65 лет (средний возраст – 31 год), стаж супружеской жизни – от 1 года до 38 лет (средний стаж – 6 лет). **Для проверки гипотезы использовались** Опросник перфекционизма (Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б.), Шкала взаимной адаптации в паре (DAS, G. Spanier), Опросник личной оценки степени близости в отношениях (PAIR, M. Schaefer, R. Olson), Стокгольмская Шкала супружеского стресса (SMSS, K. Orth-Gomer с соавт., 2000). Установлена факторная структура, валидность и надежность русскоязычных версий использованных зарубежных методик.

**Результаты.** 1. По предварительным данным, перфекционизм создает проблемы в браке для женщин, но не для мужчин. Отрицательные связи перфекционизма с показателями взаимной адаптации супругов установлены только в женской группе. 2. Для параметров перфекционизма «Восприятие других как делегирующих чрезмерно высокие ожидания» и «Селектирование информации о неудачах и ошибках» в женской части выборки установлены слабые, но статистически значимые отрицательные связи с показателями супружеского согласия, сплоченности, взаимопонимания мыслей и чувств с партнером, общей удовлетворенности браком. Были установлены слабые, но

положительные и статистически значимые связи этих параметров перфекционизма с супружеским стрессом. 3. Для 2-го параметра перфекционизма «Высокие стандарты» установлены положительные связи с показателями взаимной адаптации супругов в браке. При этом склонность мужа к выдвигению высоких стандартов положительно связана с оценками инструментальной сплоченности в супружеской паре, которые выносят их жены.

**Выводы.** Полученные данные хорошо согласуются с представлением о перфекционизме как о факторе межличностной разобщенности. Эта черта сопряжена с выраженными межличностными проблемами, как в широкой социальной сети контактов, так и в интимном кругу. Создается впечатление, что деструктивному влиянию перфекционизма наиболее подвержены сферы общения, связанные с эмоциональной близостью, что требует дальнейшей проверки.

#### Литература

1. Hewitt P., Flett G. The perfectionism Social Disconnection Model. In: P. Hewitt, G. Flett "Perfectionism: a Relational Approach to Conceptualization, Assessment and Treatment". – The Guilford Press. – 2016. – P. 131-149
2. Flett G., Hewitt P., Sherry S. Deep, dark and dysfunctional: the destructiveness of interpersonal perfectionism. In: The Dark Side of Personality: Science and Practice in Social, Personality and Clinical Psychology. V. Zeigler-Hill, D. Marcus (eds). Pub: American Psychological Association. 2016. P:211-229

**Гаряня Н.Г.**

**Перфекционизм как фактор хронификации психических расстройств**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

[garanian@mail.ru](mailto:garanian@mail.ru)

**Ключевые слова:** перфекционизм, терапевтическая резистентность, депрессии

**Garanian N.G.**

**Perfectionism as a factor of chronic mental illness**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** perfectionism, therapeutic resistance, depression

**Введение.** Психические расстройства у значительной части пациентов приобретают хроническое течение - в течение длительного времени у них сохраняется риск рецидива. Понятие хронификации относится и к длительному волнообразному течению расстройства при появлении острых эксцессов в ответ на действие психосоциальных стрессоров [D. Bruha, 2006]. Закономерно возникает вопрос о факторах этих неблагоприятных явлений с тяжелыми индивидуальными и социальными последствиями. Недавно «ригидный перфекционизм» был включен в инновационный раздел DSM-5, предназначенный для клинической диагностики личностной патологии [DSM-5, Section III "Multidimensional Functioning and Trait Model", 2013, с. 780]. Решение явилось итогом многолетних исследований, показавших участие этой дисфункциональной черты в манифестации и неблагоприятном течении ряда психических расстройств. В настоящее время зарубежными исследователями установлен ряд высоко информативных в практическом отношении результатов. Перфекционизм подрывает терапевтический успех, выступая прогностическим признаком длительного сохранения симптомов психических расстройств после завершения психотерапии, применявшейся изолированно или в комбинации с медикаментозным лечением [P. Hewitt, G. Flett, 2016]. По данным пяти масштабных интервенционных исследований в рамках проекта Национального Института психического здоровья США (NIMH), перфекционизм выступает предиктором плохого результата как в краткосрочной психотерапии, так и в медикаментозном лечении. Одно из возможных объяснений этого результата состоит в том, что перфекционизм был связан с плохим терапевтическим альянсом. Другое объяснение связано с тем, что изучаемая личностная черта существенно снижала качество социальной поддержки, получаемой пациентом. Наконец, в ходе полутора годовалого катанестического исследования было установлено, что перфекционизм связан с ухудшением способностей к совладанию со стрессом. Сходные данные были получены в интервенционном исследовании подростковой депрессии, где участвовали 439 пациента, проходивших курс изолированной терапии (КБТ или флуоксетин) или комбинированной (сочетание обоих подходов). У подростков с высокими показателями перфекционизма симптомы депрессии сохранялись на фоне получаемого лечения; у них также более долго сохранялись суицидальные мысли в сравнении с менее требовательными к себе депрессивными сверстниками. Показано, что высокий уровень перфекционизма вы-

студует контртерапевтическим фактором при лечении тревожных расстройств - ОКР и социальной фобии. При нарушениях пищевого поведения он также служит надежным прогностическим признаком плохого терапевтического эффекта. Если терапия не была нацелена на преодоление перфекционизма, то риск рецидива нарушений пищевого поведения остается по-прежнему высоким [цит по S. Egan, T. Wade, R. Shafiran, 2012].

Перфекционизм связан с ранним прерыванием терапии и деструктивным поведением в процессе оказания помощи. В студенческой выборке перфекционизм был связан с негативными установками по отношению к профессиональной помощи – сниженным осознанием ее необходимости, низкой интерперсональной открытостью, низким доверием к профессионалам. В небольшой подгруппе лиц из этой выборки, обратившихся за помощью в студенческую психологическую консультацию, «социально – предписываемый» перфекционизм отрицательно коррелировал с ощущением комфорта в ситуации консультирования и положительно – с трудностями продолжения работы [Р. Hewitt, G. Flett, 2016].

Настоящее исследование было нацелено на установление связей между характеристиками течения депрессий и перфекционизмом. Его цель заключалась в сравнении показателей перфекционизма у пациентов с благоприятным и неблагоприятным типом течения депрессивных расстройств.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 80 пациентов с депрессивными расстройствами. 39 пациентов обследованы в отделах ФГБУ «МНИИ психиатрии», 41 пациент - в ПБ №13 г. Москвы. Были сформированы две экспериментальные группы больных – респондеров и нонреспондеров в лечении антидепрессантами. Реакция пациентов на лечение оценивалась психиатрами по шкале Шкале общего клинического впечатления (CGI; W. Guy). В момент развернутой картины заболевания (при поступлении) пациенты двух экспериментальных групп не различались по показателям шкалы. Перед выпиской между сравниваемыми группами зафиксированы различия: 1) пациенты-респондеры явно опережают нонреспондеров по положительной динамике состояния; 2) в группе пациентов-респондеров проведенная терапия оказалась более эффективной. Для диагностики изучаемой личностной черты испытуемых использовался Опросник перфекционизма Н.Г.Гараян и А.Б.Холмогоровой.

**Результаты.** 1. Показатели опросника перфекционизма достоверно выше в группе нонреспондеров. 2. Корреляционный анализ обнаружил множественные связи для параметров перфекционизма: положительные с количеством курсов проведенной медикаментозной терапии антидепрессантами в текущей госпитализации, общим числом госпитализаций, длительностью текущей госпитализации; отрицательные с показателем длительности ремиссии. Чем выше общий уровень перфекционизма пациента, тем больше давность заболевания (соответственно, раньше манифестация), больше госпитализаций в связи с депрессивным состоянием и тем короче периоды ремиссии. 3. По данным дискриминантного анализа, общий показатель перфекционизма и параметр «Высокие стандарты» выступают надежными предикторами групповой принадлежности пациента. Предсказательная сила этих двух параметров позволяет развести группы в 72% случаев, что является хорошим показателем.

**Выводы.** Совокупность приводимых результатов свидетельствует о том, что перфекционизм оказывает значимое влияние на способность пациента конструктивно участвовать в лечебных мероприятиях и получать от них пользу.

#### Литература

1. Bhugra D. Severe mental illness across cultures // Acta Psychiatrica Scand. – 2006. – V. 113. – Suppl. 429. – P. 17–23.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association. – 2013
3. Hewitt P., Flett G. The perfectionism Social Disconnection Model. In: P. Hewitt, G. Flett “Perfectionism: A Relational Approach to Conceptualization, Assessment and Treatment”. – The Guilford Press. – 2016. – P. 64-96
4. Egan S., Wade T., Shafiran R. The transdiagnostic process of perfectionism // Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica. – 2012 – V. 17. – N3. – p. 279-294.

**Георгиева З. К.**

**Психологические защиты у онкологических больных в зрелом возрасте**

ВТУ „Св. Св. Кирил и Методий“, гр. Велико Търново, България,  
[z.georgieva@gmail.com](mailto:z.georgieva@gmail.com)

**Ключевые слова:** Психология, психологические защитные механизмы, онкология, зрелый возраст

**Keywords:** Psychology, psychological defense mechanisms, cancer, adulthood

С раннего детства и на протяжении всей жизни в психике человека возникают и развиваются механизмы, традиционно называемые „психологической защитой“. В 1894 году З. Фрейд в своём труде „The Neuro-Psychoses of Defenc“ впервые вводит термин **защита** для описания борьбы „Я“ с болезненными или невыносимыми мыслями и аффектами.

В 1936 году в своей работе „Das Ich und die Abwehrmechanismen“ Анна Фрейд иллюстрирует специфику проявления и динамику психологических защит, расширяет и уточняет характер конфликтов, которые могут привести к защитным механизмам, вызванным инстинктами и связанными с ними чувствами.

Действие защиты является кратковременным и длится до тех пор, пока это необходимо, как „передышка“ для новой психологической деятельности индивида. Во время острой фазы в условиях стресса проявляются различные защитные механизмы. Эти эффекты являются совершенно естественными и необходимыми. Защитные механизмы помогают постепенно осознать ситуацию, в которой человек должен получить силу, при помощи которой преодолеть новую ситуацию.

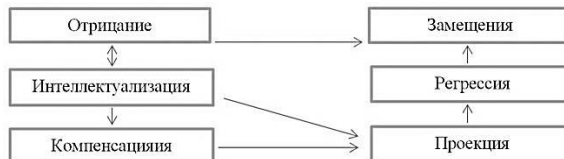
Нужно отметить, что люди редко используют один механизм, они, как правило, используют разные защитные механизмы для разрешения конфликтов или уменьшения тревоги. Этот механизм искажает реальность для того, чтобы обеспечить мгновенное эмоциональное благополучие без долгосрочной перспективы. Наиболее распространенные механизмы защиты должны толковаться как ментальные стратегии сокращения или способ избежать негативные состояния, такие как конфликт, разочарования, тревоги и стресс. Каждый человек использует свой репертуар психологических защитных механизмов, которые характеризуют его личность. Их проявление может быть эпизодическим в основном, как реакция на травмирующие события, влияющие на психику. Но некоторые из них могут стать частью структуры личности индивида. [Н. Атанасов, 2009] *Защитные механизмы* включаются автоматически, т.е. независимо от силы воли и ясности фактического сознания. Для этого анализа важно различать механизмы защиты и защитное поведение.

*Защитное поведение* является естественной реакцией человека с сохранением интеллекта в ситуации, которая вызывает тревогу. Такое поведение можно определить как „вторичную выгоду“ для человека. Защитное поведение отражает внешнюю активность, которая выражается в подражании, регрессии и других реакциях. Многие исследователи принимают идею, что бессознательные текущие психические процессы могут перейти в сознательные и наоборот. [Атанасов, Н, 2009; Мадолев, В., 2006; Cramer, P., 1991]

Защитные механизмы у больных с *онкологическими заболеваниями* в зрелом возрасте, как правило, имеют такие же характеристики и классификацию, как у больных с другими заболеваниями. Анализ соответствующей литературы показывает наличие большого количества работ, посвященных в основном изучению влияния психологических факторов на возникновение и течение рака, но значительно меньше работ просвещены защитным механизмам, которые используют чаще.

Сделанные нами наблюдения показали следующие проявления защитных механизмов у онкологических больных, которые согласны лечиться в Болгарской онкологической клинике (рис. 1).

Рисунок 1. Согласие на лечение



С самого начала болезни до самой смерти онкобольные, используют защитное поведение *отрицания* и *интеллектуализации*. Логична взаимосвязанность между отрицанием и интеллектуализацией как психологическими механизмами, т.к. больному не верится, что у него такая болезнь, онис-

пользует *отрицание*, чтобы справиться с негативными переживаниями и возникшими тревожными событиями во время лечения. В случае принятия лечения, пациент снова подсознательно отрицает болезнь, но принимает помощь врачей: „Они, врачи, знают свою работу. Я не больной раком, только нужно вырезать то, что они видели. Они специалисты и знают что делать“. Этими словами человек отрицает заболевание, но включает *интеллектуализацию* как психологическую защиту, потому что в данном моменте испытывает жалость к себе, выраженную под видом внешнего спокойствия или даже безразличия к самому себе. Используя интеллектуализацию, пациент *компенсирует* свою слабость, чтобы справиться с ситуацией и неспособностью поддерживать своё здоровье (тело). Это разочарование пациент может *проецировать* к молодому врачу или медсестре. Защитный *проекционный* механизм больной может проявить и к близким в своей семье: „Суп не вкусен. Ты его приготовил плохо!“ или „Вы не убрали мою постель как следует!“. В этом примере, больной, в неспособности преодолеть негативные чувства и физическую слабость, включает защитный механизм *регрессии*, когда он „не может сам“ одеться или поесть. *Замещение* вступает в силу, когда страх или гнев не могут быть освобождены из-за характера сложившейся ситуации, пока его лечат. Замещение в качестве защитного поведения проявляется как гнев, направленный внутрь через завышенные обвинения и упреки, что может привести к депрессии. *Замещение* взаимосвязано с *отрицанием*, а отсюда с *интеллектуализацией* в качестве защитного поведения.

В случае отказа от лечения (рис.2), защитное поведение пациента, заключается в том, что снова наблюдается взаимосвязь между *отрицанием*, *интеллектуализацией* и связанной с защитным механизмом *компенсацией*. В свою очередь, пациент отрицает, что у него заболевание – Рак, отталкивает отрицательные чувства и считает, что его судьба находится в его собственных руках, испытывает чувство обоснованности своих побуждений в жизни, ставит под сомнение компетентность врачей. *Компенсирует* своё чувство беспомощности, сохраняя положительный образ своего „Я“.

Рисунок 2. Отказ от лечения



*Регрессивное* поведение проявляется в поисках постоянного внимания и заботы со стороны родственников или друзей. Больной бессознательно как бы возвращается в тот период прошлого, когда у него все было хорошо, чтобы уйти от напряженности и конфликта нынешней ситуации.

Обычно, когда больной отказывает лечение, все его критикуют, уговаривают и т.д. Но это поведение отказа и проявления защитных механизмов является необходимым условием для формирования адекватного чувства сохранения стабильности самооценки человека и смелости „посмотреть правде в глаза“. Относительная стабильность эмоциональных переживаний и осознание со стороны пациента способствует улучшению адаптации к болезни и качества жизни. Очень характерно для онкологично больных в стадии ремиссии проявление альтруизма, как защитного поведения, бескорыстно совершая добрые поступки, связанные с благополучием других больных.

Беспорен тот факт, что пациенты реагируют по-разному, в зависимости от стадии заболевания, лечения, типа личности и образа жизни до болезни. Психологическая защита приводит к определенному изменению содержания сознания в результате функции защитных механизмов: отрицания, проекции, регрессии, компенсации и других.

Все это свидетельствует о том, что на когнитивном уровне индивид преодолевает травматические события, сохраняя структуру личности. Это позволяет онкологическим пациентам не принимать очевидную объективную реальность, скрывая свои истинные чувства, преодолевая тревожную ситуацию.



## Литература

1. Атанасов, Н., Теории за психичното развитие в психоанализата. С., Академично издателство „Проф. Марин Дринов“, 2009.
2. Мадолев, В. Защитни механизми и когнитивни процеси, Университетско издателство „Неофит Рилски“, Благоевград, 2006.
3. Фройд, А. Егото и защитните механизми, ЛИК, С., 2000.
4. Cramer, P.: The Development of Defense Mechanisms. Theory, Research and Assessment. New York, 1991.

**Гераськин А. А., Богданов М. А., Орлов И. Ю.**

**Оценка эффективности совместной психолого-логопедической работы в комплексном подходе лечения заикания.**

ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации» ДЗМ, Москва, Россия  
[geraskin.aa@gmail.com](mailto:geraskin.aa@gmail.com); [bogmisha82@mail.ru](mailto:bogmisha82@mail.ru); [ivan.u.orlov@gmail.com](mailto:ivan.u.orlov@gmail.com)

**Ключевые слова:** логоневроз, групповая психологотерапия, интенсивный курс, психологокоррекция

**Geraskin A. A., Bogdanov M. A., Orlov I. Y.**

**Assessment of the collaborative psychological and logopedic approach for treatment of stammering**

Centre for speech pathology and neurorehabilitation, Moscow, Russia

**Keywords:** logoneurosis, stammering, psychogotherapy, intensive course, psychologicocorrection

Одним из дискуссионных вопросов в рамках комплексного подхода лечения заикания остается вопрос о целесообразности ведения групповой психолого-логопедической коррекции двумя специалистами одновременно или данные занятия должны быть изолированы, а совместная работа логопеда и психолога должна ограничиваться взаимодействием вне групповых занятий. Кроме того, вопрос о совместном ведении группы не всегда понятен с точки зрения трактовки термина. Так, Л. З. Арутюнян [1] пишет, что лечение заикания в психотерапевтической группе параллельно с логопедическими занятиями не всегда целесообразно. При этом в вопросе семейной психотерапии Л. З. Арутюнян [1] предлагает организовывать совместную работу логопеда и психотерапевта, имея в виду, скорей всего, совместное ведение группы с четким разделением обязанностей, где психолог отвечает за психотерапевтический процесс, а логопед отслеживает и при необходимости корректирует речь заикающегося.

В ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения города Москвы» на основе опыта совместной работы при коррекции заикания в составе двух специалистов (логопед/психолог) описанного в статье А. А. Гераськина и М. А. Богданова [3] и комплексного подхода лечения заикания, описанного В. М. Шкловским [6], была разработана программа лечения заикания, в которой изначально предусматривалась совместная одновременная работа в группе двух специалистов (логопед/психолог), но с четким распределением ролей в зависимости от блока программы. Программа рассчитана на сорок часов групповых занятий, пять недель, по выходным дням, внутри которой двадцать часов отведено логопедической и двадцать часов психологической коррекции, и условно называется группой выходного дня. Каждое занятие разделено на равные блоки, проводимые логопедом и психологом, которые последовательно меняли друг друга. Сложность занятий зависит от тяжести заикания участников группы и динамики группы.

Перед началом занятий проводится экспертная оценка, что позволяет оценить состояние пациентов (их речевой функции, фиксации на речевом дефекте, особенностей личности) с последующим формированием групп, составлением плана работы; а также познакомиться специалистам с поступившими пациентами, а пациентам – друг с другом. Повторная экспертная оценка проводится на последнем занятии. Данная экспертная оценка является субъективной, как и прочие оценки эффективности лечения заикания и подробно расписана в методическом пособии С. Ю. Асташева, В. В. Беляева, Л. Г. Бондарева, В. И. Исагулиев [2].

Логопедические блоки разработаны на основе методики В. М. Шкловского [6] и состоят из упражнений, уже описанных в той или иной модификации в работах Е. Е. Шевцовой [4, 5] и другими специалистами, работавшими с проблемой заикания. Упражнения, включенные в логопедический блок, направлены на коррекцию дыхания, регистра и тембра голоса; выработку правильного ритма и темпа речи; выработку плавной и слитной речи; овладение «эталонами», «формулами» речи; выявление потенциальных речевых возможностей, заикающихся [6, с. 178].

Психологический блок направлен на формирование положительного и конструктивного образа «Я» через осмысление своих личностных особенностей; выявление и проработку причины, послужившие формированию высокого уровня речевой тревожности; отслеживание динамики изменений фиксации на речевом дефекте; снижение речевой тревожности, стабилизацию и коррекцию эмоционального реагирования при речевом поведении и выработку эмоциональной устойчивости; осознание личностных особенностей и коррекцию собственного поведения; формирование и отработку необходимых коммуникативных навыков, особенно навыков, способствующих уверенности в себе, повышение коммуникативной компетентности.

Каждому пациенту, исходя из психического статуса, врачом психиатром индивидуально подбирались психофармотерапия, при необходимости сопровождающая коррекционные занятия.

Основными задачами, стоявшими перед авторами при разработке программы, были эффективность лечения заикания в условиях сокращенного интенсивного курса и целесообразность ведения группы двумя специалистами (логопед/психолог) одновременно, так как совместное взаимодействие позволяет оперативно реагировать на динамику группы и отдельных ее участников с максимальной результативностью.

Для понимания и оценки эффективности лечения заикания в условиях интенсивного курса результаты итоговой экспертной оценке были сравнены с итогами экспертной оценке пациентов, прошедших лечение в дневном стационаре (курс лечения – 45 суток). Так же был проведен сравнительный анализ оценки использования логопедических приемов контроля речи в жизни у пациентов интенсивного курса и пациентов дневного стационара.

При сравнении результатов итоговой экспертной оценке, мы получили следующие результаты: практической восстановления и значительное улучшение у прошедших интенсивный курс оказалось на 3 – 4% выше, чем у пациентов дневного стационара. Просто улучшения у пациентов интенсивного курса оказалось на 4% меньше. Эффективность же по шкале незначительные улучшения или без изменений у пациентов, прошедших интенсивный курс отсутствуют.

Анализ оценки использования логопедических приемов контроля речи в жизни показал, что только 3% пациентов, прошедших лечение в интенсивной группе, используют получение навыков до 29%; в то время как среди пациентов дневного стационара эта группа составляет 11%.

Анализ полученных данных свидетельствует, что предложенная программа интенсивного лечения заикания целесообразна с точки зрения ведения группы двумя специалистами (логопед/психолог) одновременно и по эффективности не уступает, результатам классического курса лечения.

#### Литература

1. Арутюнян Л. З. «Как лечить заикание: методики устойчивой нормализации речи», Эльбрус, 1993. 160 с.
2. Асташева С. Ю., Беляева В. В., Бондарева Л. Г., Исагулиев В. И. «Заикание у взрослых и его коррекция. Из опыта работы логопедов отделения логоневрозов Центра патологии речи и нейрореабилитации» Коллектив логопедов отделения логоневрозов Центра патологии речи и нейрореабилитации, Москва 2013 год.
3. Гераськин А. А., Богданов М. А. Опыт совместного проведения психологических и логопедических групповых занятий при лечении заикания в отделении логоневрозов для взрослых Центра патологии речи и нейрореабилитации департамента здравоохранения города Москвы, Альманах современной науки и образования. Тамбов: Грамота, 2017. № 6. С. 23-25.
4. Шевцова Е. Е. Преодоление рецидивов заикания. М., 2005. 128 с.
5. Шевцова Е. Е. Психолого-педагогическая диагностика и коррекция заикания. М., 2009. 272 с.
6. Шкловский В. М. Заикание: монография. М., 1994. 256 с.

**Горбачевская Н.Л., Мамохина У.А., Вершинина Н.В, Переверзева Д.С.,**

**Кобзова М.П., Сорокин А.Б.**

**Сравнительное ЭЭГ-картирование у детей с расстройствами в спектре аутизма как инструмент оценки нарушения функционирования центральной нервной системы**

ФГБНУ НЦПЗ, ФРЦ МГППУ, Москва, Россия.

[Gorbachevskaya@yandex.ru](mailto:Gorbachevskaya@yandex.ru)

**Ключевые слова:** расстройства в спектре аутизма, стандартизированные методы психологического тестирования, сравнительное ЭЭГ-картирование

**Comparative EEG-mapping in children with autism spectrum disorders as a tool for assessing the impairment of the central nervous system functioning**  
FSBSI MHRC, FRC for Autism MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** disorders in the spectrum of autism, standardized methods of psychological testing, comparative EEG mapping

**Введение.** Разработки в области нейробиологических основ аутистических расстройств могут способствовать внедрению более объективных методов ранней диагностики, раннему выявлению синдромальных форм РАС, что может значительно улучшить качество адаптации [2,3,5]. В качестве таких возможных нейробиологических маркеров аутизма на ранних стадиях онтогенеза рассматривались различные количественные параметры электроэнцефалограммы [1,4].

**Материалы и методы исследования.** Исследовались 2 группы пациентов с ОВЗ в возрасте от 3-х до 30 лет с одинаково низким уровнем адаптивных навыков (от 25 до 69 баллов), который определялся с помощью Шкалы адаптивного поведения Вайнленд-2. Одна группа включала 70 пациентов с расстройствами аутистического спектра (F 84.0 по МКБ-10, балл по опроснику SCQ более 15) и 30 пациентов с ОВЗ без аутистических расстройств (балл по опроснику SCQ менее 9). Нормативная группа включала записи ЭЭГ 700 здоровых испытуемых этого возрастного интервала. Проводилась регистрация, спектральный анализ ЭЭГ и сравнительное ЭЭГ-картирование у всех испытуемых двух групп. В результате сравнения комплекса индивидуальных спектральных характеристик ЭЭГ с нормативными данными были получены значения отклонений от нормативных данных (по Т-критерию) для каждого пациента в стандартных частотных диапазонах. В альфа-диапазоне анализировались данные спектральных характеристик в затылочных зонах коры, в тета-диапазоне- и бета-диапазонах частот - в лобно-центральных отведениях, чтобы исключить влияние миографической активности. Эти индивидуальные данные сравнивались в 5 частотных диапазонах в двух группах испытуемых с наличием и отсутствием РАС.

**Результаты исследования.** В результате анализа комплекса количественных клинических и нейрофизиологических данных были получены данные, позволяющие прогнозировать наличие особых нарушений функционирования нервной системы у лиц с ОВЗ. У пациентов с РАС было достоверно повышено содержание бета-2 активности, тогда как у пациентов с ОВЗ без РАС- повышено содержание медленной активности дельта и тета-диапазонов частот. Это подтверждает предположение о том, что расстройства аутистического спектра могут быть ассоциированы с дефицитом тормозных процессов. Достоверное преобладание медленных форм активности у пациентов без аутистических нарушений может свидетельствовать о роли органического поражения мозга в патогенезе этих расстройств. Исследование связи клинических показателей с параметрами ЭЭГ в группе пациентов с РАС позволило выявить ряд закономерностей. Так сравнение двух групп пациентов с РАС с разной возрастной динамикой по выраженности отклонений от нормативных значений ЭЭГ (по данным сравнительного ЭЭГ-картирования) в различных диапазонах частот показало, что две группы отличались в возрасте 3-8 лет достоверно только по выраженности бета-2 активности. В группе с положительной динамикой уровень активности бета-2 полосы частот был достоверно ( $P < 0,01$ ) ниже, чем в группе без положительной динамики. Оценка различий в показателях ЭЭГ у пациентов с наличием, либо отсутствием регресса в анамнезе не выявила достоверных различий, также не было также получено различий по данным ЭЭГ у детей с отсутствием и наличием речи. С возрастом происходило достоверное уменьшение альфа, бета-1 и, особенно бета-2 активности, что говорит об определенной нормализации показателей ЭЭГ у пациентов старше 8 лет, поскольку средние показатели в группе пациентов от 8 до 26 лет не выходили за границы 2-х стандартных отклонений.

**Заключение.** В результате проведенного психологического и нейрофизиологического исследования у пациентов с нарушением психического развития были зарегистрированы изменения определенных параметров ЭЭГ, указывающие на характерные для расстройств аутистического спектра нарушения функционирования ЦНС. Наличие достоверного увеличения значений спектральной плотности бета-2 активности в лобно-центральных зонах коры в сравнении с нормативными ЭЭГ-

данными, у детей с РАС в возрасте от 3-х до 8 лет может свидетельствовать о нарушении соотношения тормозных и возбудительных процессов в ЦНС при этом расстройстве.

#### Литература

1. Горбачевская Н.Л., Якупова Л.П., Кожушко Л.Ф., Башина В.М., Симашкова Н.В., Амелин С.Н. Топографическое ЭЭГ-картирование в детской психиатрии // Физиология человека, 1992, 18(6): 40-48.
2. Kawakubo Y., Kasai K., Okazaki S., Hosokawa-Kakurai M., Watanabe K., Kuwabara H., et al. Electrophysiological abnormalities of spatial attention in adults with autism during the gap overlap task. Clin. Neurophysiol. 2007 118: 1464–1471.
3. Orekhova E.V., Stroganova T.A. Arousal and attention re-orienting in autism spectrum disorders: Evidence from auditory event-related potentials. Front Hum Neurosci. 2014, 8:34
4. Padmanabhan A., Garver K., O’Heam K., Nawarawong N., Liu R., Minshew N., Sweeney J., Luna B. Developmental changes in brain function underlying inhibitory control in autism spectrum disorders. Autism Res. 2015 8(2):123-35
5. Pereverzeva D.S., Gorbachevskaya N. L. Neurobiological Markers for the Early Stages of Autism Spectrum Disorders // Neuroscience and Behavioral Physiology, Vol. 47, No. 7, September, 2017, 758-766

**Городнова М.Ю., Коломиец И.Л.**

**Применение ко-супервизии в повышении квалификации медицинских (клинических) психологов**

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

**Ключевые слова:** супервизия, обучение психологов, гештальт-терапия

**Gorodnova M. Y. Kolomiets I. L.,**

**The use of co-supervision in the professional development of medical (clinical) psychologists**

FSBEI HE "NWSMU n.a. I.I. Mechnikov" MOH Russia, Saint Petersburg, Russia

**Keywords:** supervision, training of psychologists, Gestalt therapy

Высокая распространенность синдрома эмоционального выгорания среди медицинских (клинических) психологов, проходящих повышение квалификации на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии [2], диктует необходимость включения супервизии в программы дополнительного профессионального образования. Супервизия – это один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психотерапии, клинической психологии [3]. Авторами неоднократно доказан саногенный потенциал супервизии [1, 3]. В рамках дополнительных программ обучения медицинских (клинических) психологов на кафедре регулярно проводится супервизия. Кроме того, разработана отдельная программа дополнительного профессионального образования «Супервизия и балинговские группы в профессиональной поддержке помогающих специалистов». В рамках выполнения указанной программы проводилась запись стенограммы занятий, анализ которых лег в основу описания применения ко-супервизии. Супервизия осуществлялась парой ко-супервизоров, которая сформировалась из пары ко-терапевтов. Их совместная работа началась с проведения групповой психотерапии. Пара ко-супервизоров состоит из врача-психотерапевта и медицинского психолога. Методология супервизии основана на гештальт-подходе. Оба специалиста проходили обучение супервизии в программе «Супервизия в гештальт-терапии», под руководством магистра гештальт-психотерапевта R.E. Лотра члена EAGT (Европейская Ассоциация Гештальт-терапии) и NVAGT (Нидерландско-Фламандская Ассоциация Гештальт-терапии и Гештальт-теории), проводимой в рамках совместной инициативы институтом NSG (Нидерландское Общество Гештальта) Амстердам, Голландия и Интегративного Института Гештальт Тренинга Санкт-Петербург, Россия.

Процесс супервизии имел следующую структуру: преконтакт (осуществлялся в виде осознания участниками присутствия в группе и дифференциации своих интересов), контактирование (происходило путем формирования фигуры супервизионного запроса и выбора трех протагонистов), финальный контакт (осуществлялся в форме внутригруппового взаимодействия в малой группе при содействии ко-супервизоров), постконтакт (участники всей группы давали обратные эмоциональные связи на ситуацию взаимодействия в малой группе, обращали внимание на схожесть профессионального опыта). Процесс ассимиляции опыта продолжался за пределами группы, о чем участники сообщали на следующем занятии. Подобная модель проведения супервизии давала возможность обсудить наибольшее количество случаев за короткий промежуток времени. Ко-супервизоры поддерживали и фасилитировали индивидуальный и групповой процессы. Парал-

тельные процессы, разворачивающиеся в многоуровневой ситуации взаимодействия, находят отражение в коммуникациях, их резонанс становится фигурой, разрешаемой супервизионной ситуацией. Способом взаимодействия ко-супервизоров является открытый участникам диалог. Диалог, разворачивающийся между ко-супервизорами, является одним из феноменов ситуации взаимодействия между ко-супервизорами и супервизируемыми, специалистами и клиентами. Этот диалог по принципу нисходящих параллельных процессов может вноситься в коммуникацию специалист – пациент или пациент – пациент, если речь шла о детско-родительской диалде, супружеской паре или семье.

Контактирование осуществлялось при помощи приемов фокусировки супервизируемого на потребности ситуации, что в гештальт-терапии предполагает равное внимание как потребностям специалиста, так и потребностям пациента. Контактирование всегда происходит с чем-то. Содействие в осознании происходило путем обращения внимания на телесные ощущения, эмоциональные переживания, когниции. Это помогало становиться значимым и видимым во взаимодействии незавершенных процессов, которые находили способы завершения и содействовали получению новизны. Контактирование приносит удовольствие, достигается некоторая цель, удовлетворяется некоторая потребность. Ко-супервизоры с помощью включенности (или, как принято обозначать, в психоанализе проективной идентификации) отражал интро- и интерперсональные процессы, что содействовало осознанию ситуации, побуждая к поиску новых способов контакта. Приглашая супервизируемого включиться в ситуацию, посмотреть на мир глазами пациента, супервизоры создавали ситуацию, в которой обретался новый смысл и новый способ межличностного взаимодействия.

Будучи приверженными идеи диалога и релятивизма супервизоры побуждали рассматривать симптом как способ контактирования, приближения к Другому в поиске возможности быть услышанным и увиденным в своей потребности. При этом «быть с Другим» рассматривается как врожденная витальная потребность [5].

Следование этим приемам позволило создать принимающую, контейнирующую, доверительную среду, способствующую совладать с нарциссической уязвимостью специалистов и сформировать устойчивую мотивацию к супервизионной практике. Подобный подход, по отзывам участников группы, способствовал росту энергии, ощущению новизны, увеличению интереса к работе, вдохновению, поиску и творчеству. Как супервизоры мы считали своей задачей расширить ресурсы специалистов, укрепить их самоподдержку и способность принимать поддержку окружения, следуя основному принципу гештальт-терапии: «Фокусировать на том, что уже есть, а не на том, чего нет».

#### Литература

1. Городнова М.Ю. Актуальные вопросы теории и практики супервизии врачей-психотерапевтов и медицинских психологов (в парадигме гештальт-терапии) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 6 (17). – URL: <http://medpsy.ru>
2. Городнова М.Ю. Оценка эффективности и удовлетворенность работой и синдром эмоционального выгорания специалистов в среде наркологического стационара // Наркология. – 2014. - № 8. – С. 70-75.
3. С.А.Кулаков Трудности и ошибки в психотерапии: Учебное пособие для супервизоров и психотерапевтов. – Издательские решения, 2017. – 164 с.
4. Ф.Плоткин Синдром эмоционального выгорания: фантом или клиническая реальность? // Теория и практика охраны психического здоровья. – 2015. - №1. – С.121-141.
5. Self-полифония современных идей в гештальт-терапии. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2016. – 450 с.

**Горохов К. В., Корнилова О. А.**

**К вопросу оказания психологической помощи лицам, затронутым эпидемией ВИЧ**

СФ ГАОУ ВО МГПУ, МБУЗ «ЦРБ мо Новопокровский район»

Краснодарский Край, станция Новопокровская, Россия

[kinill.gorohov@inbox.ru](mailto:kinill.gorohov@inbox.ru), [KornilovaOA@mgpu.ru](mailto:KornilovaOA@mgpu.ru)

**Ключевые слова:** ЛЖВС; психологическая помощь; медицинская психология; методические рекомендации

**Keywords:** PLWHA; psychological assistance; medical psychology; guidelines

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения с начала эпидемии ВИЧ/СПИД в 2016 году в мире насчитывалось 36,7 млн. человек, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), 1 млн. из этого числа скончались в течение 2016 года, всего в результате эпидемии было зарегистрировано свыше 70 млн, как видно из статистических данных, более половины из них скончались от СПИДа и отсутствующих заболеваний [2,4].

Эпидемия ВИЧ-инфекции как в мире, так и в Российской Федерации распространяется, имеет мозаичный и генерализованный характер [2,6]. Доказательством того, что инфекция приобрела генерализованный характер служит то, что за время наблюдения за статистикой ВИЧ-инфекция от концентрированной в группах риска (больные наркоманией, лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией, коммерческие секс-работники) перешла в социально благополучные слои общества. ВИЧ - инфекция начала распространяться среди социально адаптированного населения вне групп обычного риска, путь передачи инфекции преимущественно - гетеросексуальные половые контакты.

Под термином «старение» эпидемии ВИЧ-инфекции понимают, в первую очередь, возрастной фактор волны эпидемии, утяжеление диагноза при сочетании ВИЧ с соматической, неврологической и психической патологией, появление штаммов вируса резистентных к схемам ВААРТ и увеличение срока жизни и возраста ЛЖВС. Психические, социальные, психологические проблемы на фоне эпидемии ВИЧ в мире препятствуют оказанию помощи ЛЖВС, снижают их качество жизни, профессиональную и социальную адаптацию людей живущих с ВИЧ в социуме [8-9,3,5,7]. Как стремительно изменяется структура эпидемии, так и стремительно изменяется психологический портрет ее участников. С вовлечением социально - благополучных и адаптированных слоев социально психологический портрет ЛЖВС кардинально изменился, более половины ЛЖВС живут законным или гражданским браком, воспитывают детей и создают дискордантные пары (один из супругов ВИЧ-инфицирован) и пары, где оба супруга имеют положительный статус ВИЧ, проходят курсы ВААРТ, имеют приверженность к лечению и рожают здоровых детей. В этом значимую роль играет социально-психологическая помощь, нацеленная на пропаганду материнства и детства, рождения женщинами с положительным статусом полностью здоровых детей.

Вхождению в подростковый возраст детей с диагнозом ВИЧ при правильной психологической и социальной помощи семье способствуют профилактика передачи вируса и адаптация подростка с ВИЧ в социуме. К сожалению, испытывающие стигматизацию семьи не могут обратиться за психологической помощью в существующие структуры (ПМПК, отделы по защите прав несовершеннолетних) ввиду специфики их функционала, отсутствия информации о ВИЧ и опыта данной работы с указанной категорией населения. В настоящее время для решения нарастающих психосоциальных проблем в региональных центрах борьбы и профилактики ВИЧ/СПИД и инфекционных заболеваний действуют кабинеты психологической или психосоциальной помощи.

В 2017 году в рамках научно-исследовательской работы на базе образовательного и медицинских учреждений СФ ГАОУ ВО МГПУ, ЮОЦПБ со СПИДом ФБУН РостовНИИ микробиологии и паразитологии Роспотребнадзора и МБУЗ «ЦРБ мо Новопокровский район» была организована работа, направленная на структурирование работы отделов психосоциальной помощи и разработку их методического сопровождения, обеспечившая реальную помощь Центрам Борьбы и Профилактики ВИЧ/СПИД.

В разработанных методических рекомендациях «Организация и методическое обеспечение психосоциальной помощи в Региональных Центрах борьбы и профилактики ВИЧ/СПИД и инфекционных заболеваний (организация, формы и методы работы) описаны основные принципы, цели, задачи и этапы оказания психологической и психосоциальной помощи пациентам. Кроме того, в рекомендациях представлена система оценки качества групповых и индивидуальных форм психо-

логической интервенции (формы протоколирования, документальное обеспечение психологической интервенции).

В приложении к методическим рекомендациям на электронном носителе (CD-диск) представлены образцы документального обеспечения работы медицинских психологов, а так же темы образовательных семинаров- тренингов и кинолекторий для проведения «Школы пациента» или группы взаимопомощи для социально адаптированных слоев общества, затронутых эпидемией ВИЧ, несовершеннолетних из числа ЛЖВС, детей лиц живущих с ВИЧ. Так же в приложении к методическим рекомендациям представлены разработанные Н.А.Гринченко (Елецкий Государственный Университет им И. Бунина) «Уроки нравственности и здоровья: идеи для классного часа», которые позволяют медицинским психологам центров Борьбы и Профилактики ВИЧ/СПИД подготовить лекционные занятия по профилактике зависимостей и укреплению нравственных основ для учащихся средних и старших классов общеобразовательных школ [1].

Структурирование работы отделов психосоциальной помощи, их развитие, увеличение штата медицинских психологов, участвующих в оказании психосоциальной помощи в Центрах Борьбы и Профилактики ВИЧ/СПИД, позволяют решать возникающие у ЛЖВС проблемы во взаимоотношениях с государственными структурами, пропагандировать необходимость лечения, ценности материнства, детства и семьи, внося огромный вклад в общую профилактику ВИЧ/СПИД.

#### Литература

1. Гринченко Н. А. Уроки нравственности и здоровья (идеи для классного часа). – Елец: ЕГУ им. И.А. Бунина, 2014. – 84 с.
2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.who.int/dg/ru> (проверено 01.02.2017)
3. Комиссия по социальным детерминантам здоровья (ВОЗ) [Электронный ресурс] - Режим доступа: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/ru](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/ru) (проверено 22.10.2017)
4. Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД. Технический обзор.— AIDSTAROne.—USAID.—2010.—23с.
5. Саффинова В.А., Штанг О.М., Зусьман А.А. Клиника, диагностика стрессовых расстройств и нарушений адаптации. (F 43.1. МКБ - 10) // Альманах клинической медицины. - 2005. - №8-3. - С.204-206
6. СПб ГБУЗ "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.hiv-spb.ru> (проверено 22.10.2017)
7. Халезова Н.Б., Незнанов Н.Г., Беляков Н.А. ВИЧ-инфекция и психические расстройства: Современный взгляд на проблему // Медицинский Академический Журнал. - 2014. - Т.14.- №3.С. - 14-32
8. Bhaskaran K., Mussini C., Antinori A., Walker A.S., D'Arce M., Sabin C., Phillips A., Porter K. Changes in the incidence and predictors of human immunodeficiency virus associated dementia in the era of highly active antiretroviral therapy // Ann Neurol.— 2008.—Vol. 63.— P. 213–221.
9. Power C., Boisse L., Rourke S., Gill M.J. NeuroAIDS: an evolving epidemic // Can J Neurol Sci.— 2009.— Vol. 36.— P. 285–295.

**Горьковая И.А., Мисляева А.В.**

**Копинг-стратегии подростков с нарушениями зрения: гендерный аспект**

РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия,  
[iralgork@mail.ru](mailto:iralgork@mail.ru), [a.miklyeva@gmail.com](mailto:a.miklyeva@gmail.com)

**Ключевые слова:** копинг-стратегии, подростки, нарушения зрения

**Gorkovaya I.A., Miklyeva A.V.**

**Coping-strategies of adolescents with visual impairments: gender dimension**

Herzen University, Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** coping-strategies, adolescence, visual impairments

**Введение.** Становление механизмов совладания с трудными жизненными ситуациями является одной из важных задач подросткового возраста, решение которой протекает в контексте интенсивного личностного развития подростков, включающего формирование гендерной идентичности. Исследованиями показано, что в старшем подростковом возрасте гендерная специфичность копинг-поведения последовательно возрастает [1], и к окончанию подросткового возраста и началу юношеского периода гендерные различия стратегий совладания с жизненными трудностями весьма заметны [2], что обеспечивает, в первую очередь, повышение успешности в социальном взаимодействии, однако оказывает неоднозначное влияние на эффективность копинг-поведения мальчиков и девочек. В этом контексте приобретает особую актуальность изучение гендерной специфич-

ности копинг-поведения подростков с ограниченными возможностями здоровья, в случае которых спектр потенциальных жизненных трудностей значительно более разнообразен. В данной статье представлены результаты изучения гендерной специфики копинг-стратегий, предпочитаемых подростками с нарушениями зрения.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 173 подростка в возрасте 13-16 лет, в том числе 61 подросток (20 девочек и 41 мальчик) с нарушениями зрения различной степени тяжести: 22 подростка с глубокими нарушениями зрения (тотально слепые и с остаточным зрением менее 0,05%) и 39 слабовидящих подростков. Группу сравнения составили 112 условно здоровых подростков 13-15 лет, из них 59 девочек и 53 мальчика. Для сбора эмпирических данных применялся «Опросник изучения стратегий копинг-поведения» (Е. Хейм), диагностика проводилась в формате индивидуальной беседы. В статье представлены результаты сравнительного анализа, осуществленного с помощью  $\phi^*$ -критерия Фишера.

**Результаты.** Согласно полученным результатам в выборке условно здоровых подростков наблюдаются выраженные гендерные различия предпочитаемых копинг-стратегий. Так, среди когнитивных копинг-стратегий мальчики чаще выбирают стратегии «придание смысла» (26,8 % в выборке мальчиков против 8,5 % в выборке девочек,  $\phi^*=1,98$ ,  $p<0,05$ ) и «проблемный анализ» (17,3 % и 6,4 % соответственно), имеющие довольно высокий адаптивный потенциал, в то время как девочки оказываются несколько более склонными к предпочтению неадаптивных копинг-стратегий (суммарный показатель неадаптивных копинг-стратегий когнитивного порядка составляет 42,5 % в выборке девочек и 23,8 % в выборке мальчиков). Среди эмоционально-ориентированных копинг-стратегий в группе условно здоровых подростков мальчики достоверно чаще предпочитают стратегию «подавление эмоций» (31,7 % в выборке мальчик против 14,9 % в выборке девочек,  $\phi^*=1,64$ ,  $p<0,05$ ), девочки чаще используют стратегию «покорность» (17,0 % и 2,4 % соответственно), обе стратегии являются неадаптивными. Поведенческие копинг-стратегии носят несколько более адаптивный характер у девочек (40,5 % против 24,4 %), которые значительно чаще, чем мальчики, предпочитают стратегию «альтруизм» (17,0% против 2,1 %), в то время как для мальчиков более предпочтительна стратегия с более низким адаптивным потенциалом «отвлечение» (29,7 % против 12,7 %,  $\phi^*=2,45$ ,  $p<0,01$ ). Обобщая, отметим, что копинг-поведение мальчиков несколько адаптивнее в контексте использования когнитивных стратегий, девочек – поведенческих. В целом, выявленные различия, на наш взгляд, соответствуют традиционным представлениям о маскулинных и фемининных качествах личности и свидетельствуют о том, что формирование копинг-поведения условно здоровых подростков находится в тесной взаимосвязи со становлением гендерной идентичности.

В выборках подростков с нарушениями зрения гендерная специфика предпочитаемых копинг-стратегий прослеживается менее ярко. Так, на материале группы подростков с глубокими нарушениями зрения различия обнаруживаются только в предпочтениях копинг-стратегий когнитивного блока: мальчики так же, как и в группе условно здоровых подростков, чаще предпочитают «проблемный анализ» (38,5 % против 11,1%); девочки отдадут предпочтение стратегии «установка собственной ценности» (55,6 % против 15,4 %). Среди эмоционально-ориентированных копинг-стратегий и девочки, и мальчики чаще отмечают адаптивную стратегию «оптимизм», в числе предпочитаемых поведенческих копинг-стратегий – адаптивные копинг-стратегии «сотрудничество» и «обращение». Обобщая результаты, можно констатировать, что для девочек с глубокими нарушениями зрения более характерны адаптивные копинг-стратегии поведенческого блока (58,3 % против 27,2 %), в то время как мальчики предпочитают более адаптивные эмоционально-ориентированные стратегии (53,8 % против 36,4 %).

Слабовидящие мальчики-подростки, также как и их условно здоровые сверстники, чаще предпочитают адаптивные копинг-стратегии когнитивного блока, прежде всего, «придание смысла» (26,4 % в выборке мальчиков при нулевом результате в выборке девочек). Девочки чаще склонны использовать неадаптивную стратегию «диссимуляция» (33,4 % против 14,8 %). Предпочитаемые копинг-стратегии эмоционального блока в выборке слабовидящих подростков также схожи с выбором условно здоровых подростков: мальчики чаще предпочитают стратегию «подавление эмоций» (48,1 % против 16,7 %), как для мальчиков, так и для девочек характерно предпочтение «оптимизма». В сфере поведенческих копинг-стратегий выраженных различий не выявлено. Таким



образом, можно предполагать, что в ситуации нарушений зрения степень опосредования копинг-стратегий процессами формирования гендерной идентичности ниже, чем в случае условно здоровых подростков.

**Выводы.** Гендерная специфика предпочитаемых копинг-стратегий в группах подростков с нарушениями зрения разной степени тяжести проявляется в меньшей степени, чем в выборке условно здоровых подростков. Гендерно-неспецифичным оказывается предпочтение адаптивных стратегий «оптимизм» (независимо от тяжести зрительных нарушений), а также «сотрудничество» и «обращение» (для подростков с глубокими нарушениями зрения, что, вероятно, обусловлено объективной необходимостью помощи со стороны других людей в широком диапазоне жизненных ситуаций). В случае мальчиков наиболее адаптивный характер носят предпочитаемые ими когнитивно-ориентированные стратегии (независимо от тяжести нарушений), в случае девочек – поведенчески-ориентированные стратегии (для группы подростков с глубокими нарушениями зрения). В целом, в ситуации нарушений зрения становление системы предпочитаемых копинг-стратегий оказывается в меньшей степени опосредованным процессами формирования гендерной идентичности, чем среди условно здоровых подростков.

#### Литература

1. Бартош О.П., Бартош Т.П. Возрастные и гендерные особенности копинг-поведения подростков // Вестник Южно-Уральского Государственного Университета. Серия: Психология. 2012. № 6 (265). С. 42-46.
2. Белашина Т.В., Лемясова Н.С. Гендерные особенности проявления механизмов психологической защиты и копинг-стратегий (на материале юношеской выборки) // Развитие человека в современном мире. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Новосибирск: Изд-во Новосибирского государственного педагогического университета, 2015. С. 151-155.

*Работа выполнена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, отделение гуманитарных и общественных наук, грант 17-06-00336.*

**Горячева Т.Г.**

**Привлечение родителей к работе с детьми, имеющими нарушения в развитии при проведении сенсомоторной коррекции**

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия  
[goryacheva\\_tg@mail.ru](mailto:goryacheva_tg@mail.ru)

**Ключевые слова:** нейропсихология, сенсомоторная коррекция, произвольная регуляция, детско-родительские отношения

**Goryacheva T. G.**

**Parents Involvement in Sensorimotor Correction of the Children with Developmental Impairments**

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

**Keywords:** neuropsychology, sensorimotor correction, arbitrary regulation, parent-child relations

Метод сенсомоторной коррекции успешно апробировался нами при нарушениях психического и соматического развития детей (2,3,4). Наши исследования согласовываются с другими работами по нейропсихологической коррекции (5). При применении данного метода было отмечено существенное улучшение психического и соматического состояния ребенка, а также его функционирование при обучении и социальная адаптация. Все полученные данные показывают, что сенсомоторная коррекция доказала свою эффективность и должна являться необходимым элементом психологической работы с детьми, имеющими нарушения развития, и трудности адаптации.

С взрослением ребенка влияние врожденных особенностей и нарушений снижается и все большую роль играет воспитание. С возрастом основным механизмом регуляции деятельности становится внешний контроль со стороны родителей или замещающих их лиц, который служит основой для формирования более сложных навыков и социальной адаптации. По мере взросления этот контроль усваивается ребенком и переходит во внутренний план. Такое развитие происходит в том случае, если семья обеспечивает гармоничное воспитание и контроль над своей деятельностью постепенно переходят к самому ребенку. При чрезмерной опеке ребенка взрослыми, не создаются условия для развития самостоятельности, и существует вероятность, что личностное развитие будет задерживаться. В связи с этим мы предлагаем обучение родителей элементам сенсомоторной коррекции, которые встраиваются в ежедневную работу с ребенком, имеющим особенности психического развития и нарушения саморегуляции.

Если в семье ребенка с отклонениями развития понимают суть того, что с ними происходит, то эффективность работы специалистов намного возрастает. Специалисту по детской клинической психологии помимо знаний об особенностях механизмов имеющихся нарушений, очень важно понимать особенности переживаний родителей, имеющих проблемного ребенка и уметь вырабатывать адекватные стратегии сотрудничества. При этом продуктивное взаимодействие между родителем и психологом имеет большую ценность не только в достижении эффективности освоения любой коррекционной (в том числе и по сенсомоторной коррекции) программы, но и для качественных изменений, ведущих к развитию и адаптации ребенка, позволяя развить его собственную активность и улучшить его социализацию.

Многочисленные исследования семей с детьми, имеющими нарушения развития, показывают, что существует обесценивание родителями (особенно матерями) собственных потребностей, неготовность и невозможность принять эмоциональную помощь и поддержку со стороны специалистов. Очевидно, что родитель хочет конкретных рекомендаций, готовых рецептов помощи с соблюдением эмоциональной дистанции со стороны специалистов. О своей родительской роли родители готовы говорить только с позиции «пользы» для ребенка. Такая позиция приводит к формированию ригидного способа взаимодействия с ребенком, который истощает психические ресурсы родителя. Невозможность нормально удовлетворять собственные потребности, отрезанность от собственных нужд не позволяет создать полноценный контакт с сыном или дочерью.

Одной из важнейших задач психологической работы является постепенная выработка у родителя своей собственной позиции по отношению к ребенку, осознанию и проживанию на психологическом уровне сильной эмоциональной симбиотической связи с ребенком. Психолог должен постепенно уходить в тень, снижать уровень контроля и авторитарности, который очень актуален на первых этапах работы с ребенком и родителями. Постепенно давая возможность в первую очередь матери, самой выработать свои уникальные варианты взаимодействия с ребенком, что позволит взять ответственность за развитие своего ребенка на себя. Специалисту, работающему с дуадой мать-ребенок необходимо понимать, что хроническая скорбь - это нормальная реакция родителя на ребенка с нарушениями развития. С этой точки зрения родитель, продолжающий испытывать негативные переживания по поводу нарушений у ребенка, может оставаться заботливым и компетентным родителем.

Одним из основных реабилитационных принципов сенсомоторной коррекции детей с нарушениями в развитии является не пассивное, а активное включение родителя в данную программу. На каждом этапе этой работы родителям разъясняется значимость тех или иных упражнений, обсуждаются достигнутые цели, «профиль развития» высших психических функций у детей.

Таким образом, можно наметить два основных пути в работе с родителями детей с нарушениями развития. Первое связано с необходимостью возвращения функции контроля родителя над поведением ребенка, а второе с работой над осознанием и принятием своих чувств по отношению к болезни и состоянию ребенка.

В своей работе при обучении родителей приемам сенсомоторной коррекции мы учитывали особенности детско-родительских отношений. На более ранних стадиях развития ребенка и в начале обучающего процесса наиболее продуктивное взаимодействие будет «доминирование взрослого». Родитель помогает ребенку осваивать элементы сенсомоторной коррекции как на занятиях со специалистом, так и в домашних условиях, постепенно переходя только к контролю. По мере роста и взросления ребенка в школьном возрасте самым эффективным взаимодействием будет «сотрудничество», когда элементы сенсомоторной коррекции выполняются вместе. При этом взаимодействия инициатива и контроль попеременно переходят от родителя к ребенку и обратно. Полезно предлагать ребенку самому вести занятие. Тип взаимодействия «несогласованность действий» мы наблюдали в парах, где детско-родительские взаимоотношения были полностью нарушены. Этот тип взаимодействия проводил к более медленному получению результата. Хотя положительные изменения, происходящие в ребенке, меняли и отношение к нему родителя.

Подводя итоги нашего исследования можно сказать, что более эффективной коррекционной работа становится при участии в коррекционном процессе родителей ребенка. При выработке наиболее эффективного взаимодействия между родителем и ребенком устанавливается полноценный

ежедневный режим выполнения домашних заданий, и первый положительный результат наблюдается уже через два-три месяца от начала коррекции.

#### Литература

1. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Сенсомоторная коррекция при различных отклонениях психического развития. Неврологический вестник-ж-л им.В.М.Бехтерева том. XXXIX, -вып.1, Казань, 2007, с.93-94.
2. Горячева Т. Г., Султанова А. С. Сенсомоторная коррекция при различных отклонениях психического развития / Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2008. – Т. XL, вып. 3. – с. 56-60.
3. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. М, Академия, 2015, 272с. (изд.2-е)
4. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М., 2002.

**Грекова Е.Н.**

**Темпераментальные особенности как прогностический фактор возникновения психосоматических и невротических расстройств у младших подростков в условиях Крайнего Севера**

ГБОУЗ «МОПНД», Мурманск, Россия,  
[vesta165@yandex.ru](mailto:vesta165@yandex.ru)

**Ключевые слова:** сенсомоторная асимметрия, темперамент, Север, психосоматические и невротические расстройства

**Grekova E.N.**

**Temperamental features as a prognostic factor for the onset of psychosomatic and neurotic disorders in younger adolescents in conditions of the Far North**

Murmansk regional psychoneurological dispensary, Murmansk, Russia

**Keywords:** sensorimotor asymmetry, temperament, the North, psychosomatic and neurotic disorders

**Введение.** В современном мире заболевания психосоматического и невротического уровней широко распространены среди разных категорий населения. Как известно, особенно чувствительным к любым негативным проявлениям является подростковый возрастной период вследствие начинающихся гормональных перестроек и личностных изменений. К тому же для региона европейского Севера этот вопрос стоит наиболее остро. Например, по данным Б.А. Ревич и В.В. Малеева [2] показатели заболеваемости детей северных регионов значительно выше средних по стране. Дети на Севере находятся в неравных стартовых условиях жизни по сравнению с детьми других регионов страны. В первую очередь, из-за климатогеографических особенностей: холод, частые колебания атмосферного давления, отсутствие нормальной смены дня и ночи (полярный день и полярная ночь), воздействие факторов электромагнитной природы. Приведённые факты определяют значимость проблемы адаптации к суровым условиям северных широт. Известно, что коренным народам Севера присуще накопление левых и симметричных признаков в сенсорной и моторной сфере [1]. Было также доказано, что эти изменения носят адаптивный характер и являются следствием различного реагирования на стресс людей с разным типом латерализации сенсорных и моторных функций. В связи с этим было проведено исследование, целью которого стало изучение латеральных предпочтений в сенсорной и моторной сфере младших подростков с отклонениями в состоянии здоровья и без нарушений, а также выявление взаимосвязи латерального профиля с отдельными психологическими параметрами.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие три группы школьников 11-13 лет. Необходимо отметить, что для психосоматических расстройств часто встречающимся видом являются нарушения и заболевания желудочно-кишечного тракта, а среди невротических расстройств особый интерес представляют «Расстройства адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения», часто диагностируемые в подростковом возрасте. Итак, в первую группу «норма» вошли учащиеся гимназии - 51 испытуемый. Во вторую группу - «нарушения и заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)» - вошли пациенты Мурманской детской городской больницы (53 испытуемых). Третью группу - «расстройства адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения» - составили пациенты Центра психотерапевтической помощи детям и подросткам (50 испытуемых). Оценка типа профиля функциональной сенсомоторной асимметрии (ФСМА), включающая пробы на выявление ведущих показателей руки, ноги, глаза и уха, проводилась с помощью наиболее стабильных и часто встречающихся в литературе проб [1]. Также был использован опросник «Темперамент – формальные характеристики поведения» (российская версия) [3], направленный на изучение базисных черт темперамента.

**Результаты.** Особый интерес представляет собой сопоставление показателей интенсивности проявления черт темперамента у младших подростков, обладающих различной выраженностью латеральных предпочтений в моторной и сенсорной сферах группы «норма». Так, в группе «норма» у подростков с левым и симметричным профилем ФСМА наблюдается большая выраженность таких темпераментных характеристик, как настойчивость (15,9±2,7) и эмоциональная реактивность (14,0±2,6). Другие результаты получены у подростков, имеющих правый (показатель настойчивости - 10,3±5,3, а показатель эмоциональной реактивности – 9,1±5,2) и смешанный (показатель настойчивости - 11,4±4,5, а показатель эмоциональной реактивности – 9,6±3,7) профили ФСМА. При этом уровни значимости ( $p \leq 0,05$ ) достигают различия значений подростков с левым и симметричным профилем от подростков, имеющих правый тип профиля. В то время как в группах «нарушения и заболевания ЖКТ» и «расстройства адаптации» значимые различия исследуемых характеристик у подростков с разными латеральными предпочтениями не были выявлены.

При сравнении младших подростков с левыми и симметричными параметрами ФСМА из разных групп обнаружен феномен, свидетельствующий о том, что у подростков из группы «норма» самые высокие значения формально-динамических характеристик «настойчивость» и «эмоциональная реактивность». Данные отражены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели (в баллах) базисных черт темперамента младших подростков с левым и симметричным типом профиля трех групп

группа	Черты темперамента					
	Динамичность	Настойчивость	Сенсорн. чувств.	Эмоц. реактив.	Выносливость	Активность
1	11,4±4,5	15,9±2,7*	16,9±3,1	14,0±2,6*	9,6±3,6	12,4±4,4
2	10,5±4,0	11,2±2,3	14,0±4,1	9,5±3,6	10,2±4,5	10,8±4,6
3	8,7±4,5	11,0±5,0	13,3±3,5	8,0±2,7	8,7±2,1	9,3±3,8

Примечание: \* - отличие значений подростков группы норма от подростков, двух других групп с уровнем значимости  $p \leq 0,05$

Этот факт ранее описан не был. Можно предположить, что снижение этих параметров является прогностическим фактором возникновения заболевания либо психосоматического, либо невротического уровней. О том, что у дошкольников, подростков и взрослых людей с левосторонними предпочтениями в сенсорной и моторной сфере повышена эмоциональная реактивность было известно ранее [1]. Однако не было показано, что выявленные темпераментальные особенности могут иметь адаптивное значение в определенных природных и социальных условиях.

**Выводы.** Здоровые подростки (11-13 лет) с левым и симметричным типом профиля имеют более высокие значения параметров «настойчивость» и «эмоциональная реактивность» по сравнению с младшими подростками с другими латеральными предпочтениями. Тогда как у подростков с разными латеральными предпочтениями, имеющими отклонения в состоянии здоровья, нет различий по показателям темперамента. Среди младших подростков с левыми и симметричными латеральными предпочтениями в сенсорной и моторной сферах самые высокие значения формально-динамических характеристик «настойчивость» и «эмоциональная реактивность» отмечена в группе «норма» по сравнению с подростками из других групп. Выявленные темпераментальные особенности могут иметь адаптивное значение в определенных природных и социальных условиях, а снижение этих показателей является прогностическим фактором возникновения психосоматических и невротических расстройств у младших подростков.

#### Литература

1. Леутин В. П., Николаева Е. И. Функциональная асимметрия мозга: мифы и действительность. – СПб.: Речь, 2008. – 368 с.
2. Ревич Б. А., Малеев В.В. Изменения климата и здоровье населения России: Анализ ситуации и прогнозные оценки. – М.: ЛЕНАНД, 2011. – 208 с.
3. Стреляу Я. и др. Методика диагностики темперамента (формально-динамических характеристик поведения): учебно-методическое пособие – М.: Смысл, 2009. – 104 с.

**Григорьева Н.К., Алыко Т.Н., Ждан М.В., Лапыш О.М**  
**Реабилитационная работа с родителями детей дошкольного возраста с речевым и умственным недоразвитием**

Минский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

**Grigoryeva N.K., Alyko T.N., Zhdan M.V., Lapysh O.M.**  
**Rehabilitation work with parents of preschool children with speech and mental deficiency**  
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Анализ реальной ситуации, сложившейся в настоящее время в системе воспитания и обучения детей дошкольного возраста показал, что количество детей, имеющих отклонения в речевом и психическом развитии неуклонно растет. На это влияют экологические, биологические, социально-психологические и другие факторы. Поэтому остро встают вопросы раннего распознавания, квалифицированной диагностики и выбора адекватных методов коррекционного воздействия в работе с детьми.

Вопросы лечения и реабилитации детей с задержкой речевого и психического развития тесно взаимосвязаны и охватывают широкий круг медицинских, педагогических и социальных мероприятий. Организация всесторонней помощи таким детям в нашей стране осуществляется учреждениями здравоохранения, социальными обеспечения, просвещения и профессионального обучения.

Актуальная задача реабилитации – раннее выявление, своевременное и поэтапное оказание лечебной и коррекционно – педагогической помощи, которая осуществляется сетью учреждений, дифференцированных с учетом возраста и степени психического недоразвития. Эта сеть включает в себя специализированные ясли и дома ребенка для детей с последствиями органических поражений ЦНС и интеллектуальным недоразвитием, специализированные детские сады, центры коррекционно – развивающего обучения и реабилитации, речевые, вспомогательные школы и школы – интернаты, специализированные профессионально – технические училища для умственно отсталых подростков, а также интернаты социального обеспечения для глубоко умственно отсталых.

Согласно исследованиям Д.Б. Эльконина, в дошкольном возрасте наиболее значимой, ведущей в психическом развитии ребенка является речь. Поэтому изучению речевого развития посвящены труды многих отечественных и зарубежных ученых. В настоящее время установлено, что неполноценная речевая деятельность оказывает негативное влияние на все сферы личности ребенка: дети с трудом овладевают мыслительными операциями, у них нарушаются формы общения и межличностного взаимодействия, тормозится игровая деятельность.

Помощь детям с тяжелыми нарушениями речи и интеллекта заключается, прежде всего, в оказании поддержки их родителям. Такая поддержка должна быть направлена на развитие у них уверенности, обеспечение их реальных потребностей, общественное признание, оценку и развитие саморегуляции. Родители, воспитывающие детей с особенностями развития, страдают от недостатка информации по многим вопросам реабилитационной, учебной и воспитательной деятельности. Опыт работы с детьми, имеющими проблемы в развитии, показал, что их родителей интересуют вопросы организации общения ребенка с другими, приспособления к окружающему миру, обеспечения ему достойного будущего, наиболее эффективной помощи.

Потерявшие уверенность в себе родители не могут правильно организовать процесс воспитания в результате растерянности, разочарования, дезориентации в расстановке приоритетов и слабой морально-психологической поддержки со стороны медиков, психологов и социальных служб. Цель работы с родителями — знакомство с индивидуальными и возрастными особенностями развития ребенка, причинами возникновения задержки развития. Эмоциональное состояние родителей, иногда депрессивные эпизоды влияет на качество, оказываемой помощи ребенку. Результатом реабилитационной работы должно стать: знание и понимание ребенка родителями, принятие его таким, какой он есть. В основном работа с такими детьми включает в себя 2 этапа: консультативный и коррекционный.

Задачей первого этапа работы с семьей является ознакомление с фактами и причинами дизонтогенеза, а также изучаются индивидуальные закономерности развития ребенка. Консультативный этап включает индивидуальную форму работы с семьей. Индивидуальные консультации проводятся путем совместного осмотра психиатром, психологом и дефектологом. Каждый специалист изу-

чает и выявляет особенности развития ребенка согласно своей профессиональной компетенции. После детального обследования, которое включает в себя осмотр психиатром, дефектологом, психологом, неврологом, ЭЭГ, при необходимости МРТ. В резюме с родителями подводятся итог и озвучивается диагноз, планируется дополнительное обследование, лечение, этапы реабилитации, оценивается динамика клиника - лабораторных параметров. Интервью с родителями включает методический разбор каждого клинического случая и систематизации тактики ведения пациента. Родители не всегда адекватно воспринимают полученную информацию, иногда ищут консультации других специалистов или обращаются к знахарям. Часть родителей, иногда со слезами на глазах, адекватно воспринимают состояние ребенка и начинают работу с ним. Нам приходится проводить лечебно – коррекционную работу с родителями больных детей. По необходимости психиатр назначает им антидепрессивное – седативное лечение, проводит сеансы семейной психотерапии. Необходимы адекватные любящие своих детей родители, которые в единой связке должны работать с узкими специалистами, воспринимать ребенка таким какой он есть и задача коррекционной работой сделать так, чтобы восстановленные грани ребенка заблестели как алмаз.

Второй этап разрывание коррекционной работы. Коррекционная – воспитательная работа направлена на создание в семье оптимальных условий для развития ребенка. В данном этапе используются: беседа с каждым членом семьи, с обоими родителями, со всей семьей. Родителям даются рекомендации по оборудованию дома места для систематических занятий с ребенком. Второй этап также включает в себя определение дальнейшего образовательного маршрута в дошкольном или школьном учебном заведении. Выбора лечащего врача психиатра, индивидуального дефектолога, которые будут следить за динамикой развития ребенка.

Нам хочется остановиться на различных формах оценки родителями своего ребенка. С одной стороны это может быть адекватная оценка у родителей с гармоничными чертами характера. Другие родители воспринимают патологические проявления своего ребенка неадекватно, забрасывают работу, считая, что это кара судьбы. Часть родителей, наоборот уделяют много внимания своему ребенку, освобождая его от всех нагрузок, и воспитывают его как кумира семьи: ребенок несчастен и он должен получить от жизни все, что родители могут ему дать. С другой стороны у родителей может выработаться негативное отношение к ребенку, они раздражены и срывают свои жизненные неудачи на маленьком больном человечке. В связи с этим специалисты рекомендуют проведение семейной психотерапии, где они помогут разобраться в психическом отклонении ребенка и найти контакты с ним. Для гармоничного воспитания ребенка необходимо на наш взгляд применять все методы воздействия со стороны всех специалистов, работающих с ребенком: это должна быть коррекционная работа, дефектологическая, медикаментозное лечение и психо – терапевтические мероприятия. Мы бы рекомендовали для оценки продвижения ребенка в умственном и речевом развитии ведение папок коррекционной работы. Акцент на работе делается посредством оценок – цветов: зеленые цвет – успешное усвоение материала, желтый – необходим повтор задания, красный – задание не усвоено. Папка включает в себя домашние задания, которые родители должны выполнить с ребенком. Различие цветов - оценок дает возможность дефектологу оценить результаты работы, выявить слабые звенья работы родителей с детьми. При недостаточном продвижении ребенка эти папки дают возможность проследить слабые места, недостаточно усвоенные темы и вновь вернуться к недоработанному материалу, эта цветовая гамма позволяет оценить качество работы родителей, процесс усвоения материала ребенком, а также произвести дифференциальную диагностику.

Таким образом, с выявлением у ребенка речевого и умственного недоразвития у части родителей вырабатываются неадекватные семейные отношения, поэтому наша задача выработать у них новые жизненные позиции, дать соответствующие советы и назначения для ребенка и родителей. Ни в коем случае нельзя рассматривать речевое недоразвитие и умственную отсталость, как безнадежное состояние и предлагать родителям прекратить борьбу за улучшение развития ребенка. Наоборот необходимо направить усилие родителей на восстановление утраченных функций, выявление компенсаторных возможностей и развитие гармоничных качеств личности ребенка.

Грошкая А.А.

**Ретроспективный анализ факторов, провоцирующих делинквентное поведение у подростков**  
Оренбургский государственный институт, Оренбург, Россия  
[elena34678@mail.ru](mailto:elena34678@mail.ru)

**Ключевые слова:** дети и подростки, девиантное поведение, насилие

Groiskay A.A.

**Retrospective analysis of the factors provoking delinquent behavior in adolescents**  
Orenburg state Institute, Orenburg, Russia

**Keywords:** children and adolescents, deviant behavior, violence

Проблема подростковой агрессивности, несмотря на длительную историю изучения, не утрачивает своей актуальности. Так, согласно статистическим данным, приведённым на сайте мвд.рф, в среднем в квартал несовершеннолетними совершается 9-12 тыс. преступлений, что составляет 3,8-3,9% от общего числа преступлений. Преступления, совершённые подростками, часто носят особо жестокий характер, что во многом отражает несформированность просоциальных моделей поведения и отсутствие факторов, ограничивающих агрессивный характер деяний, совершаемых ими. В психологии нарушения поведения подобного рода принято называть делинквентным, или девиантным. Делинквентное поведение подростков – почти всегда является следствием неправильного воспитания.

Проблема детской агрессивности тесно связана с неблагополучной социализацией ребенка в обществе, за которой следует развитие девиантного поведения. Наиболее патогенным в этом ракурсе представляется насилие над ребенком в семье [1,2,3].

Обычно выделяют разные виды насилия. 1.Физическое насилие – причинение физического вреда здоровью ребенка. Чаще всего проявляется в нанесении побоев, затрещин, пинках, ударов по лицу, тряске и т.д. Также к физическому насилию относится вовлечение подростка в употребление алкогольных напитков, наркотических средств, медицинских препаратов, причиняющих вред организму ребенка. 2.Сексуальное насилие – использование ребенка для удовлетворения сексуальных потребностей или получения выгоды. Относят: половой акт (коитус), оральный и анальный секс, вовлечение ребенка в проституцию, порнобизнес и другое. 3.Психологическое насилие – проявляется в словесном оскорблении ребенка, угрозах, в унижении его самооценки, демонстрации не любви и неприязни, постоянных обвинений, предъявления требования к ребенку, не соответствующих его возрасту и физическому развитию. Также к этому виду насилия можно отнести обман, в результате которого ребенок теряет доверие к родителям. 4.Пренебрежение родителей интересами и нуждами ребенка – пренебрежительное отношение к ребенку, проявляющееся в необеспечении должным образом потребностей ребенка в пище, одежде, жилье, образовании и т.д.[1].

В дошкольном возрасте агрессивность проявляется у детей в драках из-за игрушек. Некоторые дети решают спор кулаками при нехватке логических доказательств своей правоты. Конечно, такие действия не влекут за собой большой социальной угрозы, однако при условии успешности в достижении цели таким путем у подростка формируется стереотип поведения, чреватый развитием делинквентного поведения[4, 8]. Делинквентность начинается с прогулов уроков в школе и мелко-го хулиганства, запугивания младших, отбирания или воровства мелких денег. Затем могут последовать мелкие спекуляции, небольшие кражи денег у родителей, вызывающее поведение в общественных местах и так далее. Такие проступки естественно не могут стать поводом для уголовного наказания, но часто являются причинами разбирательств в комиссиях по делам несовершеннолетних [1].

Агрессия как неприспособленность к социальной среде активно проявляется в возрасте 10-13 лет. Она проявляется в избивании и унижении младших, угоне (с целью покататься) велосипедов, хамстве и неподчинении взрослым. Наиболее ярким и крайне негативным проявлением внутрилличностной дезадаптации выступает моббинг в подростковых группах [2]. Негативным эффектом, спровоцированным крайне негативными явлениями в среде социализации ребенка, может выступить развитие преступной направленности у подростка. Все разнообразие преступной направленности М.Г. Миньковский систематизировал, выделив четыре типа малолетних нарушителей:

1. подростки с преступной направленностью (10-15%). Им свойственны простейшие, мелкие интересы, враждебность, варварство. Нередко являются организаторами преступлений, проявляют большую активность в их совершении.

2. подростки с отрицательной направленностью (30-40%). Отличаются склонностью к пустому времяпровождению, алкоголизму. Не планируют свои преступления, совершают их в зависимости от необходимости.

3. подростки с переменной, индивидуальной направленностью (25-30%). Нарушают закон с целью повышения репутации или вследствие подражания, а вскоре раскаиваются в совершенных деяниях.

4. подростки с позитивной направленностью (25-30%). Эти правонарушения являются результатом детской легкомысленности и совершаются не специально. [3]

5. Подростковая преступность, как и любое другое социально-психологическое явление, имеет свои предпосылки, условия и причины. Предпосылками могут выступить и социально-экономическое неблагополучие подростка, и правовые разногласия. Но одной из главных предпосылок преступности среди подростков является социальная среда, оказывающая определяющее воздействие на формирование личности. Особое место в этом процессе занимает семья.

Семья - это базовый социальный институт, в котором происходит формирование личностных особенностей ребенка. Но также очень часто семья попадает под влияние макросоциальных процессов, находится под воздействием новшеств в плане воспитания, также в семье происходит кризисы. Семья может стать источником формирования преступного сознания и поведения. На данный момент в российских семьях происходит снижение уровня ее функциональных возможностей [7, 10].

Все многообразие факторов семейного неблагополучия можно объединить в четыре основных типа, которые характеризуются:

1. состоянием межличностных отношений в семьях несовершеннолетних: конфликты, нежелание принять мнение ребенка, незаинтересованность жизнью подростка;

2. социально-психологическим портретом родителей: патологические изменения в психике родителей, деградация, алкоголизация и наркомания. А также травмы детства у самих родителей, то есть они сами являлись жертвами какого-либо насилия в юном возрасте;

3. сложившейся педагогической ситуацией - малообразованность родителей, первый ребенок в семье;

4. низким уровнем материальной обеспеченности, то есть неудовлетворительными жилищно-бытовыми условиями проживания детей.

На появление агрессии у ребенка, а впоследствии, и девиантного поведения не последнюю роль играет школа. Так, у подростка появляется агрессивность из-за того, что в школе его могут обижать, оскорблять, когда он чувствует себя там не комфортно. Проблему озлобленности ребенка может быть значительно смягчена преподавателями, которые владеют информацией о возможных причинах такого поведения, надлежащим надзором, интерцессией и микроклиматом в классах. Но в некоторых случаях именно педагоги провоцируют проявление агрессии у подростков. Часто учителя просят принять меры, если ребенок плохо учится или неусидчив на уроке. И в большинстве случаев родители прибегают к моральным или физическим воздействиям.[5] Подобные разногласия в среде детей также могут разрешаться посредством драк, зачастую приводящих к непоправимым последствиям.

В настоящее время всё более актуальной с точки зрения формирования делинквентного/девиантного поведения становится проблема конструктивности взаимоотношений в триаде: учитель - ученик - родители. Взаимовлияние отношений каждого из участников данной триады оказывают непосредственное отношение на эмоционально-волевою и поведенческую сферу личности ребенка/подростка. Зачастую неблагоприятное мнение педагога о ребенке становится причиной снижения доверия и доброжелательности в отношений ребенок-родители, с другой стороны, оно может приводить к попустительскому отношению родителей к ребенку. Нередко между педагогом и родителями/родителем ребенка и педагогом возникает конфликт, в результате чего педагог проецирует на ребенка претензии и негативные эмоции, накопившиеся по отношению к его маме или папе [5]



Возникает предвзятое отношение учителя к подростку. В большинстве случаев это проявляется в психологическом давлении на ученика. Дети беззащитны в таких случаях, ведь они не обладают еще нужным жизненным опытом, чтобы противостоять агрессии взрослого. Это становится условием для возникновения уже упомянутого моббинга, который, в свою очередь, становится пусковым механизмом усвоения и закрепления делинквентных форм поведения.

Независимо от значительного количества исследований и монографий, посвященных детской агрессивности, существует множество вопросов, связанных с ее причинами, которые остаются открытыми. Оценка имеющихся на сегодня психологических материалов по данной проблеме говорит о том, что закономерности патогенных механизмов, заложенных в триаде отношений педагог-подросток-родители, остаются недостаточно исследованными.[5]

#### Литература

1. Аппикиева, Л.Р., Аппикиев, А.Х., Бурсакова, М.С. Психологический феномен криминогенной направленности в структуре личности подростка с отклоняющимся поведением. // Вестник Оренбургского государственного университета. 2013. № 9 (158). С. 4-8.
2. Болдырева Т.А., Щербинина О.А. Психологическая детерминация моббинга в подростковых группах. // Психолог. – 2016. - № 4. – с. 86-101.
3. Зубова, Л.В., Кириенко, А.А. К проблеме агрессивных проявлений подростков с асоциальной направленностью личности. // Вестник Оренбургского государственного университета. 2013. № 9 (158). С. 15-21.
4. Ивашенко А.В., Зубова Л.В., Щербинина О.А. Особенности внутренней позиции младших школьников с различной направленностью личности. // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2008. № 4. С. 22-28.
5. Колосова, Т.А. Отношение родителей к своему ребенку как фактор развития адаптационных возможностей умственно отсталых подростков. // Образование и общество. 2016. Т. 1. № 96. С. 104-106.
6. Посохова, С.Т., Жуков, А.В. Переживание кризисных ситуаций и смысл жизни в подростковом возрасте. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2010. № 4. С. 74-82.
7. Сулейманова, С.Т. Делинквентное поведение подростков в современном российском обществе: факторы и социальный контроль. Дисс...кандидата социологических наук, - Пенза, 2006.
8. Тхоржевская, Л.В., Васильева, Л.И. К вопросу о факторах психоэмоционального напряжения родителей, воспитывающих детей с нарушениями интеллекта. // В мире научных открытий. - 2015. - № 5. - С. 1052.
9. Фомиченко, А.С. Причины проявления агрессии в детском возрасте. // Культурно-историческая психология. - 2010. - №2. - с. 83-87.
10. Щербинина О.А., Игнатов Т.Н. Роль материнского отношения к подростку в структуре переживания им одиночества. // Психолог. 2016. № 4. С. 115-125. Психолог. 2016. № 4. С. 115-125.

**Гуткевич Е.В.**

**Особенности адаптации молодой семьи в системе жизненных ценностей**

НИИ ТГУ, НИИ психического здоровья, Томск, Россия

**Ключевые слова:** молодая семья, супруги, психологические особенности, адаптация

**Gutkevich E.V.**

**Psychological-genetic traits of adaptation of young family in the system of life values**

National Research Tomsk State University, Mental Health Research Institute, Tomsk, Russia

**Keywords:** young family, spouses, psychological traits, adaptation

**Введение.** Предпосылками данного исследования послужили трансформация общества и основные социально-демографические тенденции современности: демографическая ситуация (расхождение брачного и репродуктивного поведения и изменение репродуктивной функции семьи при смене ранее доминирующих стереотипов значимости генетического родства), неоднозначность в понимании современной семьи (невозможность определения семьи ни с точки зрения ее количественного или гендерного состава, ни в контексте родственных связей; семья – группа людей, считающих себя семьей); изменение прав приватности частной жизни; утрата традиционных черт, укладов и функций семьи; трансформация ролевой структуры; трансляция модели поведения, в том числе, деструктивного; социально-психологические процессы в обществе (появление понятия «психосоциальный человек»), смена научных парадигм (биопсихосоциальная парадигма здоровья и болезни); достижения психологической науки (психология развития, психология личности, психогенетика), медицинской науки (биомедицина, генетика, биоэтика). Парадигмы био-психо-социо-

духовно-нравственной модели личности и «ранних вмешательств» (трансдиагностическая, персонализированная, универсальная) – группы риска, предикация риска и потребности в помощи

**Материал и методы.** Исследовали 677 человек в возрасте от 18 лет, 377 семей из регионов СФО Российской Федерации (Томская и Кемеровская области, Красноярский край) и Казахстана. Методы: клинико-генеалогический, психологический, методы математической статистики. Исследовались мотивационные особенности членов семьи, проводилась диагностика «Эмоциональности» (Русалов В.М.), использовались «Дифференциальные шкалы эмоции» (Изард К.), самооценочный тест «Характеристики эмоциональности» Е. П. Ильина, жизнестойкость (Kobasa S. C., 1979; Алфинова М. В., 2012), тест Айзенка, тест на выявление темперамента «Формула темперамента» (Белов А.), индивидуальные копинг-стратегии, семейная адаптация и сплоченность, социодиаграмма, «Крути взаимоотношений», удовлетворенность супружеством (Столин В.В., Романова Т.Л., Бутенко Г.П.), тестовая методика «Образ супруга(и)» (Туник Е.Е., 1 и 2 части методики), опросник ПЭА (понимание, эмоциональное притяжение, авторитетность) (Волкова А. Н.Ю.), методика «Общение в семье» (Алешина Ю. Е., Гозман Л. Я., Дубовская Е. М.), тест СОМО (субъективная оценка межличностных отношений) (Духновский С.В.), «Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях» (Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я.), «Правда или заблуждение» (Румянцева Т.В.) – методический комплекс «Паспорт здоровья семьи».

**Результаты.** Исследование различий эмоциональной выразительности мужчин и женщин молодого и зрелого разного возраста показало, что у женщин доминирующей является психомоторная и коммуникативная эмоциональность, а у мужчин – интеллектуальная эмоциональность. У мужчин преобладающими ситуативными состояниями являются: «Радость», «Интерес». У женщин в большей степени, чем у мужчин, преобладающими ситуативными состояниями соответственно являются: «Радость», «Интерес», «Удивление», «Стыд». В значительной степени выражены такие ситуативные эмоциональные состояния как: «Презрение», «Вина», «Страх», что важно учитывать при выборе партнера и создании семьи.

Все молодые супружеские пары отнесли свой брак к группам удачного брака или брака с определенными сложностями, с которыми они справляются. Среди взрослых пар есть различное удовлетворение браком супругами, при этом 50 % респондентов отнесли свой брак к такому, который имеет сложности. Большинство молодых супружеских пар удовлетворены своим браком (полностью удовлетворены 30 %), причем и супруг, и супруга. У 75 % супругов определяется негативная реакция на возникающие в паре конфликты и при этом пассивный характер поведения (значения от –0,94 до –0,03). У 23 % (13 человек) респондентов также наблюдается пассивный характер в конфликтных ситуациях, но при этом у них положительная реакция на возникновение семейных недоразумений (значения от 0 до 1). Для мужчин наиболее конфликтными ситуациями являются следующие: у 79 % (22 человека) с отношениями с друзьями и родственниками; у 75 % (21 человек) с проявлением доминирования одним из супругов; у 71 % (20 человек) с нарушением ролевых ожиданий. Для женщин – у 75 % (21 человек с отношениями с друзьями и родственниками; у 68 % (18 человек) с проявлением доминирования одним из супругов); у 64 % (18 человек) негативная реакция на конфликты, связанные с разногласием в отношении к деньгам. В целом, негативная реакция у большинства опрошенных респондентов в возрасте от 19 лет до 31 года, возникает на конфликты, связанные с отношениями с друзьями и родственниками (76 %), проявлением доминирования одним из супругов (69%), на конфликты, связанные с нарушением ролевых ожиданий (67%)

Семьи, не способные иметь детей, оценивают свои брачные союзы как удачные и счастливые. 56,25% супругов удовлетворены отношениями с партнером, их супружеские отношения можно отнести к благополучным. Можно предположить, что подобный уровень отношений сложился в связи с тем, что сохранение пары было осознанным выбором. Такое предположение возникает от того, что невозможность иметь детей оказывается для пары очень серьезным испытанием, из-за которого пары либо распадаются, либо становятся еще более сплоченными и отношения в них приобретают большую глубину.

Взаимосвязь между темпераментом и возрастом относительно адаптации и сплоченности существует,  $p \leq 0,01$ . Показатель коэффициента корреляции экстраверсии относительно адаптации ( $r=0,33$ ), показатель коэффициента корреляции интроверсии относительно адаптации ( $r=0,02$ ),

показатель коэффициента корреляции возраста относительно адаптации ( $r=0,07$ ). Показатель коэффициента корреляции экстраверсии относительно сплоченности ( $r=0,19$ ), показатель коэффициента корреляции интроверсии относительно сплоченности ( $r=0,02$ ), показатель коэффициента корреляции возраста относительно сплоченности ( $r=0,27$ ). Результаты двух методик «Правда или заблуждение» и «Круги взаимоотношений», показали, что 27 супружеских пар (56,25%) удовлетворены отношениями с партнером, а значит, их супружеские отношения можно отнести к благополучным.

В семьях с детьми наблюдаются разные условия и возможности для психологической адаптации детей младшего дошкольного возраста к условиям социализации – родители детей с трудностями в адаптации имеют тенденцию к конфликтным отношениям в семье, эмоциональному отвержению, к недифференцированному «Я» у членов семьи, наличию симбиотических связей, эгоцентрической направленности личности. Взаимоотношения родителей и родительско-детские отношения играют значительную роль в когнитивном развитии ребенка старшего дошкольного возраста и являются адаптационным потенциалом школьников. Психологическое здоровье детей младшего школьного возраста, в том числе проявления тревожности, связано с семейной адаптацией.

Выявление психолого-генетических особенностей функционирования молодых семей, дальнейшая разработка технологий и рекомендаций выращивания и сопровождения семьи позволит сохранять здоровье и адаптированность семьи.

**Давтян Е.Н., Давтян С.Э.**

**Феномен реметафоризации при депрессиях**

РГПУ им. А.И.Герцена, ФГБОУ ВПО СПбГУ,  
Россия, Санкт-Петербург  
[elena.davtian@gmail.com](mailto:elena.davtian@gmail.com), [stepandavtian@gmail.com](mailto:stepandavtian@gmail.com)

**Ключевые слова:** эмоции, депрессия, реметафоризация, боль

**Davtian E. N., Davtian S. E.**

**The phenomenon of remetaphorization in depression**

Herzen University, St.Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** emotions, depression, remetaphorization, pain

Несмотря на постоянный интерес исследователей к эмоциональной жизни человека, проблема взаимоотношений эмоциональных переживаний и слов, обозначающих эмоции, до настоящего времени не имеет однозначного решения в науке и в общем виде сводится к «ярлыковому» и «конструктивистскому» подходам [1]. Согласно первому подходу, название эмоции – это ярлык, который навешивается на существующие независимо от слов эмоции. Конструктивистский подход утверждает, что слово неразрывно связано с переживанием, а сам акт именования содействует созданию эмоций. Согласно А. Вежбицкой, в любом языке за любым эмоциональным понятием стоит специфический для данной культуры сценарий, на основе которого «носитель языка может моделировать чувства и интерпретировать эмоции» [1, с. 345]. Это утверждение лингвиста подтверждает справедливость позиции социального конструктивизма в вопросе о происхождении эмоций.

Слово, основной материал внутренней жизни, – продукт социального развития и имеет свою историю. В современном языке широко используются слова *чувства* и *эмоции*. Однако *эмоция* – слово относительно новое для русского языка и вошло в употребление лишь в конце XIX века [2]. Слово *чувство* – известно с XI века (древнерусское *чувство*) как способность ощущать, воспринимать внешние воздействия, испытывать что-то. В значении слова до настоящего времени тесно переплетены телесные и эмоциональные переживания (от *слышать, внимать*; ср. с *чують* [3]). По мере эволюции человеческого мира в древнем телесном чувстве/ощущении развивалась эмоциональная составляющая. Постепенно чувство «осмыслилось разумом» и именовалось. Понятие в имени развивалось через метафору «как продолжение словесных образов, заложенных в корне слова» [4, с.320], в результате чего появлялись новые слова, обозначающие эмоции (процесс *метафоризации*). Этимология некоторых эмоциональных слов русского языка [3,5]: *печаль* – от глагола *печь*; *горе* – от *гореть*; *мучение, мука* – от *мать*; *тоска* – от *теснить, давить*; *сожаление* – от *жалить*; *злость* – от *грызть* и т.д. В дальнейшем метафорическое начало в словах ослабевало и постепенно утрачивалось в сознании носителей языка (процесс *деметафоризации*). Только к началу XX века

частные особенности конкретного проявления чувства были обобщены и представлены в русском языке как эмоции [4].

История слов учит, что процесс «эмоционального синтеза» неотделим от «вербального синтеза» словесных знаков (слов, обозначающих эмоции): «*Конкретные ощущения физиологического характера сгустились в психические комплексы видовых чувств* с тем, чтобы, наконец, преобразоваться в социально важные *робы эмоций*. Именно такое движение мысли: ощущения > чувства > эмоции» [4, с. 320]. В основе многих эмоциональных слов русского языка лежит фундаментальное чувство, универсальный указатель на страдание, обозначаемый в языке словом *боль*.

В классической психиатрии психоз понимается как регресс, возврат к филогенетически более старым формам реагирования. Однако, по-видимому, психический регресс неотделим от регресса языкового. По нашему предположению, при аффективных психозах происходит психический и речевой («возврат в прошлое»), начинают функционировать процессы, обратные естественной (метафоризация > демегафоризация) эволюции языка. При эндогенных депрессиях запускается патологический процесс *реметафоризации* [6,7]: современные способы обозначения эмоций редуцируются в высказывания больных и эмоциональные слова возвращаются к своим древним телесным корням. Языковой механизм этого перехода очевиден, при развитии депрессивного состояния (меланхолии) больной начинает чувствовать то, чего никогда не бывает в норме (то, что не имеет никакого культурно-исторического сценария; культурный сценарий – это знание о ситуациях, в которых можно испытать такие чувства). При этом больной не имеет никаких других слов, кроме слов современного обывденного языка, для того, чтобы сказать о том, что переживает. Современные слова, обозначающие эмоции, не подходят для нового патологического опыта чувствования, и больные естественным образом возвращаются к древним телесным способам описания. Вместо слова «тоска» начинают использоваться словосочетания типа «*сдавление и тяжесть в груди*»; вместо «горя» – «*горение и жжение тела*»; вместо «сожаления» – «*проколы по всей голове*»; вместо «печали» – «*припекание мозга*» и т.д. Архаичные образы русских эмоциональных слов (*сдавление, горение, припекание, проколы*) содержат указание на то, что что-то терзает, жжет, мучит, вызывая *боль и страдание* [4]. Это латентное указание на внешний источник страдания прямо соотносится с древним (мифологическим) способом концептуализации мира, когда внутренний мир человека еще не сформирован, и негативные чувства исчерпываются телесными ощущениями, вызванными внешним воздействием. Психическая и коммуникативная деятельность больных направлена на раскрытие смысла происходящих с ними изменений. Это приводит к появлению в речи больных образных сравнений и метафор, основным содержанием которых (общим смыслом, который они выражают) является страдание и угроза жизни или здоровью.

Примеры высказываний больных: «Тоска, тревога, тяжесть в груди... как горячей волной накрывает»; «В груди как будто пережимает, как спазм постоянный... настроение серое, никакое... маета»; «В сердце боль и тяжесть... как камень в груди лежит».

В приведенных примерах отчетливо прослеживается процесс постепенного вытеснения современных эмоциональных слов этимологически родственными телесными эквивалентами, что коррелирует с нарастанием тяжести депрессивных переживаний. В первом высказывании, наряду с *тоской и тревогой*, появляются различные варианты «давящих» (*тоска* – от теснить, давить) и «обжигающих» (*горе* – от гореть, жечь) ощущений. В следующем высказывании слова, обозначающие эмоции, отсутствуют; есть давящие ощущения и метафора (*серое настроение*). В последнем высказывании, наряду с «тяжестью», есть слово «боль» как универсальный указатель на страдание и образное сравнение (*как камень в груди*).

Человеческая реальность – реальность знаковая [8]. Основная знаковая система человека – язык. Каждый существующий в языковой реальности знак содержит след другого, предшествующего знака. Слова, обозначающие негативные эмоции, восходят своими корнями к словам, обозначающим телесные воздействия, способные причинить страдания. Подтверждением этого является феномен *реметафоризации* при депрессиях.

#### Литература

1. Вежбицкая А. Язык. Культура. Познание: Пер. с англ. Отв. ред. М. А. Кронгауз, вступ. ст. Е. В. Падучевой. – М.: Русские словари, 1996. – 416 с.
2. Тарасова О. Д. Анализ лингвокультурологического поля «эмоции» в сопоставительном аспекте (на материале английского и русского языков) – автореф. дисс... канд. филол. наук – Москва, 2009. – 25 с.

3. Черных П.Я. Историко-этимологический словарь современного русского языка: в 2 т. – 3-е изд., стереотип. – М.: Рус. яз., 1999.
4. Колесов В.В. Русская ментальность в языке и тексте. – СПб.: Петербургское Востоковедение, 2006. – 624с.
5. Фасмер М. Этимологический словарь русского языка в 4 т. – М.: Прогресс, 1986.
6. Давтян С.Э., Давтян Е.Н. Реметафоризация как реконструкция утраченной языком метафоры в лексике психотических больных // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, №2, 2013. С. 66-69.
7. Давтян Е.Н., Давтян С.Э. Эмоциональные концепты русской языковой картины мира в норме и при патологии. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б.Ганнушкина. 2016; 18(2): 48-53.
8. Волошинов В.Н. (Бахтин М.М.) Марксизм и философия языка. Основные проблемы социологического метода в науке о языке. - Ленинград: Прибой, 1930. – 188 с.

**Давыдова Е.Ю., Борисов Д.Д.**

**Исследование показателей слухоречевой и зрительной памяти младших школьников с РАС**  
ФГБОУ ВО МГППУ Москва, Россия

**Ключевые слова:** слухоречевая и зрительная память, РАС

**Davydova E.U., Borisov D.D.**

**Study of the indicators of auditory and visual memory of younger schoolchildren with autism spectrum disorder**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** auditory and visual memory, autism spectrum disorder

**Введение.** Исследования нарушений когнитивных функций при различных вариантах атипичного развития показали, что выраженность когнитивного дефицита (отставание от нормы) в оценке функционирования разных психических процессов имеет связь с диагнозом [2]. В то же время становление мнестических функций имеет свои закономерности и возрастную специфику [3], что непосредственно связано с успешностью обучения [1]. Учитывая гетерогенность проявлений дизонтогенеза при расстройствах аутистического спектра, вопрос изучения конкретных характеристик процесса запоминания у детей с РАС продолжает оставаться актуальным, особенно в аспекте индивидуализации подхода к преодолению трудностей школьного обучения. Являясь системной психической функцией, память не только непосредственно обуславливает успешность обучения, но и отражает особенности когнитивных процессов, влияющие на успешность обучения детей с атипичным развитием, в частности с РАС. Важно учитывать, что запоминание конкретной информации оценивается по результатам процесса воспроизведения, который в свою очередь связан с когнитивными, коммуникативными, потребностно-мотивационными и другими психическими процессами [5]. Принципиально новым в настоящем исследовании было проведение группового тестирования в формате максимально приближенном к текущему учебному процессу, что позволило учесть дополнительные факторы, влияющие на успешность запоминания.

**Материал и методы.** Исследование слухоречевой и зрительной памяти проводилось с помощью методики «Лурия-2010», разработанной Давыдовой Е.Ю. в рамках традиционного нейропсихологического подхода к изучению памяти, основанного А.Р.Лурия. Являясь концептуальным продолжением методики «Лурия-90» [4]. Методика «Лурия-2010» имеет стандартизованную систему оценки, позволяющую выявлять индивидуальные особенности кратковременной памяти у лиц, владеющих элементарными навыками письменной речи. В исследовании приняли участие 91 ученик начальной школы в возрасте от 9 до 12 лет. Экспериментальная группа (дети с РАС) - 43 чел., учащиеся школы «Рассвет» Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра МГППУ. Контрольная группа - 48 чел. - ученики общеобразовательных школ Москвы 9-12 лет. Измерялись параметры слухоречевой и зрительной памяти (объем памяти, эффективность запоминания, объем произвольного запоминания, прочность запоминания и регуляция и контроль памяти).

**Результаты.** Сравнение показателей памяти детей с РАС и контрольной группы (критерий Манна-Уитни) выявило достоверные различия по всем исследованным показателям ( $p < 0,01$ ), за исключением параметра «регуляция и контроль зрительной памяти». Наибольшие различия были зафиксированы для параметров «эффективность запоминания» и «прочность запоминания» как для зрительной, так и для слухоречевой памяти. Эти показатели отражают характеристики мнестических процессов, связанные с активным участием индивида в процессе запоминания. Высокие пока-

затели «эффективности» свидетельствуют как о способности удерживать информацию, так и приросте продуктивности за счет сознательных усилий. У детей с РАС прирост продуктивности оказался минимальным, т.е. повторные предъявления не приводили увеличению числа воспроизведенных стимулов. Это может быть связано с несформированностью самоконтроля и навыков произвольной обработки информации, а также с преобладанием процессов механического запоминания при низком уровне мотивации. Сравнение результатов корреляционного анализа по критерию Пирсона для показателей внутри групп выявило различия в структуре связей, характеризующие специфику мнестических процессов детей с РАС. Так как для успешного обучения наиболее важным является долгосрочное запоминание информации, была рассмотрена структура корреляционных связей показателя «прочность слухоречевой памяти». Для экспериментальной группы была выявлена значительная достоверная связь между «объемом непосредственного запоминания» и «прочностью» запоминания (коэфф. Корр. Пирсона  $r=,589^{**}$ ), что может свидетельствовать о том, что итоговый результат запоминания для детей этой группы обусловлен преимущественно объемом первоначально воспринятой информации, а не совокупностью сознательных усилий для запоминания. В контрольной группе такой связи не было выявлено, но зафиксирована связь «объема произвольного запоминания» с «объемом непосредственного запоминания» ( $R=0,404^{**}$ ) и с «прочностью»  $R=0,32^{*}$ ). Меньшая выраженность указанных связей свидетельствует о большей вариативности мнестических процессов у детей этой группы, а также о том, что информация, полученная посредством произвольного запоминания, консолидируется и активно используется.

**Выводы.** Анализ полученных результатов выявил системное нарушение мнестических функций у детей с РАС, выразившееся в снижении показателей по всем исследованным параметрам. При этом нарушения памяти детей с РАС определяются как специфическими, так и общими причинами: преобладанием механического способа запоминания информации; несформированностью навыков произвольного запоминания; наличием нарушений поведения, осложняющих восприятие и воспроизведение информации. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к развитию памяти и оптимизации процесса обучения детей с атипичным развитием по следующим направлениям: коррекция нежелательного поведения, мешающего запоминанию, обучение ребенка методам активного запоминания путем направленной тренировки памяти, учет индивидуальных особенностей и специфики нарушений развития при обучении.

#### Литература

1. Давыдова Е.Ю., Горбачевская Н.Л., Якупова Л.П., Изнак А.Ф. Возрастные изменения слухоречевой и зрительной памяти у мальчиков и девочек 6-12 лет. Физиология человека. 1999. Т. 25. № 2. С. 14.
2. Зверева Н.В. Когнитивные нарушения и особенности познавательного развития при эндогенной психической патологии у детей и подростков. Психиатрия. 2013. № 3 (59). С. 10-15.
3. Микадзе С.Б. Дифференциальная нейропсихология формирования памяти в младшем школьном возрасте // Психологическая наука и образование. 3. 1999. № 2.
4. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс диагностики «Лурия-90». М. Об-во «Знание», 1991.
5. Чулпикова Н.И. Психика и психические процессы. М.: Языки славянских культур, 2015. С. 382.

**Данилина К.К., Тюшкевич С.А., Салимова К.Р., Горбачевская Н.Л.**

**Применение стандартизированных психологических методов в диагностике детей с РАС**

ФРЦ МГППУ, Научно-практический центр детской психоневрологии, Москва, Россия.  
[d-kk@mail.ru](mailto:d-kk@mail.ru), [mylist@inbox.ru](mailto:mylist@inbox.ru), [ksalimova@yandex.ru](mailto:ksalimova@yandex.ru), [gorbachevskaya@yandex.ru](mailto:gorbachevskaya@yandex.ru)

**Ключевые слова:** аутизм, расстройство аутистического спектра, ADOS-2, ADI-R, SCQ

**Danilina K.K. Tyushkevich S.A. Salimova K.R. Gorbachevskaya N.L.**

**Standardized psychological methods used in diagnostics of children with ASD**

MSUPE, FRC, Scientific and Practical Center of Pediatric psychoneurology, Moscow, Russia

**Keywords:** autism, autism spectrum disorder, ADOS-2, ADI-R, SCQ

**Введение.** Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой группу нарушений развития, которые объединяет наличие качественных нарушений социального взаимодействия, вербальной и невербальной коммуникации, стереотипных паттернов поведения, базовых нарушений эмоциональной и когнитивной сферы, своеобразия интересов и активности [4]. Данное своеобразие приводит к формированию особого вектора развития, связанного с изолированным, дезинтегративным формированием психических функций, трудностям применения и использования даже

хорошо усвоенных навыков. В последние годы отмечается существенный рост количества детей, имеющих проблемы, характерные для РАС. В связи с этим на первый план выступает необходимость в квалифицированной и комплексной диагностике.

**Материал и методы.** Настоящая работа посвящена применению протокола психологического обследования ребенка при подозрении на РАС с использованием стандартизированных методов. Существующие методы можно разделить на скрининговые и общий диагностический протокол для определения риска РАС. Скрининговые методы: социально-коммуникативный опросник (SCQ) [3], опросник на определение тяжести аутистических расстройств (CARS-2) [1], скрининговая шкала расстройств аутистического спектра (CASD), модифицированная анкета для определения риска аутизма у детей раннего возраста (M-CHAT). Общий диагностический протокол для определения риска РАС: интервью для диагностики аутизма (ADI-R); План диагностического обследования при аутизме (ADOS-2) [2]. На первом этапе, при подозрении у ребенка РАС специалистом или при предъявлении соответствующих опасений со стороны родителей целесообразно использовать скрининговые методы. Мы рекомендуем использование методики SCQ для детей, возраст которых старше четырех лет при условии, что умственный возраст составляет более двух лет. Для детей раннего возраста, рекомендуется использовать M-CHAT. Проведение скрининговых методик и подсчет результатов занимают не более 15 минут, не требуют специальной подготовки, что делает их доступными для применения не только психологом, но и врачами неврологами, психиатрами и иными специалистами, работающими с ребёнком.

В ситуации, когда баллы по скрининговым методикам превышают пороговые значения для подозрения на аутизм, рекомендуется использовать общий диагностический протокол для определения риска аутизма и РАС: ADOS-2 и ADI-R. Данные методики проводит сертифицированный специалист, проведение методики ADOS-2 занимает около одного часа, а ADI-R – около двух часов. Методика ADOS-2 является «золотым стандартом» в мире для диагностики РАС. Она состоит из интересных, нормативных условий, которые позволяют наблюдать социальное и коммуникативное поведение. Единственная группа лиц с РАС, по отношению к которой не может быть применена методика ADOS-2 – это неговорящие подростки и взрослые люди. Испытуемому предлагается только один модуль, в зависимости от его уровня экспрессивной речи и хронологического возраста. Методика включает в себя 5 модулей. Модуль Т: дети, общий уровень развития которых, а также уровень развития экспрессивной речи соответствует возрасту от 12 до 30 месяцев. Модуль 1: дети, не использующие фразовую речь постоянно. Модуль 2: дети, использующие фразовую речь, но не говорящие свободно. Модуль 3: свободно говорящие дети. Модуль 4: свободно говорящие подростки и взрослые люди. ADI-R удобен для параллельного использования с ADOS-2 и дает возможность получить полную информацию для диагностики РАС. Интервью проводится с родителями и/или педагогами (психологами, дефектологами). Методика соответствует диагностическим критериям DSM-IV.

**Резюме.** В настоящее время отечественным специалистам стали доступны стандартизированные методы диагностики РАС, которые используются специалистами во всем мире. Качественная и количественная оценка результатов исследований стандартизированными методами позволяет не только верифицировать диагноз, но и на их основании составлять план коррекционного вмешательства, а также использовать полученные данные для научных исследований.

#### Литература

1. Chesnut S.R., T. Wei, L. Bamard-Brak, D.M. Richman. A meta-analysis of the social communication questionnaire: Screening for autism spectrum disorder. Epub, 2016
2. Chojnicka I., E. Pisula. Adaptation and Validation of the ADOS-2, Polish Version. Front Psychology, 2017, 8:1916
3. Schopler E., R. Reichler, B.R. Renner. The childhood autism rating scale (CARS) for diagnostic screening and classification of autism. NY: Irvington Publishers, 1986
4. Weill V.A., S. Zavodny, M.C. Saunders. Autism spectrum disorder in primary care. The nurse practitioner, 2018, 16:43(2):21-28

Дейнекина А.С.

## Сравнительный анализ патопсихологических диагностических особенностей транссексуализма и псевдотранссексуализма

ЛРПНЦ «Феникс», Ростов-на-Дону, Россия.  
[ansday@mail.ru](mailto:ansday@mail.ru)

**Ключевые слова:** транссексуализм, гендер, половая идентичность, диагностика, патопсихология

Deynekina A.S.

## Comparative analysis of pathopsychological diagnostic features of transsexualism and pseudo-transsexualism

HRSC «Phoenix», Rostov-on-Don, Russia

**Keywords:** transsexual, gender, gender identity, diagnostics, pathopsychology

**Введение.** Психодиагностическая деятельность психолога, работающего в психиатрической клинике, направлена, главным образом, на уточнение и верификацию данных клинической диагностики, осуществляемой врачом-психиатром. Диагностика в сфере половой идентичности является крайне сложной и требующей пристального внимания специалиста, ведь пол - одна из самых сложных и многозначных научных категорий. То, что мы обозначаем полом, являет собой совокупность взаимно контрастирующих генеративных и связанных с ним признаков. Эти признаки неодинаковы у разных видов и обозначают не только репродуктивные свойства, но и весь спектр анатомических, физиологических, психических и поведенческих особенностей. Изучение механизмов развития пола позволило говорить о его трех многогранных составляющих: биологическом поле, или морфофункциональном половом диморфизме; социальном поле, или социокультуральном половом диморфизме; психическом поле, или половом диморфизме личности (А.О.Бухановский, 1994) [1].

В данной статье речь пойдет о дифференциальной диагностике псевдотранссексуализма, где желание смены пола возникает по шизофреническим, бредовым компонентам, от истинного транссексуализма (женский вариант). Так, целью исследования является анализ патопсихологических особенностей пациентов с истинным транссексуализмом и псевдотранссексуализмом. Объект исследования: пациент с истинным транссексуализмом (далее И.Т.), пациент с псевдотранссексуализмом (П.Т.).

**Методы исследования.** Основными методами исследования являются психодиагностический инструментарий, а так же клиническая беседа. Для исследования были использованы следующие методики: таблицы Шульце, корректурная проба, проба Мюнстерберга, заучивание десяти слов, методика Пиктограммы, исключение 4 лишнего (визуальная), исключение понятий (вербальная), сравнение понятий, сложные аналогии, Классификации, HADS, шкала депрессии Бека, MMPI, методика цветовых выборов Люшера, шкала Сандры Бем.

**Результаты исследования.** Когнитивная сфера И.Т. характеризуется нормативностью процессов. Так, расстройств внимания и памяти не обнаруживается, мышление последовательное, с высоким уровнем обобщения, критичным отношением к своим особенностям. У П.Т. обнаруживается неравномерность сенсомоторных реакций, нарушения опосредованного запоминания, где мышление ухудшает запоминание. Особое внимание на себя обращают особенности мышления, где обнаруживается снижение процессов обобщения, а так же актуализация слабых (латентных) признаков в 65% методик направленных на диагностику данной сферы. В аффективной сфере у И.Т. обнаруживается спокойное и ровное настроение, показатели депрессивной и тревожной симптоматики не достигают клинически значимого уровня, однако присутствуют суицидальные мысли, в случае решения вопроса о смене пола не в её пользу. В аффективной сфере П.Т. имеет место эмоциональная лабильность, проявляющаяся в смене настроения от заинтересованно-сотрудничающего, до полного нежелания вступать в контакт. Так же отмечается эмоциональная холодность к значимым другим.

Необходимо отметить, что для больных транссексуализмом, в отличие от пациентов с псевдотранссексуальной установкой на смену пола при эндогенно-процессуальных процессах, характерно наличие четко разделенных представлений о гендерных различиях мужской и женской роли, основанных не только на социально усвоенных осознанных рамках, на и на внутреннем, неосознанном,



открывающимся за счет истинности психического соответствия заявленному гендеру, восприятию границ маскулинности и феминности (О.К. Труфанова, 1996) [1]. В нашем случае, у И.Т., действительно обнаруживаются четко сформированные понятия гендерных различий. У П.Т. Образ идеального мужчины/женщины, а так же собственной идентификации размыт, по шкале Сандры Бем, в каждом из перечисленных понятий обнаруживается не преобладание гендерно-стереотипных черт, а андрогинность.

Личностный профиль И.Т. обнаруживает выраженное повышение по шкале Ms (83Тб), а следовательно выявляет преобладание таких черт, как уверенность в себе, решительность, предприимчивость, черты мужественности, независимости, самостоятельности в принятии решений. В личностном профиле П.Т. преобладающими шкалами оказались Sc (81Тб), Si (80 Тб), Pa (78 Тб), что выявляет наличие сложившихся убеждения в несправедливости и враждебности по отношению к собственному «Я», пассивность личностной позиции и большую обращенность интересов в мир внутренних переживаний, как константное свойство личности, а так же выявляет ослабление социальных контактов, отгороженность и отчужденность.

**Выводы.** Можно сделать вывод о том, что у сходных с истинным транссексуализмом состояний обнаруживаются различные особенности протекания познавательных процессов, а так же личностные особенности. Смена пола для пациента с истинным транссексуализмом – единственная возможность придти к полному соответствию со своей гендерной идентичностью. Желание сменить пол при эндогенно-процессуальном процессе является следствием нарушения мыслительных процессов, фабулой формирующегося или актуального бредового состояния.

#### Литература

1. Бухановский А.О. Транссексуализм и сходные состояния, Ростов-на-Дону: изд. Мини Тайп, 2016. – 580 с.

**Добряков И.В.**

**Перинатальная утрата как острое стрессовое расстройство (психологическая помощь)**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия  
[dobriakov2008@yandex.ru](mailto:dobriakov2008@yandex.ru)

**Ключевые слова:** перинатальная утрата, стресс, психологическая помощь

**Dobriakov I.V.**

**Perinatal loss – acute stress disorder**

V.M. Bekhterev NMRCPN of the MOH Russia, Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** perinatal loss, stress, help

В настоящее время в России недостаточно внимания обращается на организацию комплексной психологической помощи при перинатальных утратах. Между тем, пропаганда и интенсификация использования вспомогательных репродуктивных технологий, а также принятие 20 февраля 2012 года Министерством здравоохранения и социального развития РФ Приказа N 144/42 "О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения", делает эту тему актуальной. Тем более что перинатальные утраты имеют большое социальное значение и являются не только общественной, медицинской, но и психологической проблемой [2]. Переживания перинатальной утраты могут быть разной интенсивности, порой требовать серьезных психотерапевтических вмешательств [1].

Международная Балтийская классификация перинатальной смертности (NICE) классификация перинатальных потерь выделяет 13 разделов: I пороки развития; II-V антенатальная смерть; VI-VII интранатальная смерть; VIII-XII неонатальная смерть; XIII неклассифицируемая перинатальная смерть. Ситуации, включенные в эти рубрики, сопровождаются тяжелыми переживаниями женщины и членов ее семьи, связанными как с физической, так и с символической потерями. Нужно учитывать, что не только гибель ребенка, но и выявление выраженных пороков развития плода при проведении обследования во время беременности, рождение ребенка-инвалида являются перинатальными потерями, создающими хроническую психотравмирующую ситуацию, так как у членов семьи не оправдалась надежда иметь здорового ребенка. Особенно тяжело переживает это женщина. При этом речь идет о так называемой символической утрате, касающейся не потери физического осязаемого объекта (что очевидно и, как правило, признается окружающими). Потеря ожидаемого образа здорового ребенка нередко не воспринимается окружающими как утрата, но, тем не ме-

нее, вызывает у женщины не менее сильные переживания, чем утрата физическая [5]. Чем сильнее переживания, тем больше необходимо времени на то, чтобы справиться с ними [1]. С середины прошлого века принято разделять «нормальное» и патологическое горевание [7]. «Нормальное» горе необходимо женщине, чтобы выйти из кризиса: приняв его необходимость она способна смириться с болью перинатальной утраты, проститься с умершим, сохранить о нем память, но жить настоящим. Как правило, симптоматика острого горевания схожа у разных людей и характеризуется определенной психологической и соматической симптоматикой. При перинатальной утрате отмечаются 5 признаков, которые E. Lindemann считал патогномичными для «нормального» горевания: соматический дискомфорт, поглощенность мыслями об умершем, переживание чувства вины, враждебное отношение к окружающему и утрата стереотипов поведения, связанное с потерей перспективы [7]. Неоднократно предпринимались попытки описать стадии горевания и определить их примерные временные границы. Сделать это трудно, так как на интенсивность и продолжительность переживаний влияет много факторов: особенности личности, состояния здоровья, семейное положение, наличие или отсутствие детей, наличие или отсутствие поддержки окружающих и пр. то объясняет разногласия авторов, предлагающих периодизации горевания. Например, J. Garlock предложил 8 стадий горевания: шок, дезорганизация, отрицание, депрессия, вина, агрессивность, разрешение и принятие, реинтеграция [8]. Э. Кюблер-Росс выделяла 5 стадий, отмечая, что порядок их прохождения может быть нарушен, некоторые стадии могут выпадать, другие повторяться: отрицание; гнев; торговля; депрессия; смирение [6]. Наиболее широкое распространение получила классификация G. Davidson, который выделил лишь 4 стадии горевания: шока, поиска и тоски, дезориентации и страдания, реорганизации [5]. Легко заметить, что стадии Дэвидсона совпадают со стадиями динамики острого стрессового расстройства (acute stress disorder), чем собственно острое горевание и является. При остром стрессовом расстройстве выделяют 4 стадии: витальные реакции; эмоционального шока; психофизиологической имобилизации и разрешения.

Целью оказания психологической помощи при перинатальных утратах является оптимальное обеспечение «нормального» горевания, предупреждение перехода его в патологическое. Для этого последовательно соответственно стадиям решаются следующие задачи: оказание помощи в осознании реальности и необратимости утраты; в канализации неконструктивного гнева и в облегчении переживания душевной боли; в принятии мира без утраченного ребенка и в поисках своего места в мире. Эффективность психологической помощи зависит от умения выделять основные для текущей стадии задачи, конструктивно из разрешать.

Чтобы сделать доступной и квалифицированной помощью женщинам, переживающим перинатальную утрату, и членам их семей, при поддержке Комитета по социальной политике Правительства Санкт-Петербурга, НИИАГ им. Д.О. Отта СЗО РАМН, президентского гранта по развитию гражданского общества (регистрационный №17-2-009445) была разработана и начала успешно внедряться специальная программа «Продолжение жизни» (научный руководитель И.В. Добряков, руководители программ Е.В. Сусорова и В.В. Шувалова) [4]. Целью программы является организация помощи, профилактика депрессий и саморазрушающего поведения у переживающих перинатальную утрату. Созданы сайт <http://www.lifecontinues.ru/admin>, специализированный Интернет-портал по оказанию регулярной online бесплатной психологической помощи женщинам, перенесшим перинатальную утрату, членам их семьи, а также специалистам (врачам, психологам), сталкивающимся на работе с ситуациями потери ребенка. Организована и проводится консультация по телефону, оказывается бесплатная очная психологическая помощь женщинам и членам их семей. Осуществляется систематизация сведений об организациях (социальных, религиозных), обращение в которые поможет женщине легче справиться с кризисной ситуацией в связи с перинатальной потерей.

Общий информационный телефон 8 (812) 407 28 25 сайт: [www.lifecontinues.ru](http://www.lifecontinues.ru)

#### Литература

1. Волкан В., Зингл Е. (Volkan V., Zind E.) Психология горевания. Жизнь после утраты. – М.: Когито-Центр, 2014. – 160 с.
2. Денисова Т.Г. Пути совершенствования управления процессом профилактики антенатальных и интранатальных потерь на региональном уровне // автореферат дис. ... доктора медицинских наук. – Казань, 2009 – 43 с.
3. Добряков И.В., Колесников И.А. Психологические и психотерапевтические аспекты перинатальных и неонатальных потерь // Репродуктивное здоровье общества психологии и психотерапии: сб. материалов международного конгресса. – СПб., 2006. С. 156-159.

4. Добряков И.В., Фаерберг Л.М. Оказание помощи семьям при перинатальных утратах: метод. пособие. – СПб.: Медиа Глобус, 2016. – 40 с.
5. Костерина Е.М. Психологическое сопровождение перинатальных потерь. // Журнал «Перинатальная психология и психология родительства» 2004 г. №2. – С. 94-107.
6. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – К.: София, 2001. – 320 с.
7. Линдемманн Э. (Lindemann E.) Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты. – 2-е изд. / Под ред. В. К. Виллонаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во МГУ, 1993. – С. 224-232.
8. Garlock J. Coping with grief and loss, <http://users2.evl.net>.

*Работа выполнена при поддержке президентского гранта регистр. №17-2-009445*

**Долныкова А.А.**

**Стигматизации психически больных в западной и отечественной психологии**

МНИИП филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия  
[dolnyko@yandex.ru](mailto:dolnyko@yandex.ru)

**Ключевые слова:** стигматизация, душевнобольной, аут-группа

**Dolnykova A.A.**

**Mentally ill people stigmatization in domestic and western psychology**

Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of the V.Serb'sky NMRCPN  
of the MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** stigmatization, mentally ill, out-group

Пионером исследований стигматизации был Э.Гоффман [E.Goffman, 1963], который определил стигму как «процесс выделения среди других индивидов на основании отклонений от общественной нормы», причём выделение это использовалось для применения общественных санкций к этим людям. Постепенно психиатрическое научное сознание поворачивалось в сторону большего внимания к проблеме стигматизации. Успехи психофармакологии приводили к тому, что все большее число больных могло жить обычной социальной жизнью. Параллельно развивались методы психотерапевтической и реабилитационной работы с больными, в том числе и психотическими, всё более упрочивалась в сознании мирового психиатрического сообщества био-психо-социальная модель психических расстройств [А.Б.Холмогорова, 2002]. Соответственно, роль стигматизации в социальной адаптации больных, становилась всё яснее. Стигматизация, как пишет Л.Я. Серебрянская, является причиной дополнительных страданий этих людей, препятствует включению их в общественную жизнь, ухудшает социальную адаптацию, что негативно сказывается на качестве их жизни [2005]. Стигматизация затрагивает не только самого больного, но и его семью. С одной стороны, семья также становится объектом стигматизации, с другой, члены семьи могут сами стигматизировать больного [Гурович И.Я. и соавт., 2007].

В отечественной науке проблемам стигматизации долго не уделялось практически никакого внимания. Это касалось не только душевнобольных, но и больных многими болезнями, инвалидов, представителей маргинальных групп, меньшинств. Только в постсоветские годы проблемы стигматизации стали предметом научных исследований [Л.Я. Серебрянская 2005; В.С. Ястребов, И.И. Михайлова, С.А. Судаков, 2008; И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова, 2007]. Согласно исследованиям взглядов населения, проведённом В.С. Ястребовым с соавторами, 43% считают, что наиболее целесообразно изолировать психически больных от общества, а 6% что их надо уничтожать как обузу [Ястребов В.С. и соавт., 2008]. Как в мире, так и в России, согласно последним исследованиям [Ениколопов С.Н., 2013], в настоящее время просвещённость в отношении психических болезней, возможности лечения и толерантности в отношении больных имеет тенденции к изменению, однако движение происходит очень медленно.

Однако причины стигматизации больных лежат не только в социально-исторической плоскости. Они имеют и психологические корни. Возможность заботить психически пугает, и для того чтобы доказать себе, что со мной это не произойдёт, человек старается максимально дистанцироваться от больных, подчеркнуть, своё принципиальное отличие от больных. Таким образом, стигматизация больных оказывается способом совладания со страхом. [Бовина И.Б., Бовин Б.Г., 2013], проекцией на психически больных собственного страха и агрессии. [Серебрянская Л.Я., 2005].

Как можно предполагать, личностные черты также могут быть связаны со склонностью стигматизировать душевнобольных. В соответствии с дипломными исследованиями Л.Ю. Демидовой

[2009] и М.А.Лисенковой [2011] склонность к стигматизации по некоторым параметрам коррелирует с такой чертой личности как враждебность, люди с более выраженной враждебностью больше стигматизируют больных. При этом более враждебные люди больше стигматизируют и другие аут-группы [М.А.Лисенкова, 2011]. Те же исследования показали, что душевно больной воспринимается как человек, довольно далеко отстоящий от обычного человека [Л.Ю.Демидова, 2009], и не слишком добропорядочный, но отличающийся от представлений о безнравственном человеке и более творческий, чем люди некоторых других аут-групп.

Таким образом, исследования стигматизации могут дать материал для того, чтобы наметить способы её снижения, построения более адекватного и конструктивного отношения к душевнобольным в общественном сознании.

#### Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии (второе издание). – М.: ИД «Медпрактика-М», 2007.
2. Серебрянская Л.Я. Психологические факторы стигматизации психически больных. – Диссертация на соискание учен. степ. канд. психол. наук. М.: 2005.
3. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. - № 3.
4. Ястребов В.С. Михайлова И.И., Судаков С.А. Стигма в психиатрии: скрытая угроза / Под ред. Ястребова В.С. – 2-е изд. Перераб. – М.: МАКС Пресс, 2008.

**Дониченко О.Г., Коблик Е.Г., Садовникова Т.А., Сотникова Ю.А.**

**Участие в государственной итоговой аттестации обучающихся с особыми образовательными потребностями, в том числе с психическими расстройствами**

ГАОУ ДПОМЦКО, ЦПМПК, Москва, Россия  
[do1323@mail.ru](mailto:do1323@mail.ru), [soc-in@bk.ru](mailto:soc-in@bk.ru), [sotnikovaua@mail.ru](mailto:sotnikovaua@mail.ru), [tanuya99@mail.ru](mailto:tanuya99@mail.ru)

**Ключевые слова:** обучающиеся с особыми образовательными потребностями, государственная итоговая аттестация (ГИА), своевременность, межведомственное взаимодействие

**Donichenko O.G., Koblik E.G., Sadovnikova T.A., Sotnikova Y.A.**

**Participation in the state final attestation of students with special educational needs, including with mental disorders**

State Autonomous Educational Institution for Supplementary Professional Education of Moscow  
Central Psychological Medical Pedagogical Commission of Moscow, Moscow, Russia

**Keywords:** students with special educational needs, state final attestation (SFA), timeliness, interagency cooperation

Результатом обучения школьников является обязательная государственная итоговая аттестация (ГИА), завершающая освоение основных общеобразовательных программ основного общего и среднего общего образования. К ГИА допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план (ФЗ от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», ст. 59). При сдаче ГИА обучающимся с особыми образовательными потребностями, а именно, обучающимся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), инвалидностью, а также обучающимся, имеющим определенные психофизические особенности, которые затрудняют процесс развития и получения образования, необходимо создать условия, способствующие успешному завершению обучения. Эти дети зачастую осваивают основную общеобразовательную программу (ООП), но для этого им необходимы определенные условия, например, создание индивидуального учебного плана, обучение на дому с использованием дистанционных технологий, психолого-педагогическое сопровождение на протяжении всего периода обучения.

Обучающиеся с психическими расстройствами шизотипического спектра представляют одну из групп детей с особыми образовательными потребностями, многие из них не всегда являются обучающимися с ОВЗ и/или инвалидностью, однако обладают определенными характерными индивидуальными особенностями. Данные обучающиеся могли осваивать как ООП, так и обучаться по адаптированной основной общеобразовательной программе (АООП) на основании заключения Центральной психолого-медико-педагогической комиссии г. Москвы

(ЦПМПК). Соответственно, эти обучающиеся обращаются в ЦПМПК либо первично, либо повторно для получения рекомендаций по организации условий при сдаче ГИА.

Статистика показывает, что из обратившихся в ЦПМПК для получения рекомендаций по организации условий при сдаче ГИА, до 2,5% составляют обучающиеся, имеющие те или иные психические расстройства шизотипического спектра, часть из них имеет инвалидность.

При обращении в ЦПМПК для получения рекомендаций о создании условий при сдаче ГИА во внимание принимается медицинское заключение и характеристика из образовательной организации, учитывается актуальное состояние обучающегося, особенности его психофизического развития.

При проведении комплексного психолого-педагогического обследования специалистами ЦПМПК выявляются характерные особенности эмоционально-мотивационной, коммуникативной, регуляторной, познавательной сфер данной группы обучающихся. Им свойственны, как правило, следующие особенности эмоционально-мотивационной сферы: невысокий уровень мотивации при выполнении заданий, не входящих в сферу их приоритетных увлечений, или отсутствие интереса к обследованию в целом. Также характерны эмоциональная неустойчивость, вспышки неадекватной ситуации агрессии или эмоциональная холодность и монотонность. Мотивационная сфера либо крайне обеднена и уплощена, либо узко специфична. Также проявляется снижение критики к собственным достижениям, оторванные от реальности представления о профессиональном будущем. Зачастую проявляется и отсутствие целей и планов на будущее, безразличие и к обследованию, и к предстоящим экзаменам. Отчетливы и нарушения коммуникативной сферы: трудности вступления в контакт или формальный характер контакта, социальная изоляция и отчужденность. Неадекватность восприятия сверстников, агрессивность, потеря пространственно-временных и личностных ориентиров для части таких обучающихся делают невозможной сдачу экзаменов в группе сверстников.

К особенностям познавательной деятельности следует отнести разноплановость, соскальзывания, конкретность или сверхабстрактность и витиеватость суждений, трудности включения в задание и переключения на другое, инертность или лабильность мыслительных процессов, сложности обобщения, нарушения избирательности мышления. Отмечается своеобразие восприятия, понимания инструкции, работы с заданием, трудности саморегуляции, проявляющиеся в хаотичности деятельности при решении задач и нарушении контроля хода их решения. Также отмечаются трудности концентрации, распределения и переключения внимания.

Быстрая истощаемость и своеобразие мышления приводят к тому, что начав правильно выполнять задания, через несколько минут обучающийся оказывается неспособен ответить на самые простые вопросы. Неравномерность развития психических функций в целом может проявиться в больших успехах в одной сфере, например, при математических расчетах и значительных трудностях в других сферах, например, при изложении своих мыслей при ответе на открытые вопросы.

В связи с этими специфическими особенностями для таких обучающихся могут быть предоставлены условия, учитывающие их психофизические особенности, при сдаче ГИА-9 (Приказ Минобрнауки России от 25.12.2013 г. N 1394) или ГИА -11 (Приказ Минобрнауки России от 26.12.2013 г. N 1400). Далее перечислим условия, которые рекомендуются ЦПМПК обучающимся с расстройствами шизотипического спектра. Всем обучающимся с медицинским подтверждением диагноза вне зависимости от программы обучения (ООП или АООП) в случае обучения на дому или в медицинской организации ЦПМПК рекомендует:

- увеличение продолжительности экзамена на 1,5 часа;
- увеличение продолжительности экзамена по иностранным языкам (в разделе «Говорение») на 30 минут.

Обучающиеся с ОВЗ, инвалидностью могут сдавать ГИА в форме государственного выпускного экзамена (далее - ГВЭ) как письменно, так и устно. Количество сдаваемых экзаменов может быть сокращено до 2 обязательных в 9-м классе. Для обучающихся с расстройством аутистического спектра (РАС) возможен выбор письменной формы ГВЭ по русскому языку в форме диктанта с особыми критериями оценивания.

Как правило, данная категория обучающихся в течение продолжительного времени обучалась на дому (Приказ Минздрава России от 30.06.2016 № 436 н «Об утверждении перечня заболеваний,

наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому») или в медицинских организациях. В случае, если обучающийся по медицинским показаниям не может быть доставлен на пункт проведения экзамена, ему может быть рекомендовано проведение ГИА на дому. Например, обучающиеся данной категории могут отказываться посещать школу и выходить из дома, не социализированы, испытывают страх при контактах с другими, либо представляют опасность для себя и окружающих.

Таким обучающимся, учитывая склонность к аффективным вспышкам, может быть предоставлен сопровождающий на экзамене ассистент для предотвращения аффективных реакций, функцию которого выполняет педагог-психолог. В случае, если обучающийся опасен и может нанести вред себе и/или окружающим, ему может быть рекомендована отдельная аудитория.

Перечень условий при сдаче ГИА определяется ЦПМПК индивидуально для каждого обучающегося. Так, если обучающийся успешно обучался по ООП и усвоил ее, но имеет определенные психофизические особенности, он также получает рекомендации ЦПМПК по созданию условий при сдаче ГИА (увеличение времени, сопровождение ассистента, отдельная аудитория).

ГИА – итог обучения и для того, чтобы обучающийся был успешен, важно своевременно выявить его психофизические особенности, затрудняющие обучение и, соответственно, определить и создать те условия, которые помогут ему в полном объеме освоить основную образовательную программу, успешно сдать экзамены и продолжить обучение.

Таким образом, раннее выявление имеющихся трудностей в обучении, своевременная медицинская диагностика, обучение с созданием специальных условий образования, психолого-педагогическое и медицинское сопровождение обучающихся с особыми образовательными потребностями, в том числе с психическими расстройствами, приведет к последовательной системе сопровождения таких детей на всех уровнях образования. Особую роль в создании такой системы, как мы видим, играет межведомственное взаимодействие. Это, в конечном счете, поможет детям данной категории успешно сдать государственную итоговую аттестацию, эффективно самореализоваться в различных видах профессиональной и социальной деятельности, адаптироваться в жизни.

#### Литература

1. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление) //Методические рекомендации –М.,ООО «Издательство МБА», 2014.
2. Приказ Минздрава России от 30.06.2016 № 436 н « Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому» <https://minjust.consultant.ru/documents/19867>
3. Приказ Минобрнауки РФ от 25.12.2013 г. N 1394 <https://минобрнауки.рф/>
4. Приказ Минобрнауки РФ от 26.12.2013 г. N 1400 <https://минобрнауки.рф/>
5. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике – М.:Издательство Института Психотерапии, 2010.
6. Ф3 от 29.12.2012 N 273-Ф3 «Об образовании в Российской Федерации» <https://минобрнауки.рф/>

**Дунайкин М.Л., Брин И.Л.**

**Латеральные нейропсихологические синдромы перинатального генеза: психофизиологические основания, клиническая картина, возрастная динамика, варианты нервно-психического дизонтогенеза**

Семейный медицинский центр «Доктор Анна», Москва, Россия  
[dunayml@mail.ru](mailto:dunayml@mail.ru)

**Ключевые слова:** нейропсихологические синдромы детского возраста, врожденная дисфункция правого и левого полушария мозга, варианты нервно-психического дизонтогенеза

**Dunaykin M.L., Brin I.L.**

**Lateral neuropsychological syndromes of perinatal aetiology: physiological bases, clinical picture, age dynamics, variants of mental dysontogenesis**  
Family medical centre Dr. Anna, Moscow Russia

**Keywords:** neuropsychological syndromes of childhood, congenital dysfunction of the left or right brain hemisphere, variants of mental dysontogenesis

Нейропсихологический анализ нарушений психического развития детей с негрубыми перинатальными поражениями преимущественно одного из полушарий мозга от периода новорожденности на протяжении первого года жизни ребенка позволил описать латеральные, лево- и правополушарный нейропсихологические синдромы младенческого возраста. Были определены влияние стволово-подкорковых дисфункций и условий развития ребенка на их клинические проявления, выделены психофизиологические основания формирования синдромов, их связь с вариантами психического дизонтогенеза [1-3].

Результаты исследований, полученные на детях младенческого возраста, обусловили направление дальнейших работ. На большом клиническом материале (около 2000 наблюдений), включающем детей с перинатальной патологией в анамнезе, прослежено их нервно-психическое и соматическое развитие в последующие этапы жизни, изучены различные конституциональные и средовые факторы, влияющие на выраженность и динамику врожденного латерального нейропсихологического синдрома. В свою очередь, показана связь варианта латерального нейропсихологического синдрома с определенными нозологиями и выраженностью их клинических проявлений в зависимости от специфики топической организации мозговых дисфункций [4-10].

Проведенные лонгитюдные исследования позволили нам сформировать представление о латеральном, право- и левополушарном нейропсихологическом синдроме врожденного генеза как о совокупности особенностей эмоциональной сферы и поведения ребенка, когнитивных, сенсомоторных, вегетативных, обменно-эндокринных, иммунных нарушений, проявляющем свою клиническую специфичность с первых месяцев жизни, устойчивом на всем протяжении детства, имеющем характерную для каждого динамику и обуславливающим варианты нервно-психического дизонтогенеза.

С учетом особенностей развития детей с латеральными нейропсихологическими синдромами были предложены принципы дифференцированных коррекционных психолого-педагогических и лечебных воздействий, разработаны и внедрены в клиническую практику конкретные рекомендации по формированию групп риска, нейропсихологической диагностике нарушений и терапии расстройств [11-13].

#### Литература

1. Дунайкин М.Л. Нейропсихологический анализ нарушений психического развития детей первого года жизни с перинатальным поражением мозга. Автореферат диссертации ... канд. психол. наук. – Москва, 2003. –27 с.
2. Дунайкин М.Л. Нейропсихологические синдромы в младенчестве. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008; 108;1: 12-17.
3. Брин И.Л., Дунайкин М.Л., Вознякевич С.Д. Врожденные предпосылки лево- и правополушарных дисфункций мозга у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007; 4: 55 – 59.
4. Дунайкин М.Л., Брин И.Л. К вопросу о детерминантах нервно-психического развития близнецов. Педиатрия. – 2001; 2: 77-79.
5. Дунайкин М.Л. К вопросу о причинах нарушений формирования межполушарной функциональной асимметрии мозга (на примере мануальной функции). "Актуальные вопросы функциональной межполушарной асимметрии". Москва, 2001. - с. 78-79.
6. Брин И.Л., Дунайкин М.Л. Поведенческие фенотипы и преимущественная латерализация мозговых дисфункций у детей с нейрогенетическими синдромами. "Организация и пластичность коры больших полушарий головного мозга". Москва, 2001. - с. 18.
7. Брин И.Л., Дунайкин М.Л., Шейнман О.Г. Расстройства аутистического спектра у детей: вопросы терапии с позиций нейропсихологического анализа нарушений. Идеи Виктора Васильевича Лебединского в психологии аномального развития: Сб. науч. ст./ Под ред. М.К. Бардышевской, Л.С. Печниковой, А.Л. Рязькова. – М.: Акрополь, 2012. – 432 с. – с.с. 368 – 375.
8. Брин И.Л., Дунайкин М.Л., Шейнман О.Г., Долженко И.С. Нервно-психическое развитие девочек-подростков с риском нарушений репродуктивного здоровья. Педиатрия. – 2007; 86;3: 52-57.
9. Брин И.Л., Дунайкин М.Л., Шейнман О.Г. Вегетативная регуляция и нейропсихологические синдромы детского возраста. Асимметрия (Journal of asymmetry). – 2014 (8); 4: 6-23.
10. Брин И.Л., Дунайкин М.Л. Нейропсихологические синдромы перинатального генеза и дисплазии соединительной ткани у детей. Асимметрия (Journal of asymmetry). – 2016 (10); 2: 40-47.
11. Дунайкин М.Л., Брин И.Л. Способ комплексной оценки психического состояния. Патент РФ 2294215 (приоритет от 05.09.2005). Б.И. 6/2007.
12. Дунайкин М.Л., Брин И.Л., Вознякевич С.Д. Способ клиничко-психологической диагностики последствий негрубых перинатальных поражений нервной системы у детей 6-10 лет. Патент РФ 2301687 (приоритет от 1.12.2005). Б.И. 18/2007.

13. Брин И.Л., Дунайкин М.Л. Латеральные нейропсихологические синдромы у детей и подростков: принципы режима приема и дозирования препаратов карнитина. Педиатрия. – 2014 (93); 2: 68-74.

**Ермашова В.В., Каримулина Е.Г., Зверева Н.В.**

**Особенности выбора стратегии мышления при психической патологии в детском возрасте**

ФГБОУ ВО МГППУ, ФГБНУ НИЦПЗ, Москва, Россия  
[vv.ermashova@gmail.com](mailto:vv.ermashova@gmail.com)

**Ключевые слова:** мышление, стратегия мышления, дети с особенностями развития

**Ermashova V.V, Karimulina E.G, Zvereva N.V**

**Choice strategy features of the of thinking in children with mental pathology**

MSUPE, FSBSI MHRC Moscow, Russia

**Keywords:** thinking, strategy of thinking, children with developmental features

**Введение.** Исследование мышления – одна из классических тем психологии, в том числе клинической психологии. Классические работы школы Ю.Ф.Полякова были выполнены как на взрослом контингенте, так и на детском [8]. Изучались разные взаимосвязанные стороны мышления, когнитивный стиль, анализировались способы диагностики (С.М.Алейникова, В.П.Критская, Т.К.Мелешко, Н.В.Зверева и др.). Настоящее пилотажное исследование продолжает эти традиции. Основное внимание сосредоточено на анализе выбора стратегии мышления, обусловленной уровнем сформированности/доступности разных способов мыслительной деятельности. Методическим ресурсом для исследовательской работы выступала методика, разработанная Каримулиной Е.Г.[4] и основанная на работах А.Р.Лурии и его методе классификации [8]. Проведено пилотажное исследование.

**Материал и методы.** Испытуемые: 30 детей в контрольной выборке (ученики 1-3 классов младшей школы образовательного центра «Измайлово») и 13 детей в клинической выборке в возрасте от 7 до 11 (диагнозы ЗПР, резидуально-органическая патология) – пациенты психоневрологического диспансера № 19 г.Москвы. Применялась «Классификация» - оригинальная методика Е.Г. Каримулиной (2005 г.), в которой подлежащие классификации предметы подбирались таким образом, чтобы их можно было объединять по двум основаниям. Одно основание определяло вхождение в общую логическую категорию по обобщающему эти предметы признаку. Второе основание - по наглядно-образному или наглядно-действенному признаку. Третий вариант, когда оба вида группировки воспринимаются как равновозможные (рефлексивный способ). Предлагается под «образной стратегией мышления» понимать структурирование данных окружающей действительности, основанное на одномоментном восприятии и оценке объекта, обеспечивающее целостность и комплексность восприятия. Под «вербально-логической стратегией мышления» понимается структурирование данных, основанных на поэтапном лингвистическом анализе и формально-логических характеристиках объектов. Сочетание обоих подходов с объяснением рассматривалось в рамках «рефлексивной стратегии».

**Результаты.** При разнообразии стратегий выполнения заданий у детей обнаружили типичные признаки, позволяющие в целом разделить способы выполнения заданий на образный, вербальный и рефлексивный. У детей младшего школьного возраста выявляется тенденция усиления вербально-логической стратегии по сравнению с образной. У большинства детей (более 50%) 1-2 классов ведущим является образный компонент при решении задач. В 3-4 классе доминирующей становится вербальная стратегия (более 70% испытуемых) [4]. Исследование нормативной выборки детей младшего школьного возраста без особенностей развития подтвердило результаты исследования Е.Г. Каримулиной и Н.В. Маняпкиной 2005 г. Выявлено наличие тенденции смены наглядно-образной стратегии мышления на вербально-логическую у детей от 1 к 3 классу (процент детей, использующих вербально-логическую стратегию, увеличился более, чем на 30%). Дополнительно отмечено увеличение к 3 классу количества детей, осознающих возможность использования двух стратегий одновременно (более чем на 26%). Такой потенциал обнаруживался у детей с преобладанием вербально-логической стратегии мышления. Исследование клинической группы детей с особенностями развития в сопоставлении со здоровыми сверстниками показало следующее. У детей с разными формами отклоняющегося развития качественный анализ обнаруживает наличие своих предпочтений в выборе стратегий мышления (опоры на наглядно-образную или вербально-



логическую стратегию). Предварительные гипотезы исследования подкрепляются на уровне качественного анализа: наличие отклонений в развитии влияет на выбор стратегии мышления в младшем школьном возрасте. Если у группы детей с нормативным развитием (т. называемая «практическая норма») в младшем школьном возрасте мы наблюдаем предпочтительный выбор вербально-логической стратегии мышления, что говорит о включении ребенка в образовательную среду и смене движущей силы развития ребенка с игровой на учебную, то у детей с отклонениями в развитии мы видим отставание в формировании вербально-логической стратегии мышления. Для более детального анализа и полновесных выводов требуется расширение клинической выборки по количеству и по типам дизонтогенеза, введение дополнительных методик на оценку состояния мыслительной деятельности.

**Резюме:** применение нового диагностического инструментария достаточно убедительно показывает, что наличие отклонений в психическом развитии ребенка влияет на выбор стратегии мышления. Сформированность вербально-логической стратегии мышления характерна для здоровых детей, что отличает их от сверстников с отклонениями в развитии (дети с задержкой психического развития, с экзогенно-органическим синдромом и с расстройством поведения неуточненной нозологии). Тот факт, что полученные результаты укладываются в представления об особенностях мышления детей с дизонтогенезом задержанного типа (преобладание наглядно-образных форм и малодоступность вербально-логических стратегий), позволяет рассматривать данный инструмент как перспективный для работы в детской клинической психологии.

#### Литература

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в шести томах. Том 2. Проблемы общей психологии/ под ред. В.В. Давыдовой. – Москва: Педагогика, 1982.
2. Захарова Н.В. Нарушения общения и произвольная регуляция деятельности у больных шизофренией детей //Ж. Невропатол. и психiatr. им. С.С.Корсакова. 1990, т.90, вып.1, с. 94-101.
3. Иванова А.Я., Мандрусова Э.С. Сборник трудов по патопсихологии детского возраста/ под ред. Мандрусовой Э.С. – Москва – Берлин: «Директ – Медиа», 2015.
4. Каримулина Е.Г., Маяткина Н.В. Стратегии мышления как объект психологического исследования у детей младшего школьного возраста // Развитие научного наследия А.Р. Лурия в отечественной и мировой психологии: Материалы III Международной научно-практической конференции/ Под. ред.проф. В.А. Москвина. – Москва-Белгород: Издательско-полиграфический центр «Политерра», 2007.
5. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – МГУ, 1991. – Т. 256.
6. Лубовский В.И. (ред) Специальная психология. Москва: Издательский центр «Академия», 2003.
7. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – Москва: Педагогика, 1981.
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: учебное пособие для студенческих учреждений высшего профессионального образования. /А.Р.Лурия. — 8-е изд. — Москва: Издательский центр «Академия», 2013. — 384 с.
9. Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2008.
10. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста: Учебное пособие. – Москва: Генезис, 2005.

**Есейкина Л. И. Плужников И.В. Дадашев Р.Х. Вандыш-Бубко В.В.**

**Нарушения произвольной регуляции психической деятельности у лиц с органическим расстройством личности, привлеченных к уголовной ответственности: нейропсихологическое исследование**

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[lithium.es@gmail.com](mailto:lithium.es@gmail.com) [dadashev\\_rauf@mail.ru](mailto:dadashev_rauf@mail.ru), [vandysh@mail.ru](mailto:vandysh@mail.ru), [pluzhnikov.iv@gmail.com](mailto:pluzhnikov.iv@gmail.com)

**Ключевые слова:** антисоциальное поведение, регуляторные функции, нейропсихологическая оценка, судебная нейропсихология

**Eseykina L.I. Pluzhnikov I.V. Dadashev R.H. Vandysh-Bubko V.V.**  
**Impairments of executive functioning in criminally liable persons with organic personality disorder: neuropsychological study**

V.Serbsky NMRCPN of the MOH Russia, FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** antisocial behavior, executive functions, neuropsychological assessment, forensic neuropsychology

**Введение.** Согласно литературным данным, в период 1997-2003 гг. среди лиц, проходящих стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского», у 43-47% обследованных было выявлено органическое психическое расстройство [1], что указывает на высокую склонность лиц с такими нарушениями к противоправным действиям.

Большинство зарубежных данных указывают на решающую роль нарушений регуляторных функций в наступлении, устойчивости и прекращении антисоциального поведения на протяжении жизни [3; 5; 6]. Многие авторы отмечают существенный вклад различных нейропсихологических факторов [2; 4; 6]. Тем не менее, в отечественной судебной психологии наблюдается недостаток исследовательских и практических данных по обозначенной проблематике. В связи с этим с привлечением методологии нейропсихологического анализа А.Р. Лурия было проведено поисковое исследование психических функций у испытуемых с органическим психическим расстройством как самой распространенной категории правонарушителей, находящихся на судебно-психиатрическом освидетельствовании. Задачей исследования было выявление и анализ сочетаний нейропсихологических симптомов у лиц, привлеченных к уголовной ответственности, обладающих разной способностью к руководству и оценке характера и общественной опасности своих действий или бездействия.

**Материал и методы исследования.** С помощью клинко-нейропсихологического метода было обследовано 47 мужчин, привлекаемых к уголовной ответственности за совершение деяний различной степени тяжести и находящихся на стационарной экспертизе в отделении экзогенных психических расстройств (руководитель - д.м.н., проф. В.В. Вандыш-Бубко) отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в 2015-2017 гг. Критерием включения испытуемых в исследование было наличие диагноза органического расстройства личности сосудистого, травматического, смешанного или неуточненного генеза. Критерием исключения было употребление ПАВ в анамнезе, наличие сопутствующей психической, неврологической или соматической патологии, затрудняющей исследование.

По результатам решения проведенного стационарного судебно-психиатрического освидетельствования испытуемые были разделены на три группы по типу способности к осознанию фактического характера и общественной опасности своего действия и руководству им: вменяемые ( $n=10$ ), ограниченно вменяемые ( $n=27$ ) и невменяемые ( $n=10$ ) испытуемые.

Нейропсихологическое исследование проводилось с использованием специально разработанной Шкалы нейропсихологической оценки высших психических функций по схеме А.Р. Лурия, а также с привлечением отдельных методик Тестовой батареи на управляющие функции Делис-Каплан (Delis-Kaplan Executive Functions Test, D-KEFS), а именно: Теста вербальных ассоциаций (Verbal Fluency Test), Теста образной беглости (Design Fluency Test), Теста Струпа (Color-Word Interference Test), Теста «20 вопросов» (Twenty-questions Test). С помощью указанных нейропсихологических проб производилась качественная и количественная оценка состояния слухоречевой и зрительной памяти, зрительного гнозиса, слухового невербального гнозиса, оптико-пространственных представлений, интеллектуальных процессов, произвольной регуляции психической деятельности.

**Результаты и обсуждение.** В результате сравнения данных выполнения нейропсихологических проб, полученных в исследовании испытуемых, были выявлены значимые различия (критерий Краскела-Уоллиса,  $p \leq 0,05$ ) и произведено сравнение усредненных показателей. На основании этого были выделены преобладающие особенности когнитивного статуса подэкспертных в каждой группе.

Испытуемые, признанные вменяемыми, в сравнении с двумя другими группами демонстрировали наиболее быстрое и безошибочное выполнение нейропсихологических проб, что указывает на достаточный уровень функционирования мнестических процессов, различных видов гнозиса, интеллектуальных операций, а также регуляторных функций и активного внимания. Испытуемые, признанные ограниченно вменяемыми, допустили наибольшее количество ошибок среди сравниваемых групп. Помимо отдельных операциональных нарушений испытуемые демонстрировали дефицит исполнительных функций в виде слабой ориентировочной реакции и сниженного контроля за ходом решения в интеллектуальных заданиях, выраженного недостатка когнитивной гибкости, слабости операции отторжения нерелевантных реакций в заданиях Струпа и в пробах

на слуховой речевой гнозис (пропульсии), а также ригидности психической деятельности в виде трудностей формирования нового способа действия. Кроме этого, отмечалась слабость внимания в виде многочисленных ошибок по типу потери инструкции в заданиях на вербальную и образную беглость. В данной группе было отмечено модально-специфическое нарушение памяти, а именно снижение слухоречевого запоминания, на что указывало наименьшее количество актуализированных слов в ретенции. На фоне относительной сохранности зрительной памяти и гнозиса наблюдалось снижение зрительно-пространственных и квазипространственных представлений. Испытуемые, признанные невменяемыми, демонстрировали снижение исполнительных функций в виде слабого контроля за решением интеллектуальных задач, трудностей отторгивания нерелевантных ответов (склонность к импульсивным ответам при решении интеллектуальных задач, многочисленные ошибки без самокоррекции в тесте Струпа), повышенной ригидности психической деятельности (многочисленные повторы в задании на образную беглость). Кроме того, у испытуемых отмечались нарушения фоновых (нейродинамических) характеристик психической деятельности в виде преобладания макро- и микрографий в графической продукции и слабости активного внимания (ошибки по типу потери инструкции в тесте на образную беглость).

**Резюме.** В настоящем исследовании в рамках процедуры судебно-психиатрического освидетельствования был проведен нейропсихологический анализ психической сферы лиц с органическим психическим расстройством, привлекаемых к уголовной ответственности. Испытуемые, признанные ограниченно вменяемыми, продемонстрировали выраженный дефицит исполнительных функций в звеньях планирования, переключаемости, торможения и контроля наравне с операциональными нарушениями слухоречевого запоминания и пространственных представлений. Эти данные позволяют предположить дисфункциональное состояние преимущественно передне- и заднелобных и теменно-височно-затылочных отделов левого полушария. Невменяемые испытуемые обнаруживали схожие, но менее выраженные нарушения регуляторных функций в звеньях торможения и переключаемости, а также существенное в сравнении с другими группами снижение нейродинамических показателей психической деятельности, что указывает на патологическую заинтересованность преимущественно заднелобных отделов левого полушария и подкорковых структур мозга. У вменяемых испытуемых не было обнаружено выраженных нарушений нейропсихологического функционирования. При анализе полученные данных не учитывались возраст, уровень интеллектуального развития испытуемых, характер совершенных правонарушений. Также в исследовании не была введена сравнительная группа, сопоставимая по возрастным и социально-демографическим показателям с текущей выборкой. Изучение этих параметров является задачей для будущего исследования.

#### Литература

1. Максимова Н.В. Криминальная агрессия лиц, страдающих органическим психическим расстройством (клинико-психопатологический и психофизиологический аспекты): дис. канд. мед. наук. Гос. науч. центр соц. и суд. психиатрии, Москва. - Москва, 2003.
2. Golden C. J., Lashley L. Forensic Neuropsychological Evaluation of the Violent Offender. Springer Briefs in Psychology. Behavioral Criminology, 2014.
3. Hawkins K.A., Trobst K.K. Frontal lobe dysfunction and aggression: conceptual issues and research findings. Aggression and Violent Behavior, Vol. 5, No. 2, pp. 147–157, 2000.
4. Horton Jr. A.M., Hartlage L. C. Handbook of forensic neuropsychology /—2nd ed. 2010.
5. Morgan A. B., Lilienfeld S.O. A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. Clinical Psychology Review 20 (1):113-136, 2000.
6. Ogilvie J., Stewart A., Chan R., Shum D. Neuropsychological measures of executive function and antisocial behavior: A meta-analysis, Criminology, Vol. 49(4), pp. 1063-1107, 2011.

**Есенкова Н.Ю.**

**Совладающее поведение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших кардиохирургическую операцию**

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск, Россия  
[esenkovanj@yandex.ru](mailto:esenkovanj@yandex.ru)

**Ключевые слова:** совладающее поведение, когнитивная оценка болезни, механизмы психологической защиты, кардиохирургическая операция

## Coping behavior of patients with cardiovascular diseases who underwent cardiosurgical interventions

FSBEI HE «Kursk State Medical University» MOH Russia, Kursk, Russia

**Keywords:** coping behavior, cognitive appraisal of illness, defense mechanisms, cardiosurgical interventions

**Введение.** Хирургическое вмешательство остается основным методом инвазивного восстановления кровообращения и нормализации гемодинамики у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Кардиохирургическая операция является стрессогенным событием ввиду непредсказуемости ее исхода, возможностью развития осложнений в послеоперационный период, рецидива заболевания, важностью улучшения качества жизни больного. Когнитивная оценка кардиологического оперативного вмешательства определяет направленность и характер совладающего поведения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Целью исследования является изучение особенностей стратегий совладающего поведения и механизмов психологической защиты больных с кардиоваскулярной патологией, перенесших оперативное вмешательство.

**Материал и методы:** клиническая беседа, архивный метод, психодиагностические методики «Интегративный тест тревожности» (А.П. Бизюк, И. Вассерман, Б.В. Иовлев), краткий опросник восприятия болезни (Broadbent E., Petrie K.J., Main J., Weinman J., 2006; русскоязычная версия Ялтонского В.М.), опросник когнитивных представлений о болезни» А. Evers, F. Kraaimaat, в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, методика индекс жизненного стиля Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х.Р. Конте в адаптации Вассерман Л.И., Ерьшев О.Ф., Клубова Е.Б. (СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева), методика для психологической диагностики совладания с стрессовыми и проблемными для личности ситуациями (СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Л.И. Вассерман и др.); опросник «Уровень комплаентности» (Кадыров Р.В. и др.); методы математической статистики (статистическая обработка проводилась при помощи Statistica 8.0 с использованием методов описательной и сравнительной статистики (непараметрический критерий U Манна-Уитни). В исследовании приняли участие 32 испытуемых, в анамнезе которых имеется хирургическое вмешательство: баллонная ангиопластика, стентирование.

**Результаты.** При изучении когнитивных оценочных процессов, отражающих оценку успешности процесса совладающего поведения в ситуации кардиохирургического вмешательства, были получены статистически значимые различия в группе больных ССЗ, имеющих в анамнезе опыт хирургического лечения по шкалам: беспомощность ( $p = 0,0011$ ), принятие ( $p = 0,02521$ ), воспринимаемые преимущества ( $p = 0,0018$ ), причем данные показатели выше, чем у больных, не имеющих в анамнезе заболевания инвазивных методов лечения. Следовательно, и когниции, подчеркивающие сосредоточение больного на негативных аспектах хирургического вмешательства, как неконтролируемого, непредсказуемого, и когниции, снижающие негативный смысл стрессового события и отражающие его позитивное восприятие определяют процесс совладающего поведения больных, перенесших кардиохирургическую операцию [4].

В группе больных, имеющих хирургическое вмешательство, параметры ситуативной тревоги и личностной тревожности (эмоциональный дискомфорт астенический и фобический компоненты, тревожная оценка перспективы) выше, чем у больных, проходивших только консервативное лечение. Установлено, что компоненты «эмоциональное реагирование на болезнь» ( $p = 0,00004$ ), «забоченность заболеванием» ( $p = 0,000007$ ) значимо выше в группе больных, имеющих опыт хирургического лечения сердечно-сосудистых заболеваний, что говорит о преобладании эмоционального реагирования в структуре восприятия болезни. В группе больных, имеющих хирургическое вмешательство выявлено преобладание механизма психологической защиты - «отрицание» ( $p = 0,0166$ ) и общей напряженности психологических защит ( $p = 0,0493$ ). Установлено, что общий уровень комплаентности значимо ниже в группе больных, перенесших кардиохирургическое вмешательство ( $p = 0,032154$ ).

**Выводы.** У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших оперативное лечение интенсифицируются процессы, связанные с когнитивной переоценкой значительного стрессора -

хирургического вмешательства, его последствий для жизнедеятельности человека на фоне повышенного уровня как ситуационной тревоги, так и личностной тревожности. В процессе преодоления негативных влияний неконтролируемого стресса больные используют как когниции, подчеркивающие негативное значение стрессора (беспомощность или безнадежность), так и когниции, снижающие негативный смысл стрессового события, когниции, отражающие позитивное восприятие события [4]. Больные фокусируются на неприятных эмоциях, ощущениях непонятной угрозы, обеспокоены возникновением возможных осложнений операции, испытывают эмоциональный дискомфорт и напряженность с элементами агитации [1]. Совладающее поведение больных, перенесших оперативное лечение, характеризуется доминированием защитного механизма психики - отрицанием болезни, высоким уровнем напряженности измеряемых защит. Это свидетельствует о том, что у них преобладают малопродуктивные формы совладания со стрессом, направленные на игнорирование психотравмирующей для личности информации, переживаний. Как следствие, пациенты, имеющие опыт хирургического лечения, некачественно выполняют врачебные предписания, пессимистично относятся к результатам лечения и проводимым лечебным манипуляциям [3].

Таким образом, в репертуаре совладающего поведения больных ССЗ уровень напряженности психологических защит оказывается более выраженным, пациенты не прибегают к использованию сознательных способов преодоления стрессового события, предпочитая игнорировать психотравмирующий опыт переживания кардиологического оперативного вмешательства. Мы находим, что полученные результаты отражают «уязвимый» стиль защитно-совладающего поведения, указывают на риск развития психической дезадаптации [2].

#### Литература

1. Бизюк, А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Методические рекомендации / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. - СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003. – 23 с.
2. Исаева, Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е.Р. Исаева. - СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. – 136 с.
3. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности»: монография. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.
4. Сирота Н.А., Московченко Д. В. Психодиагностика базисных убеждений о болезни (результаты апробации русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни) // Национальный психологический журнал. 2014. №2 (14). - С.70-79.

**Жигзу Е.И.**

#### О защитных механизмах и психологической зрелости личности

Славянский университет, Кишинев, Молдова  
[e\\_jigau@mail.ru](mailto:e_jigau@mail.ru)

**Ключевые слова:** личность, психологическая зрелость, защитные механизмы, жизнестойкость, копинг-стратегии

**Jigau E. I.**

#### Protective mechanisms and psychological maturity of the personality

The Slavonic University of the Republic of Moldova, Chisinau, Moldova

**Keywords:** personality, psychological maturity, protective mechanisms, vitality, coping strategies

Современный ускоренный темп жизни, большое количество перерабатываемой информации, усложнение условий жизненной среды, интенсификация психоэмоциональных стрессов травматичны для психики и личности человека. Однако степень их влияния определяется способностью субъекта им противостоять, характером функционирования его защитных механизмов. Мнения относительно значения защитных механизмов неоднозначны. «Нормальная», развитая система психологической защиты предполагает ее адекватность, гибкость и зрелость. В качестве главной функции защитных механизмов выделяют сохранение самоуважения, поддержание сильного, непротиворечивого, позитивного чувства собственного «Я». Но встречается и указание на их неадаптивный характер, что отрицательно влияет на здоровье и поведение, нарушает ориентацию человека в действительности. Эта позиция основана на результатах исследований, выявивших высокие показатели активности защитных механизмов при психических и психосоматических

расстройств. Хотя недостаточность психологических защит может быть причиной не меньших психических и соматических расстройств, чем их напряженность.

**Целью** данной работы явилось изучение взаимосвязи уровня зрелости личности и характера психологических защит.

**Материал и методы.** В качестве испытуемых выступили 60 человек в возрасте 21 – 24 лет (38 юношей и 22 девушки). Использовались следующие методики: «Аутоаналитический опросник здоровой личности (зрелости)» В.А. Ананьева, опросник Плутчика-Келлермана-Конте («Индекс жизненного стиля»), тест жизнестойкости С.Мадди (в адаптации Д.А.Леонтьева и Е.И.Расказовой), тест Д. Амирхан «Индикатор копинг-стратегий». Математическая обработка данных проводилась при помощи коэффициента корреляции Пирсона и t-критерия Стьюдента.

**Результаты,** полученные по опроснику В.А. Ананьева, позволили разделить испытуемых на две группы (статистически значимо отличающихся по уровню психологической зрелости): умеренно зрелые 38% (23 человек) и уверенно зрелые 62% (37 человек).

Дифференцированный анализ психологических защит показал, что в группе умеренно зрелой молодежи преобладают такие механизмы, как компенсация, проекция и регрессия, а в группе уверенно зрелых – замещение, интеллектуализация и рационализация. Регрессия может приводить к замене решения сложных задач в фрустрирующих ситуациях субъективно более простыми и доступными. Компенсация характеризуется присвоением (чаще с помощью фантазирования) себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности. Проекция способна вызывать чувство одиночества, изолированности, агрессивности. Действие механизма замещения проявляется в разрядке подавленных эмоций, направленных на менее опасные и более доступные объекты. В случаях интеллектуализации и рационализации индивид активно привлекает силу собственного интеллекта для того, чтобы оправдать, защитить свое «Я». Таким образом, уверенно зрелые юноши и девушки используют более развитые, «зрелые» механизмы психологической защиты. Статистический анализ выявил наличие значимой корреляционной связи между уровнем зрелости личности и выраженностью отрицания, а так же обратной корреляционной связи зрелости с компенсацией и регрессией. Опросник С.Мадди оценивает способность и готовность человека активно и гибко действовать в ситуации стресса и трудностей. Результаты показали, что вовлеченность в происходящее, контроль, позволяющий человеку выбирать собственную деятельность, свой путь, и принятие риска преобладают у уверенно зрелых. В целом, уровень жизнестойкости, как системы убеждений о себе и мире, препятствующих возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания и восприятия их как менее значимых, прямо коррелирует с уровнем зрелости личности ( $r = 0,501$ ;  $p \leq 0,001$ ). Анализ используемых копинг-стратегий испытуемыми двух выделенных групп показал, что чем выше уровень зрелости личности, тем больше используется стратегия разрешения проблем ( $r = 0,413$ ;  $p \leq 0,001$ ) и тем меньше стратегия избегания проблем ( $r = -0,469$ ;  $p \leq 0,001$ ). Характерно, что значимых различий в поиске социальной поддержки умеренно зрелыми и уверенно зрелыми нет.

**Выводы.** В целом, результаты проведенного исследования показали, что существует связь между уровнем зрелости личности и преобладающими психологическими защитами у молодежи, которые в процессе взросления изменяются, перестраиваются, усложняются под влиянием социальных воздействий. И хотя психологическая защита является естественным противостоянием человека окружающей среде, необходимо учитывать, что устойчивость, ригидность, связь с дезадаптивными стереотипами мышления, переживаний и поведения, частое использование защитных механизмов делает их вредными для развития личности, обуславливая ее отказ от деятельности, предназначенной для продуктивного разрешения ситуации или проблемы.

**Жукова Н.В. Айсмонгас Б.Б.**

**Влияния низкого социально-экономического статуса семьи на психическое здоровье детей**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

[zhuckovanv@fdmngppu.ru](mailto:zhuckovanv@fdmngppu.ru)

**Ключевые слова:** бедность, закономерности эпигенетического наследования, комплекс нейронаук, междисциплинарные исследования, развитие мозга ребенка, психическое здоровье

**Keywords:** poverty, patterns of epigenetic inheritance, neuroscience complex, interdisciplinary research, brain development, mental health

Проблема влияния низкого социально-экономического статуса на разные аспекты развития ребенка, на его будущее, более чем актуальна. Акцент делается именно на развитие детей, чей формирующийся мозг особенно чувствителен к окружающей обстановке. Нам бы хотелось представить небольшой аналитический обзор современной научной литературы о негативном влиянии бедности на развитие ребенка с точки зрения современных междисциплинарных исследований (по публикациям ряда российских и зарубежных авторов), т.к. у психологических наблюдений появилась мощная поддержка в виде нейробиологических, психогенетических и т.п. (комплекса нейронаук) данных [7, 10].

Многие исследователи – нейробиологи, нейропсихологи и психогенетики связывают проблему бедности с эпигенетическими изменениями и риском психических расстройств (Mitchell, C. et al., 2014; Swartz, J. R., Hariri, A. R. & Williamson, D. E. *Molecular Psych.*, 2016), начиная со здоровья родителей будущего ребенка и их социального положения, периода беременности и новорожденности [1][8][29][32]. По результатам исследований (Wardlaw et al., 2004) отмечается, что значительные отклонения от нормального веса ребенка при рождении, который является важной характеристикой здоровья, сигнализируют о неблагоприятии и разнообразных рисках для физического, умственного и психического развития. В развитых странах частота рождения детей с низким весом (менее 2500 г) составляет 6 - 7 %, причем большая часть подобных родов приходится на наименее обеспеченные слои общества. Безусловно, большая часть таких детей развивается в пределах нормы, но статистически среди детей, рожденных с низким весом, значительно повышена частота различных нарушений физического здоровья, неврологических проблем, нарушений психического, эмоционального и умственного развития (Hack, Taylor et al., 2005; Klebanov, Brooks-Gunn, McCormick, 1994; Klein, Hack, Breslau, 1989; Liaw, Brooks-Gunn, 1993; McCormick, Gortmaker, Sobol, 1990; Robertson, Watt, Yasui, 2007). Результаты исследований также указывают на распространенность задержки роста окружности головы и минимальных мозговых дисфункций, часто являющихся причиной синдрома дефицита внимания и других когнитивных и эмоциональных трудностей у ребенка (Aber et al., 1997). Сниженный коэффициент интеллекта в 8-летнем возрасте (с показателями IQ меньше 85) среди детей с низким весом при рождении был отмечен в 38 % случаев, а среди родившихся с нормальным весом - в 14 % (Saigal, Hoult et al., 2000) [1].

Нейрогенетики Ахмад Харири (Ahmad Hariri) и его коллеги (J. R. Swartz, A. R. Hariri and D. E. Williamson, 2016) в своей статье в *Molecular Psychiatry* отмечают долговременную эпигенетическую связь между внешним стрессом и уровнем серотонина [32]. В течение 3-х лет у участников эксперимента (132 европеоидных подростка от 11 до 15 лет) три раза забирали анализы крови, искали маркеры депрессии, а также тестировали активность мозга с помощью МРТ. В дальнейшем удалось продемонстрировать, что рост активности миндалевидного тела может предсказывать усиление симптомов депрессии у подростков, находящихся в группе риска. Подобная же корреляция наблюдалась на выборке 388 афро-американских детей. Т.е. трудные условия жизни коррелируют с изменениями в работе мозга ребенка, а именно, увеличивается активность амигдалы, активно участвующей в реакции на стрессовые ситуации (Johnna R. Swartz, Annchen R. Knodt, Spenser R. Radtke, Ahmad R. Hariri, 2014). Эта работа важна тем, что демонстрирует долгосрочное стрессогенное влияние на организм человека фактора низкого социально-экономического статуса [32]. Аналогичные исследования эпигенетических изменений проводились для более выраженных стрессовых ситуаций - случаев жестокого обращения с детьми (Beach Steven R.H., Brody Gene H., Todorov Alexandre A., Gunter Tracy D., Philibert Robert A., 2009) [3][4][20]. Связь между социальной средой, длиной теломер (TL) и уровнем серотонина и дофамина, как маркеров здоровья, отражена в результатах исследований Mitchell C. et al. [29].

Люди, подвергавшиеся стрессу в раннем возрасте, чаще страдают депрессией и склонностью к суицидальному поведению, что связывают с усилением активности гипоталамо-типофизарной

системы в ответ на повышенную частоту стрессовых ситуаций в детстве. Для исследования этого вопроса использовали мозг людей, покончивших жизнь самоубийством, выделив две группы: людей, подвергавшихся стрессам в детстве (что чаще проявляется в семьях с низким материально-экономическим статусом), и людей, у которых было нормальное полноценное детство (McGowan et al., 2009) [28].

По количеству белого и серого вещества у детей 6–12 лет можно узнать, в каких условиях ребёнок жил в раннем детстве: того и другого у детей из семей с низким социально-экономическим статусом оказывается меньше. В работе, опубликованной в *Nature Neuroscience* подтверждается, что чем лучше было образование родителей, чем больше времени и сил они на него потратили, тем больше у ребёнка была общая площадь коры полушарий мозга (в среднем на 3%), а особенно тех её участков, которые отвечают за обучение и противодействие стрессу, чтение, язык, память и способность организовывать собственное поведение (Noble Kimberly G. & Houston Suzanne M. et al., 2015; 33. Zhang X., 2013) [29, 33]. Если ребёнок растёт в бедности, но без долгосрочного влияния дистресса, развитие его мозга может происходить нормально [2;3;4, 8;9, 16;17, 29].

Согласно данным исследования, выполненного в Стерлингском университете (Mark Egan et al.), у детей с высокими уровнями дистресса вероятность оказаться в молодом возрасте безработным была повышена на 40%, по сравнению с теми, кто не испытывал значительного дистресса в детском возрасте. В ходе работы группа ученых использовала данные 2-х больших исследований, охвативших почти 20.000 британских детей (лонгитюдного исследования английской молодежи и Национального исследования развития детей) [31].

Результаты исследования, выполненного в Корнельском университете (США) (Evans Gary W., 2016) показывают, что у детей, выросших в бедности, чаще отмечалось антисоциальное поведение в форме агрессии и буллинга, повышенное чувство беспомощности, по сравнению с детьми из семей со средним уровнем дохода. Также отмечены более высокие показатели хронического физиологического стресса и дефицит краткосрочной пространственной памяти. Говоря о значении исследования, Evans Gary W. выделяет, что в профилактике этих проблем наиболее эффективной является ранняя интервенция... наиболее эффективный путь снижения воздействия бедности на ребенка – это увеличение дохода бедней семей [13, 21;22].

Формирование слоя малообеспеченных семей в нашей стране - это значимая социальная проблема. Дети, подростки, молодые люди осознают разницу в уровне образования, в возможностях и условиях профессионального и культурного роста, в проведении досуга. Безусловно, в формировании стрессоустойчивости и уверенности в своих силах, т.е. в психологическом здоровье, огромную роль играет поддержка значимых взрослых, особенно родителей. Но, зачастую, именно с родителей и их проблем начинается неблагополучие детей, как физическое, так и психологическое, неврологические и психиатрические проблемы [3;4, 11, 14;15, 18, 21, 26, 29, 33].

У учёных разных отраслей, объединяемых на современном этапе термином *neuroscience* (составной частью комплекса является психология), есть возможность провести новые исследования с помощью современных средств и проанализировать работу мозга детей из семей с низким и высоким достатком. Результаты, как правило, оказываются неутешительными, люди, выросшие в неблагоприятных социально-экономических условиях (в среднем, в сравнении по выборкам) уступают по ряду признаков. У детей из обеспеченных семей в среднем коэффициент интеллекта по результатам исследований всё же выше [6, 9,12;13;14,18]. Отметим, что всегда есть шанс выклада генотип-средовой ковариации в изменчивость признака, т.е. когда человек попадает в новую «экологическую обстановку», благоприятную для развития его способностей [2, 8, 12, 16, 18, 23].

Общий вывод, который здесь можно сделать, выглядит так: с нейробиологической и психологической точки зрения бедность – это фактор, крайне негативно влияющий на развитие человека, на общество в целом, т.к. бедность может испортить жизнь не только в смысле материального благополучия, но и в буквальном смысле изменяя мозг, а значит, и психику. Иными словами, чтобы получить здоровое общество, нужно стараться заботиться о том, чтобы не было бедных, а возможности бесплатной медицинской, психологической помощи и доступности хорошего питания, образования для детей были социально гарантированы государством [3].



## Литература

1. Бедность и развитие ребенка / Под ред. Д.А. Александрова, В.А. Иваношиной, К.А. Маслинского — М.: Рукописные памятники Древней Руси, 2015. — 392 с. : ил.
2. Геномика поведения: детское развитие и образование / под ред. С.Б. Малых, Ю.В. Ковас, Д.А. Гайсиной. – Томск: Издательский Дом Томского государственного университета, 2016 – 442 с.
3. Никол Р. Практическое руководство по детско-юношеской психиатрии. Британский подход. Екатеринбург: Издательство УралИНКО, УралЦДИ, 2001. — 224 с
4. Свааб Дик. Мы — это наш мозг: От матки до Альгеймера / Пер. С 24 с нидерл. Д. В. Сильвестрова. — СПб.: Изд-во Ивана Лимбаха, 2014. — 544 с., ил.
5. Янковский Н.К., Боринская С.А. Генетические исследования как основа интеграции наук о жизни и человеке Вестник ВОГиС, 2009, Том 13, № 2 с 384-389
6. Аксенова Л. Тяжелое детство приводит к нарушению развития мозга [Электронный ресурс]//Наука и жизнь URL: <https://www.nkj.ru/news/20438/> (дата обращения: 08.09.2017)
7. Араkelов Г. Г. Будущее Российской психологии в развитии нейронаук // Национальный психологический журнал. 2012. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/budushee-rossiyskoy-psihologii-v-razviti-neyronauk> (дата обращения: 15.01.2018).
8. Боринская С.А. Гены и стресс [Электронный ресурс] // ПостНаука URL: <https://postnauka.ru/video/9042> (дата обращения: 06.09.2017)
9. Гальченкова Ю. Самое изученное поколение. Британский опыт. По материалам журнала «Nature». [Электронный ресурс]//Наука и жизнь URL: [https://www.nkj.ru/archive/articles/19614/index.php?PAGEN\\_2=1&ELEMENT\\_ID=19614#nav\\_start\\_2](https://www.nkj.ru/archive/articles/19614/index.php?PAGEN_2=1&ELEMENT_ID=19614#nav_start_2) (дата обращения: 08.09.2017)
10. Жигарыков А. Нейронаука - новое созвездие современных наук [Электронный ресурс] // «Психологическая газета: Мы и Мир» (№11[135]2007) URL: <http://www.psy.msu.ru/about/kaf/psychophysiology/chemorizov/chemorizov.html> (дата обращения: 15.01.2018)
11. Жукова Н.В. Обзор лекции «Когнитивные инструменты психогенетики или что мы действительно знаем о наследовании интеллекта» [Электронный ресурс] // Портал психологических новостей PsyPress.ru URL: <http://psypress.ru/media/27834.shtml> (дата обращения: 07.09.2017)
12. Жукова Н.В. Обзор лекции В.С. Фридмана «Интеллект: среда или гены?» [Электронный ресурс] // Портал психологических новостей PsyPress.ru URL: <http://psypress.ru/media/27835.shtml> (дата обращения: 07.09.2017)
13. Зотов С. Между строк ДНК: чем занимается эпигенетика? [Электронный ресурс] // Теории и практики URL: <https://special.theoryandpractice.ru/what-is-epigenetics> (дата обращения: 15.01.2018).
14. Королёв Вл. Бедность связали с эпигенетическими изменениями и риском психических расстройств [Электронный ресурс] N+1 URL: <https://nplus1.ru/news/2016/05/25/poverty-methylation> Оригинал: <http://www.nature.com/mp/journal/v22/n2/full/mp201682a.html?foxtrotcallback=true> (дата обращения: 15.01.2018)
15. Образовательное неравенство Поливанова Катерина [Электронный ресурс] // ПостНаука URL: <https://postnauka.ru/video/63353> (дата обращения: 18.06.2017)
16. Плюмин Роберт Эпигенетика: как гены влияют на нашу жизнь [Электронный ресурс] // ПостНаука URL: <https://postnauka.ru/faq/78075>
17. Стасевич К. Вредит ли бедность мозгу? [Электронный ресурс] Наука и жизнь URL: <https://www.nkj.ru/news/26111/> <https://www.nkj.ru/news/28849/> Оригинал: <https://www.nature.com/articles/mp201682?foxtrotcallback=true> (дата обращения: 15.01.2018)
18. Чузунов А. У них все ходы записаны... По материалам журнала «Nature». [Электронный ресурс] //Биомолекула URL: <https://biomolecula.ru/articles/u-nikh-vse-khody-zapisany> (дата обращения: 07.09.2017)
19. Baker David A. & Algorta Guillermo Perez. The Relationship Between Online Social Networking and Depression: A Systematic Review of Quantitative Studies //Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. November 2016, 19(11): 638-648.//doi.org/10.1089/cyber.2016.0206
20. Beach S.R.H., Brody G.H., Todorov A.A., Gunter T.D., Philibert R.A. Methylation at SLC6A4 Is Linked to Family History of Child Abuse: An Examination of the Iowa Adoptee Sample // American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics. Vol. 153B. Issue 2 March 2010. P. 710–713 DOI: 10.1002/ajmg.b.31028
21. Evans G. W. Childhood poverty and adult psychological well-being. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2016; 113 (52): 14949 DOI: 10.1073/pnas.1604756114
22. Evans Gary W. & Schamberg M.A. Childhood poverty, chronic stress, and adult working memory. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America/PNAS/ 2009 vol. 106 no. 16. doi: 10.1073/pnas.0811910106
23. Fallon J. How I discovered I have the brain of a psychopath [Электронный ресурс] //the guardian URL: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2014/jun/03/how-i-discovered-i-have-the-brain-of-a-psychopath> (дата обращения: 07.09.2017)
24. Fallon J. Killer instinct [Электронный ресурс] // Department of Psychiatry & Human Behavior University of California, Irvine URL: <http://www.psychiatry.uci.edu/features/fallon-feature-11152013.asp> (дата обращения: 07.09.2017)

25. Fallon J. The psychopath inside [Электронный ресурс] // psychologytoday URL: <https://www.psychologytoday.com/blog/the-psychopath-inside/201111/the-mind-dictator> (дата обращения: 07.09.2017)
26. Luby J., Belden A., Botteron K., Marrus N., Harms M.P., Babb C., Nishino T., Barch D. The Effects of Poverty on Childhood Brain Development The Mediating Effect of Caregiving and Stressful Life Events. *JAMA Pediatr.* 2013;167(12):1135–1142. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.3139
27. McCrae, N., Gettings, S. & Purcell Social media is not to blame for depression in young people. *E. Adolescent Res Rev* (2017) 2: 315. <https://doi.org/10.1007/s40894-017-0053-4>
28. McGowan et al. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse// *Nature Neuroscience* 12, 342–348 doi:10.1038/nn.2270
29. Mitchell, C. et al. Social disadvantage, genetic sensitivity, and children's telomere length // *PNAS* 2014 111 (16) 5944-5949; published ahead of print April 7, 2014, doi:10.1073/pnas.1404293111
30. Noble Kimberly G. & Houston Suzanne M. Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nature Neuroscience* 18, 773–778 (2015) doi:10.1038/nn.3983
31. Tripp D. Children's mental health key to future employment prospects. [Электронный ресурс] // URL: <https://www.stir.ac.uk/news/2014/11/childrens-mental-health-key-to-future-employment-prospects/> (дата обращения: 15.01.2018)
32. Swartz Johnna R., Knodt Annchen R., Radtke Spenser R., Hariri Ahmad R. A Neural Biomarker of Psychological Vulnerability to Future Life Stress // *Neuron*. 2015 Feb 4;85(3):505-11. doi: 10.1016/j.neuron.2014.12.055
33. Zhang X. Family income, parental education and internalizing and externalizing psychopathology among 2–3-year-old Chinese children: The mediator effect of parent–child conflict. *Int J Psychol.* 2014 Feb;49(1):30-7. doi: 10.1002/ijop.12013

**Завгородняя И.В.**

**Мотивы рождения ребенка как фактор отношения к беременности у женщин**

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный университет», Воронеж, Россия  
[zavgorodnyai@mail.ru](mailto:zavgorodnyai@mail.ru)

**Ключевые слова:** беременность, мотивы рождения ребенка, репродуктивные мотивы, отношение к беременности

**Zavgorodnaya I.V.**

**The motives of the child birth as a factor of relation to pregnancy in women**

Voronezh State University, Voronezh, Russia

**Keywords:** pregnancy, motives of the child birth, reproductive motives, relation to pregnancy

**Введение.** Во время беременности происходят значительные преобразования в жизни женщины, связанные с перестройкой мотивационных основ принятия новой роли матери, изменением идентичности, установлением нового образа жизни. Происходящие преобразования находят свое отражение в формирующемся у женщины отношении к беременности. Отношение к беременности – это личностно значимое эмоционально-образное отражение женского состояния беременности, сопровождающееся характерным поведением. Отношение к беременности проявляется в содержании эмоционально-смысло-телесного комплекса беременности. Это состояние женщины, представленное эмоциональными переживаниями и личностно-смысловой оценкой симптомов беременности. Следовательно, отношение к беременности основано на мотивах рождения ребенка, имеющихся у женщины.

**Методы исследования.** Методами сбора данных выступили метод стандартизированного самоотчета и проективный метод, представленные следующими методиками исследования: «Мотивы зачатия ребенка» (О.А. Урусова), методика исследования мотивов сохранения беременности (Л.Н. Рававалок), Тест отношений беременной (И.В. Добряков), Цветовой тест отношений (ЦТО) (Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд), Методика «Моя беременность» (Г.Г. Филиппова).

Выборку составили 90 женщин в возрасте 20–35 лет с первой неосложненной беременностью. В качестве методов обработки данных выступили U-критерий Манна-Уитни и факторный анализ с варимакс-вращением.

**Результаты.** Прослеживаются различия в отношении к беременности у женщин, имеющих высокий, средний и низкий уровни выраженности мотивов рождения ребенка. Более выражено эйфорическое отношение женщин к беременности при наличии высоких уровней Мотива продолжения рода (U=158,5), Мотива полноты семьи (U=315,5); Мотива смысла жизни (U=344), Мотива счастья

( $U=357,4$ ). Эйфорическое отношение к беременности отличается повышенным эмоциональным фоном настроения, неадекватной оценкой происходящего, невосприимчивостью реальности.

Повышенные значения тревожного отношения к беременности прослеживаются при высоких уровнях Мотива материальное обеспечение ( $U=315,5$ ) и Мотива сохранения здоровья ( $U=103,5$ ). Следовательно, тревожное отношение к беременности наблюдается у женщин, беспокоящихся о материальных затруднениях, связанных с ожиданием ребенка, сомневающийся, что они смогут дать ребенку достойные условия жизни и развития, тревожащиеся о его будущем, о собственной способности стать хорошей матерью, заботиться о ребенке и проявлять необходимое ему внимание, поскольку ребенок может доставлять много проблем. Беременные обеспокоены состоянием своего здоровья, испытывают страхи и тревогу по поводу телесных изменений, риска утратить привлекательность в восприятии супруга.

Более высокие значения гипогестогнозического отношения к беременности проявляются при высоких уровнях Мотива материнства ( $U=105$ ) и Мотива социальные ожидания ( $U=190$ ). Игнорирующее отношение женщин к беременности характерно при ориентации на соответствие социальным ожиданиям, стремлении к изменению социального статуса, желании быть как все и направленности на соответствие возрастным социальным нормам и/или просьбам мужа.

Применение факторного анализа позволило объединить в данном факторе Мотив заботы и любви ( $-0,75$ ), Мотив продолжения рода ( $0,75$ ) и гипогестогнозическое отношение к беременности ( $0,82$ ). Игнорирующее отношение к беременности проявляется при слабом стремлении женщины заботиться и любить своего ребенка, при руководстве необходимостью оставить после себя потомство, как главным предназначением женщины, позволяющем продолжить свой род и себя в другом человеке.

Более выраженное депрессивное отношение к беременности прослеживается при высоких уровнях Мотива материнства ( $U=37,5$ ) и Мотива сохранения семьи ( $U=329$ ). Следовательно, стремление женщины к материнству как к самому главному предназначению при выраженном желании сплотить семью связано с депрессивным отношением к беременности, проявляющемся в неприятии происходящего на фоне выраженного негативного настроения.

Оптимальное отношение женщин к беременности более выражено при средних уровнях Мотива продолжения рода ( $U=207$ ), Мотива смысла жизни ( $U=278$ ), Мотива сохранения семьи ( $U=329$ ), Мотива счастья ( $U=423$ ), Мотива социальные ожидания ( $U=131$ ). Женщины, которые испытывают радость в связи с беременностью, адекватно реагируют на происходящие изменения, руководствуются различными репродуктивными мотивами, выраженность которых не делает беременность сверхзначимой.

Применение факторного анализа позволило объединить в один фактор Мотив смысла жизни ( $-0,80$ ), Мотив счастья ( $-0,74$ ), оптимальное ( $0,88$ ) и эйфорическое отношения к беременности ( $-0,73$ ). Оптимальное отношение к беременности будет более выраженным при снижении направленности женщины на ребенка как основного смысла жизни, восприятия его как единственного счастья в жизни, без которого жизнь безрадостна и тускла. С этой точки зрения оптимальное и эйфорическое отношения к беременности могут выступать как противоположные друг другу. Среднему уровню репродуктивных мотивов соответствует более позитивное отношение женщины к своему образу жизни во время беременности и к самой себе, к будущему ребенку и родам. Это отражается в гармоничном психоэмоциональном фоне женщины, адекватном настроении, удовлетворенности происходящим, благоприятно влияющем на развитие ребенка.

Беременные с низким уровнем Мотива полноты семьи более позитивно относятся к своему образу жизни. Женщина, удовлетворенная своими семейными отношениями, не считает, что семья может считаться таковой только при наличии ребенка, и воспринимает беременность как продолжение благоприятных семейных взаимоотношений, не требующих от нее снижения качества жизни.

Низкий уровень Мотива надежды соотносится с принятием беременности. Женщина, не ориентированная на получение помощи от ребенка и реализацию через него своих несбывшихся ожиданий, отличается большей сензитивностью и респонсивностью по отношению к будущему ребенку и принимает свое состояние во время беременности таким, каким оно есть.

**Выводы.** 1. Репродуктивные мотивы выступают одним из ведущих факторов становления отношения женщины к беременности. 2. Высокий и низкий уровни выраженности репродуктивных мотивов являются неконструктивными для протекания беременности и последующего развития ребенка, при этом средний уровень репродуктивных мотивов позволяет создать благоприятные условия для вынашивания беременности и формирования ребенка.

**Зверева М.В.**

**Кинематограф и психологическая наука: контексты применения в психосоциальной реабилитационной работе**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,

[maremerald@gmail.com](mailto:maremerald@gmail.com)

**Ключевые слова:** кинематограф, психотерапия, реабилитация, культурно-исторический подход, нарративный подход

**Zvereva M.V.**

**Cinematography and psychological science: contexts of application in psychosocial rehabilitation work**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** cinematography, psychotherapy, rehabilitation, Cultural-historical psychology, narrative psychology

Влияние кинематографа переоценить трудно, однако, несмотря на столь значительную его роль в современной жизни, для психологии он по-прежнему остается малоизученным феноменом. Выдающиеся психологи всегда откликнулись на предложения коллег из области художественной сферы. Один из таких примеров сотрудничества – общение С.М. Эйзенштейна и А.Р. Лурии. По приглашению Эйзенштейна А.Р. Лурия работал в институте кинематографии, где имелась психологическая лаборатория. Сам Александр Романович оставил воспоминания о своих отношениях с великим кинорежиссером и мыслителем, ученым (по мнению самого А.Р. Лурии), который пытался найти общие законы художественного воздействия, в том числе на психологической основе [2,7]. С.М. Эйзенштейн определяет «выразительность» как целесообразность расположения фигуры в процессе определенной деятельности. Если в быту многие виды человеческой деятельности существуют в свернутом варианте, то при переносе в кинематографическую среду необходимо последовательно развернуть представленную деятельность [1,7]. Сначала этот процесс проходит актер для создания правдоподобной игры (существование актера в предлагаемых обстоятельствах по К.С. Станиславскому), а затем и режиссер с целью создания определенной конструкции фильма, которая донесет необходимое идею до зрителя [7,8]. Идея с разворачиванием свернутого процесса деятельности была почерпнута в основном из концепции Л.С. Выготского о развитии ВПФ [1]. К сожалению, у С.М. Эйзенштейна эта работа не была успешной в плане завершающего продукта: книги, фильма или теории. Однако интерес к новым возможностям, которые открывал кинематограф, сохранился у многих психологов и до настоящего времени.

После ухода А.Р. Лурия кафедру нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ возглавлял Ю.Ф. Поляков, который также был открыт многим новым направлениям в психологии, в том числе клинической (медицинской) психологии, находил новые пути в изучения психической патологии, в практической коррекционно-развивающей работе и в вопросах обучения студентов. Большинство современных известных психологических исследований в кинематографической сфере направлены, как правило, на изучение воздействия сцен жестокости на зрителя, выявление социальных стереотипов, проблем влияния на молодежь. С другой стороны, в психотерапевтических сообществах кино часто рассматривается в контексте анализа психолого-смыслового содержания ряда известных кинофильмов, причем нередко это фильмы на психопатологическую или психолого-психиатрическую тематику [6,9]. Сотрудники кафедры нейро- и патопсихологии МГУ им. М.В. Ломоносова активно применяли своего рода «психологический» просмотр кинофильмов и их обсуждение в контексте анализа типов личностной патологии, форм психотерапии и др. в курсах обучения клинических психологов.

Все фильмы рассказывают определенные истории, исходя из этого, при исследовании кинематографа можно опереться на нарративный подход, где используется метафора нарратива или истории

для понимания жизненных событий и переживаний людей. Высказывание А.А. Тарковского «...кинематограф, как ни одно из искусств, расширяет, обогащает и концентрирует фактический опыт человека...» позволяет рассматривать истории (нарративы) в кино как квинтэссенцию человеческого опыта, который может быть изучен и проанализирован с психологической точки зрения. Среди многочисленных определений нарратива, мы обратимся к определению, данному Д. МакАдамсом в 1985. Он рассматривает нарратив (жизненную историю) как основу идентичности человека в модернистском обществе. Любая история – это последовательность событий во времени, объединенная темой и сюжетом, где присутствует герой, стремящийся достичь определенную цель [10]. Работая в рамках традиции Л.С. Выготского, McLean, Pasupathi and Pals (2007) разработали социокультурную модель для направленных исследований в развитие нарративной идентичности. Эта модель предполагает, что нарративная идентичность постепенно расширяется с течением времени, когда люди рассказывают истории о своем опыте другим. Благодаря многократному взаимодействию с другими рассказы о личных переживаниях пересказываются, редактируются, по новому интерпретируются и подвергаются целому ряду социальных и дискурсивных влияний, поскольку рассказчик постепенно развивает более целостную нарративную идентичность [10]. Здесь можно наблюдать сходство идеи «выразительности» кинематографа С.М. Эйзенштейна культурно-исторической концепции развития ВПФ Л.С. Выготского и концепции развития идентичности человека, исходя из историй, которые он рассказывает [1,7,10]. Современный кинематограф (в сценарной отрасли) во многом опирается на работы Джозефа Кэмпбелла, который создал достаточно удобную модель «путешествия героя», по сути это и есть жизненная история или нарратив. В устоявшейся жизни героя происходит некое событие, разрушающее привычный уклад, и целью героя становятся либо восстановление предыдущего положения вещей (зачастую это невозможно), либо достижение новой гармонии. Независимо от цели героя, он не может достичь ее сразу же. Герой проходит путь, где ему встречается препятствие (даже не одно), которое может быть как неодоушвлненным, так и одушевленным (зачастую, это противник героя). Стремясь преодолеть препятствие, справиться с противником и достичь желаемой цели, герой использует различные умения и навыки. Зачастую, рядом с героем присутствуют союзники, те, кто его поддерживает в его продвижении к цели [5,10].

Возвращаясь к медийной психологии и возможностям использования в ней кинематографии, следует обратиться в первую очередь к такой области как реабилитация и тренинг социальных навыков. Оба направления в настоящее время активно развиваются в отечественной психологии [3,4]. Реабилитация обычно направлена на лиц с уже устоявшимся укладом жизни, с существующей нарративной идентичностью, которая была нарушена вследствие психического заболевания. Тренинг социальных навыков чаще адресован как вид помощи к тем пациентам, которые имеют раннее начало заболевания, когда их собственная нарративная идентичность находится только в стадии становления и формирования. В обоих случаях, опора восстановительной и обучающей деятельности основывается на постепенном прохождении (впервые или заново) всех этапов утраченной (или никогда не сформированной до этого) деятельности. При тренинге социальных навыков необходимый социальный репертуар развивается на отдельные ступени, роли, которые отрабатываются пациентом до полноценного овладения навыком. Этот метод напоминает работу актера над ролью, где каждый новый элемент отрабатывается до автоматизма и встраивания в образ будущего героя. При таком подходе можно задействовать и кинематографический материал, в котором многие элементы социальной деятельности или личности (для достижения необходимой выразительности) разложены на более мелкие единицы или истории. Наблюдение за ними поможет при самостоятельном овладении навыками, а также позволит раскрыть потенциал исследования собственной нарративной идентичности на примере кинематографа. Можно полагать, что использование кинематографических историй, его художественных средств будет востребовано при организации реабилитационной работы по типу синтеза терапии художественным самовыражением, арт-терапии и других современных средств помощи людям с проблемами в состоянии психического здоровья [6].

## Литература

1. Выготский Л.С. Речь и мышление //Собрание сочинений. – 1984. – Т. 2. –231 с.
2. Иванов В.В. Неизвестный Эйзенштейн – художник и проблемы авангарда. Озорные рисунки Эйзенштейна и «главная проблема» его искусства // Иванов В.В. Избранные труды по семиотике и истории культуры. – М. : Яз. рус. культуры, 1998. – Т.1.: Знаковые системы. Кино. Поэтика. – С. 141—378.
3. Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В. Выбор стратегий и оценка эффективности в системе психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы. //Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. /под ред. Н.В.Зверевой. И.Ф.Рошиной. –М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016, с.222-239
4. Казьмина О.Ю. и др. Основные подходы к организации тренинга социальных навыков для больных шизофренией. Методические рекомендации. М., 2016. 143 с.
5. Кэмпбелл Д. Тысячеликий герой // Питер СПб. – 2016. – 352 с.
6. Левковская О.Б., Парлашквич А.О. Психотерапевтический и образовательный потенциал киноискусства (на примере интернет-проекта psyupeta.ru) // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2017, №1 (17). С. 123-131
7. Лурья А.Р. Психологическое наследие: избранные труды по общей психологии //М.: Смысл. – 2003. – 431с.
8. Станиславский К.С. Работа над собой в творческом процессе переживания // М: Эксмо, 2017. – 320 с.
9. Яновский М.И. Проблема изучения кинематографа в психологии //Психологический журнал. – 2010. – Т. 31. – № 5. – С. 79-88.
10. McAdams, D.P., & McLean, K.C. (2013). Narrative identity. Current directions in psychological science, 22(3), 233-238.

**Зверева Н.В., Балакирева Е.Е., Пятницкая Л.Н., Зверева М.В.**

**Опыт совместного клинико-психологического консультирования детей и подростков психиатрами и клиническими психологами**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** амбулаторная консультация психиатра, консультация психолога, дети и подростки, анамнез, заключение, рекомендации

**Zvereva NV, Balakireva EE, Pyatnitskaya LN, Zvereva MV**

**Experience of joint clinical and psychological counseling of children and adolescents by psychiatrists and clinical psychologists**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** outpatient consultation of a psychiatrist, psychological counseling, children and adolescents, anamnesis, conclusion, recommendations

Консультация ребенка и подростка в связи с состоянием психического здоровья в настоящее время может представлять сложную задачу, особенно если речь идет о консультации психиатра. Стигма психического нездоровья, страх огласки информации, страх перед лечением отталкивают родителей, как законных представителей ребенка, от обращения за помощью к врачу-психиатру. Наличие значительного количества разнообразных консультативных центров психологического направления (развитие, консультирование индивидуальное и семейное, коррекция) дают определенный простор для выбора у родителей. Пойти на консультацию к психологу (даже клиническому) не так страшно, как к психиатру, который может «поставить диагноз», «превратить в растение» и т.п. [1]. Все это определяет необходимость совместной работы специалистов на благо психического здоровья детей и подростков и их семей, положительный опыт такого сотрудничества описан в литературе [2].

Согласно современному законодательству, требуется разрешение на врачебную деятельность, тогда как для психологического консультирования подобного разрешения не нужно. В некоторых организациях есть и психологическое консультирование разного рода, и разрешение на врачебную деятельность. Среди негосударственных частных учреждений отметим Международный институт психосоматического здоровья (МИПЗ), центр ИГРА (Институт Гармоничного Развития и Адаптации) и некоторые другие московские организации, в которые обратиться за платной консультацией может любой желающий, достаточно позвонить, записаться.

В ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» ведется активная консультативная работа. Опыт совместной клинико-психологической амбулаторной консультативной работы психиатров и психологов в данном учреждении мы и делимся в этой публикации. Возможны варианты обращения родителей с детьми: 1) сначала к психологу, затем к психиатру (по рекомендации психолога)

и, наоборот, 2) сначала консультация психиатра и затем – по назначению врача – консультация психолога. Оба варианта являются жизненными, имеют свои плюсы и минусы. Плюс первого варианта – у пациента и его родителей нет в первой встрече страха стигмы болезни, есть желание решить проблемную ситуацию или конкретный вопрос обучения, оптимизации контактов и т.п. В таком случае предложение психолога проконсультроваться у врача может быть как принято, так и отвергнуто, многое зависит и от убедительности, аккуратности и деликатности аргументов психологов, но также и от решения родителей. Вариант второй, когда после психиатра пациент идет к психологу, может вызывать у пациента дополнительную надежду на помощь не только фармакологическими средствами, помощь в диагностике и т.п. Связка психиатра и психолога является своего рода плюсом второго варианта динамики консультирования, поскольку данные психологического исследования могут быть полезными и важными для подтверждения врачебного диагноза. Когда поход к специалисту не назначается другим специалистом, а является желанием родителей «проверить ребенка», «доказать, что ребенок здоров (болен)» другому родителю или старшему поколению семьи, то любое расхождение итогов консультации и предшествующей установки может вызывать отторжение доверия у родителей, разную степень недовольства специалистами (вплоть до жалоб).

Поскольку речь идет о консультировании детей и подростков, соответственно необходима достаточно подробная информация об анамнезе, истории развития ребенка, а также знакомство с медицинской, психологической, педагогической документацией, если такая будет предоставлена родителями. В тех случаях, когда консультация психиатра (и психолога) является первичной, специалисту надо бы иметь в своем распоряжении ряд документов или собранной информации, что не всегда просто получить за короткий срок консультации (тем более, однократной). Среди такой необходимой информации, как и многие другие специалисты [2], мы выделяем:

- акушерский и перинатальный анамнез (осложнения во время данной беременности, токсикоз; роды: срок беременности, родовспоможение, длительность родов и безводного промежутка, вес при рождении, оценка по шкале Апгар и т.д.);

- раннее развитие (осмотр невролога и других врачей, сроки раннего физического развития по месяцам, моторное развитие по месяцам и др.);

- речевое развитие (сроки и наличие гуления, появления слов, фразы простой и развернутой; не было ли перерывов в развитии речи, особенности произношения и построения фраз и др., наличие заикания, запинок и т.п.);

- особенности пищевого поведения (сроки грудного вскармливания, избирательность в еде; нарушения аппетита, поедание несъедобного и т.п.);

- игра (выбор игрушек, предметно-манипулятивная игра, ролевые игры, абстрактные игры, игры с неигровыми предметами, водой, песком и др.);

- общение (со сверстниками, общие игры, способы взаимодействия, особые интересы, фантазии, поглощения, игры, творчество).

- образование (посещение определенных дошкольных учреждений, сроки поступления и адаптация к школе, характеристики из учебных заведений),

- страхи (наличие и характер страхов в хронологическом порядке) и другие симптомы (потери сознания, судорожные состояния, тики, заикание, особые привычки и др.);

- семья и внутрисемейные отношения (полная/неполная, смерть родителей, разводы, отношение к родственникам, к старшим/младшим братьям и сестрам, заболевания родителей и других родственников);

- обследования других специалистов (неврологическое обследование, ЭЭГ – не только как диагностика эпилепсии и судорожной готовности, но и как оценка развития мозга);

- заключение психолога, логопеда, дефектолога;

- консультации других психиатров, список препаратов (неврологических и психиатрических), которые принимали раньше.

Итогом клинко-психологического амбулаторного консультирования, независимо от последовательности обращения к специалистам, будет постановка первичного клинического диагноза, оказание профессиональной лечебной помощи, определение особенностей психического развития ребенка (подростка), рекомендации по дополнительным обследованиям и наблюдению в динамике,

помощь в определении образовательной траектории, при необходимости оценка реабилитационного потенциала и т.д. Очевидно, что ответ в обозначенной форме требует развернутой и консолидированной работы амбулаторной команды специалистов: психиатров, психологов, логопедов, нейрофизиологов и др. Организационные аспекты такого сотрудничества нуждаются в оптимизации, отражающей интересы ребенка и его семьи и возможности специалистов.

#### Литература

1. Зверева Н.В., Рощина И.Ф. Проблемы семьи в контексте клинической психологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. № 1. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49967.shtml> (дата обращения: 23.02.2018)
2. Иовчук Н.М., Северный А.А. Междисциплинарный консилдум в службе психического здоровья детей и подростков. Учебно-методическое пособие для студентов высших учебных заведений. Москва: Педагогическая литература, 2015, 400 с.

**Зверева Н.В., Зверева М.В., Воронова С.С., Гот К.**

**Опыт перевода и адаптации на русский язык опросника AIDA (расстройства идентичности личности у подростков)**

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия  
Университетская клиника, Базель, Швейцария

**Ключевые слова:** опросник, адаптация, перевод, идентичность личности, подростки

**Zvereva N.V., Zvereva M.V., Voronova S.S., Goth K.**  
**Translation and adaptation experience of the AIDA questionnaire into Russian**  
FSBSI MHRC, MSUPE, Moscow, Russia  
Psychiatric University Clinics (UPK) Basel Department of Child and Adolescent Psychiatry,  
Basel, Switzerland

**Keywords:** questionnaire, adaptation, translation, identity, adolescents

**Введение.** В настоящее время в распоряжении отечественных клинических психологов имеется ограниченное количество диагностических средств для обследования и изучения специфики становления и нарушений формирования идентичности личности в подростковом возрасте. Несомненно, что становление идентичности как одного из структурных компонентов личности, является важной задачей онтогенеза, особенно его пубертатного, подросткового этапа.

Работа над переводом любых методических средств, в том числе опросников, требует высокой квалификации и переводчика, и специалистов-психологов [1,2,3].

**Материал и организация работы.** Предлагаемые материалы – рефлексия опыта совместной работы авторов-психологов двух стран над российской адаптацией опросника AIDA. Возрастной интервал применения – 12-18 лет. Методика была создана в Германии, затем адаптирована в Швейцарии, Великобритании и др. странах. Опросник входит в целый блок психодиагностических средств оценки личностных расстройств в подростково-юношеском возрасте, прежде всего идентичности личности. В данной публикации мы обсуждаем возможности и проблемы перевода одного из них. Не описывая подробно саму методику, укажем, что она является анкетным опросником для самоотчета с 5 вариантами выбора (от «нет» до «да»), в котором используется Лайкертская шкала. Он содержит 58 пунктов, отражающих ряд факторов, определяющих нормативную и нарушенную идентичность личности. Отметим ряд трудностей, с которыми мы соприкоснулись в ходе адаптации опросника AIDA. На первом этапе – перевод пунктов опросника – основные трудности касались собственно адекватности-неадекватности перевода (общая идея – конкретное воплощение должны совпадать в каждом пункте). На втором этапе – проверка психометрических свойств инструмента в пилотном исследовании – показана недостаточная четкость ряда формулировок, т.к. необходимые коэффициенты по факторам были невысокими по сравнению с опытом адаптации этого опросника в других языках и странах [4]. На третьем шаге – расширение выборки пилотной группы – показано улучшение некоторых коэффициентов с расширением выборки.

**Результаты.** Рассмотрим три этапа работы над адаптацией опросника подробнее. Первый шаг – прямой и обратный перевод каждого из предложений опросника. Здесь помощь оказывает возможность обращения к опыту перевода опросника на другие языки (например, немецкий). Всего в опроснике AIDA содержится 58 утверждений, 2 шкалы и несколько субшкал. На этапе перевода у авторов оригинального опросника возникали вопросы к российским переводчикам по 16 пунктам.



Часть из них были связаны с опасением, понятна ли та или иная формулировка подростку 12 лет, другие имели иные причины (идиоматические выражения, культурная специфика). После проведения пилотного исследования 8 пунктов из этих 16 были сняты. Примеры изменения предложения на этапе первого перевода. Оригинальный вариант предложения на английском: "If someone praises me or others see me succeeding, I feel "on top of the world". Первый вариант перевода на русский: «Если кто-то хвалит меня или видит, что я успешен, я чувствую себя, словно на седьмом небе». В ходе обсуждения с авторами опросника мы остановились на следующем варианте: «Мне нужно, чтобы меня хвалили для того, чтобы я поверил в себя». Заметим, что при проведении пилотного исследования данный пункт не вызвал никаких нареканий. Другую особенность работы отражает следующий пример, когда на этапе прямого и обратного перевода у авторов не было претензий и замечаний к качеству переводов, но проведение пилотного исследования внесло свои коррективы – статистические показатели в пилотной русской версии «работали» иначе, чем это было заложено в оригинальной версии. Например, предложение «I have hobbies or interests that have become a part of who I am», в первой версии было переведено как: «У меня есть хобби или интересы, без которых я не могу себя представить», но после проведения пилотажного исследования выяснилось, что данная версия перевода не отражает смысл изначального предложения, и по согласованию с автором был выбран второй вариант перевода: «У меня есть хобби или интересы, которые придают моей жизни стабильность». Второй этап работы - проведение пилотного испытания. В нашей выборке было 49 испытуемых в возрасте 12-18 лет. По результатам статистической обработки и сопоставления авторами методики основных параметров анализа (коэффициентов, факторов, связей) в зону редактирования попали 8 пунктов, не все из них были «проблематичными» на первом этапе прямого и обратного перевода. Предполагалось, что увеличение выборки пилотного исследования может улучшить качество показателей. Третий этап работы – расширение участников пилотного исследования, всего оказалось 142 испытуемых в возрасте от 12 до 18 лет, из них 54 мальчика и 87 девочек, возраст 12-14 – 89 испытуемых, 15-18 – 52 испытуемых. В результате из восьми вопросов четыре вопроса были сняты с увеличением выборки испытуемых. Оставшиеся четыре вопроса были нами переформулированы и ждут дальнейшей проверки. Приведем примеры для обоих вариантов. Первый вариант: «Другие часто говорят, что я противоречу себе, но я так не думаю» (Others often tell me that I contradict myself, but I don't think I do) - при первом пилотном исследовании это утверждение не набрало достаточный коэффициент, однако увеличение выборки сняло эту проблему, что позволяет оставить первый вариант перевода. Второй пример: «Когда я с кем-то общаюсь, мне важно видеть, находят ли мои слова одобрение у собеседника или нет» - данный пункт получил небольшое улучшение коэффициента на третьем этапе. По нашему мнению, необходимость переформулировать пункт осталась, предлагаемый новый вариант – «Когда я говорю с кем-то, мне важно видеть, что со мной согласны» - эта формулировка нуждается в дальнейшей проверке.

**Заключение.** В ходе работы над адаптацией опросника выявился ряд трудностей, с которыми столкнулись авторы в процессе перевода. Общая характеристика трудностей – многоэтапность работы над адаптацией (известный факт, но всегда его надо повторять) требует внимания к мелочам на всех этапах работы. Трудности перевода связаны с культуральными особенностями и со своеобразием языка, как исходного английского, так и русского. Для примера можно привести английское слово «xrepience», которое должно переводиться на русский язык, прежде всего, в соответствии с контекстом, а не словарным значением этого слова - «опыт», «процесс получения знаний и навыков» и т.п. Важным аспектом работы также является ориентация на количественные показатели, получаемые в процессе апробации опросника. Сотрудничество авторов и адаптирующих методику должно осуществляться достаточно продолжительный период и быть интенсивным. Клинический аспект работы также должен осуществляться в сотрудничестве как с клиницистами, так и авторами психометрических инструментов. При адаптации опросника на многие языки существенной представляется возможность обсуждения близких/далеких по языковой и социокультурной группе версий опросника.

#### Литература

1. Давтян Е. Н., Кудря С. В. Слово в защиту клинициста (об использовании медицинских опросных инструментов в психиатрии) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2014. – Т. 16. – № 2. – С. 59-64.
2. Кудря С. В. Методы контроля качества перевода и способы обнаружения ошибок при переводе исследовательских анкет // Перевод и сопоставительная лингвистика. – 2015. – № 11.

3. Мешкова Т. А., Николаева Н. О. Опыт применения теста пищевых аттитудов (EAT-26) на выборке студенток Москвы // Психиатрия. – 2017. – Т. 73. – № 1.
4. Слободская Е. Р., Гудман Р., Рябиченко Т. И. Психосоциальные факторы эмоциональных проблем и отклонений в поведении подростков // Психиатрия. – 2006. – Т. 2. – С. 28-36.
5. Goth K. et al. Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence-Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. – 2012. – Т. 6. – № 1. – С. 27.

**Иванова П.О., Иванова Е.М**

**Восприятие дружелюбного и агрессивного юмора и смеха и страх насмешки у больных шизофренией**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[polisha.ms.ivanova@gmail.com](mailto:polisha.ms.ivanova@gmail.com)

**Ключевые слова:** шизофрения, страх насмешки, чувство юмора

**Ivanova P.O., Ivanova E.M**

**Aggressive and friendly laughter perception and the fear of being laughed at in patients with schizophrenia**

FSBSI MHRС, Moscow Russia,

**Keywords:** schizophrenia, fear of being laughed at, sense of humour

Современным направлением исследования в клинической психологии является изучение феномена гелотофобии. Ее наличие имеет социально негативные последствия, которые могут проявляться как у здоровых личностей, так и у людей с психическими заболеваниями. Для страха насмешки характерны такие проявления, как убеждение в собственной нелепости, восприятие юмора как враждебного, повышенная тревога и чувство стыда, неспособность использовать юмор в качестве копинг-стратегии [9]. В своем исследовании Т.Платт показала, что здоровые люди с выраженной гелотофобией испытывают трудности различения добродушного подшучивания и агрессивного высмеивания [7]. Предложенный ею опросник сценариев подшучивания и высмеивания (ОСПВ) был адаптирован на российской выборке [3]. Эмпирически показаны нарушения восприятия юмора при шизофрении [2]. Также исследования показали, что при психических заболеваниях повышается гелотофобия [6]. Психические заболевания влекут за собой значительные изменения в сфере чувств, мышления и поведения, сопровождаются снижением способности к совладающему поведению, очевидно, что чувство юмора при психических расстройствах также претерпевает значительные изменения и нарушения, и даже может оказывать дезадаптирующее влияние [6]. Предполагается, что и различение дружелюбного и агрессивного видов смеха нарушается у пациентов с шизофренией. Однако насколько эти нарушения носят первичный характер или связаны со страхом насмешки – остаётся актуальным вопросом.

**Цель** исследования состоит в изучении восприятия дружелюбного и агрессивного юмора и смеха и его связи с гелотофобией у больных шизофренией. Участники исследования: контрольная группа - N=271, 145 мужчин, 126 женщин в возрасте от 18 до 68 лет; больные шизофренией, без выраженного органического фона - N=30, 16 мужчин, 14 женщин в возрасте от 18 до 40 лет.

**Методы:** клиническая беседа, опросник ОСПВ, опросник PhoPhiKat, опросник агрессии Басса Перри. Целью клинической беседы являлось создание атмосферы сотрудничества с пациентом, а также валидизация результатов. ОСПВ был разработан Т. Платт для выявления способности различать дружелюбный и агрессивный юмор и смех[7]. Опросник Т. Платт включает 9 сценариев – 4 на подшучивание, 4 на высмеивание и 1 неопределенный. К каждому из сценариев предложено 7 эмоций: радость, грусть, гнев, отвращение, удивление, стыд и страх. Опросник PhoPhiKat [5] использовался для оценки гелотофобии. Опросник Басса-Перри[1] использовался для диагностики агрессии – в частности для выявления связи гелотофобии с враждебностью.

**Результаты.** Несмотря на трудности восприятия эмоционального контекста ситуаций, участники экспериментальной группы в целом различали сценарии подшучивания и высмеивания в данном исследовании. Сравнение выраженности эмоций между контрольной и экспериментальной группой показало, что по всем шкалам эмоций при обоих сценариях, кроме радости при высмеивании, у пациентов с шизофренией средняя выраженность эмоций ниже, чем у контрольной группы, в большинстве случаев различия высоко значимы. Эти данные могут объясняться эмоциональной

уплощенностью пациентов с шизофренией [2]. Однако, парадоксальным образом, радость при сценарии агрессивного высмеивания у пациентов значимо выше, чем в контрольной группе. Участники экспериментальной группы могут неадекватно идентифицировать себя защитным образом с агрессором, данный механизм, возможно, проявляется в преувеличенном восприятии себя как нелепого и смешного, провоцирующего враждебный смех со стороны окружающих [2].

Сравнение эмоций при сценариях дружелюбного подшучивания и агрессивного высмеивания в контрольной и экспериментальной группе показало следующее. В норме люди различают два типа смеха, по-разному на них реагируя, однако, в экспериментальной группе были выявлены трудности различения обоих сценариев, так как по большинству эмоций различий между сценариями не наблюдалось. Пациенты с шизофренией различали сценарии дружелюбного подшучивания и агрессивного высмеивания лишь по двум эмоциям: грусть и страх, на уровне тенденции, близкой к значимой – по гневу. Это говорит о том, что позитивные эмоции (радость) не позволяют различать «добрый» и «злой» виды смеха пациентам с шизофренией. Для них эти социальные ситуации отличаются лишь уровнем угрозы. Выраженная гелотофобия может быть характерна как для психически здоровых людей, так и для больных шизофренией. В данном исследовании гелотофобия больше связана с чувством страха, чем со стыдом, что согласуется с предыдущими исследованиями [6]. Гелотофобия, для которой больше характерен страх, чем стыд, связана с ожиданием попадания в негативные ситуации в будущем и выраженным беспокойством по этому поводу, в отличие от стыда, который связан является менее патологичной, так как связана с ощущением собственной ничтожности, беспомощности и отверженности. Если в группе психически здоровых лиц выраженные значения гелотофобии являются риском социальной дезадаптации, то у больных шизофренией – это показатель менее выраженного дефекта [6].

**Выводы.** Пациенты с шизофренией хуже различают сценарии добродушного подшучивания и агрессивного высмеивания, ориентируясь на меньшее количество эмоций, чем психически здоровые люди. Гелотофобия при шизофрении выше, чем у здоровых людей. При шизофрении выраженность гелотофобии влияет на способность к различению добродушного подшучивания и агрессивного высмеивания, но не столь выражено, как в норме.

#### Литература

1. Ениколопов С. Н., Дибулский Н. П. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А.Басса и М.Перри// Психологический журнал. 2007. № 1. с. 115—124.
2. Иванова, Е.М. Нарушения чувства юмора при шизофрении и аффективных расстройствах: дис. ... канд. психол. наук: 2.03.2007 / Иванова Елена Михайловна. - М., 2007.
3. Иванова П.О., Иванова Е.М., Восприятие дружелюбного и агрессивного юмора и смеха при гелотофобии. Сборник тезисов Пироговской конференции 2017, стр. 276
4. Мартин, Р. Психология юмора: пер. с англ. / Р. Мартин // Под ред. Л. В. Куликова. – СПб.: Питер, 2009.
5. Стефаненко, Е.А. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии / Е.А. Стефаненко, Е.М. Иванова, С.Н. Ениколопов, Р. Пройер, В. Рух // Психологический журнал, 2011. - Том 32, № 2. - С. 94–108.
6. Polimeni J., Reiss J. P. Humor perception deficits in schizophrenia // Psychiatry Res. 2006. N 141. P. 229—232.
7. Стефаненко Е. А. Психологические особенности гелотофобии (страха насмешки) при шизофрении и аффективных расстройствах: дисс. на соиск. уч. степ. канд. психол. наук / Е. А. Стефаненко – М.: 2014. – 136 с.
8. Forabosco, G. The fear of being laughed at among psychiatric patients / G. Forabosco, W. Ruch, P. Nucera // Humor: International Journ. of Humor Research. - 2009 - Issue 22 (1-2). - Pp. 233–252.
9. Platt, T. Emotional responses to ridicule and teasing: Should gelotophobes react differently? / T.Platt// Humor: International Journal of Humor Research, 2009.Pp.105 – 128
10. Ruch W. Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at Introduction and overview / W. Ruch// Humor: International Journal of Humor Research. – 2009.–№ 22 (1–2). –P.126.
11. Titze M. The Pinocchio Complex: Overcoming the fear of laughter [Text] / M. Titze // Humor and Health Journal. – 1996. – V. 5. – P. 1–11.

**Иосифян М.А.**

**Современные направления изучения социальной мотивации и модели психического при расстройствах аутистического спектра**

МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия  
[marina.iosifyan@gmail.com](mailto:marina.iosifyan@gmail.com)

**Ключевые слова:** социальная мотивация; модель психического; аутизм

**Keywords:** social motivation; theory of mind; autism

Мотивация - один из центральных конструктов в психологии с момента ее основания. Исследования мотивации как сложного конструкта включают сразу несколько уровней анализа, от нейронных процессов до индивидуальных различий. В клинической психологии в последнее время особую актуальность приобрел вопрос о взаимодействии мотивации с когнитивными процессами. В частности, с моделью психического (Theory of mind, далее ТОМ) - способностью понимать мысли, чувства и намерения другого./ Вопрос о взаимодействии мотивации и когнитивных процессов не является новым для клинической психологии. Так, в работах Юрия Федоровича Полякова и его коллег ставился вопрос о взаимосвязи мотивационных и когнитивных нарушений [1]. В настоящее время актуальность этого вопроса связана с тем, что были выдвинуты две разные по своей сути теории о природе первичного дефекта при расстройствах аутистического спектра (РАС). Первая из них - теория "слепоты ума" - была выдвинута Саймоном Бэрн-Козном в 1985 году [3]. Эта теория предполагает, что нарушение ТОМ является первичным дефектом при РАС. У ребенка, который неспособен понять намерения других людей, вследствие этого не формируется социальная мотивация. В настоящий момент эта теория является не единственной теорией, объясняющей природу РАС, но остается одной из ведущих.

Значительно позднее, в 2012 году, возникла теория социальной мотивации [6]. Эта теория предполагает, что первичным дефектом при РАС является нарушение социальной мотивации: у ребенка нарушена мотивация общения, взаимодействия с другими людьми, поэтому у него/нее не формируются когнитивные способности понимания намерений другого (ТОМ). Теория социальной мотивации и "слепоты ума" не могут претендовать на исчерпывающее объяснение природы РАС. Так, они в большей степени приложимы к нарушениям, связанным с трудностями социальных взаимодействий и проблемам вербальной/невербальной коммуникации, но в гораздо меньшей степени приложимы к таким нарушениям, как паттерны стереотипных движений и повторяющегося поведения [7]. В данном обзоре мы сознательно концентрируемся на проблеме взаимодействия социальной мотивации и ТОМ, не предполагая, что она обеспечит исчерпывающее понимание природы РАС.

Социальная мотивация изучается на поведенческом уровне и на уровне нейронных процессов. На поведенческом уровне известно, что стимулы релевантные социальной мотивации (лица, звуки голоса, прикосновения) с младенчества привлекают к себе большее внимание, чем другие объекты. Однако, у детей с РАС социальные стимулы не привлекают к себе такое внимание: дети с РАС не демонстрируют предпочтения социальным стимулам (например, звукам речи) по сравнению с несоциальными (например, механическими шумами; [9]). Более того, люди с РАС в меньшей степени реагируют на поощрения, связанные с положительной социальной оценкой (например, похвалу; [5]).

На уровне нейронных процессов известно, что области, связанные с активацией мотивационной системы, в меньшей степени активируются у людей с РАС в ответ на восприятие социальных стимулов (например, лиц) и выражения социального одобрения (например, похвалы или наоборот отвержения; [8]). Подобные проявления (слабая по сравнению с нормой активация областей мотивационной системы) наблюдаются именно в условиях социального взаимодействия, например, игры с соперником-человеком [2]. При этом, они не наблюдаются при активности за рамками этих взаимодействий (игры с соперником-компьютером).

Как и нарушения социальной мотивации, нарушения ТОМ также изучаются на поведенческом уровне и на уровне нейронных процессов. На поведенческом уровне широко используются задачи, для решения которых человеку необходимо поставить себя на место другого и понять его/ее мысли, чувства и намерения. В работах Юрия Федоровича Полякова и его коллег еще до появления теории "слепоты ума" изучались нарушения способности понимания психики другого человека.

С возрастом интереса к проблеме нарушений ТОМ начали появляться другие методы измерения этого конструкта. Например, известная задача о Салли-Энн: ребенку показывают двух кукол,

Салли и Энн. Он/а наблюдает, как Салли берет мячик, кладет его в корзину и уходит погулять. В ее отсутствие, Энн забирает мячик и кладет его в другую корзину. Ребенку задают вопрос: когда Салли вернется, где она будет искать мячик? Поданным исследований, к четырем годам дети как правило правильно решают эту задачу [3]. Показано, что дети с РАС решают такие задачки хуже.

Помимо понимания знаний и намерений другого человека, используются также задачки на понимание эмоций, испытываемых другим человеком; например, тест “чтения по глазам” [4]. Вместо того, чтобы предъявить человеку фотографию лица и спросить, какую эмоцию испытывает изображенный человек (радость, грусть и так далее), человеку предъявляют только изображения глаз, чтобы усложнить задачу. Необходимо угадать, какую эмоцию испытывает человек, глядя только на изображение его/ее глаз. Показано, что люди с РАС выполняют этот тест хуже, чем люди из условной группы нормы. На уровне нейронных процессов было обнаружено, что в ситуации, которая требует у людей с РАС понимания намерений другого человека (например, при игре с соперником-человеком), наблюдается значимо низкая активация зон, связанных с ТОМ по сравнению с группой условной нормы [2].

Существуют исследования, которые включают в свой дизайн как измерение социальной мотивации, так и ТОМ у людей с РАС. Эти исследования сравнивают активацию зон мозга, связанных как с социальной мотивацией, так и с ТОМ, у людей с РАС во время выполнения задач без социального контекста и в этом контексте. Так, в одном исследовании сравнивали активность этих зон в группе условной нормы и в группе людей с РАС при игре в домино с соперником-компьютером (ситуация вне социального контекста, без взаимодействия с другим человеком) и при игре с соперником-человеком (ситуация в рамках социального контекста; [2]). Во втором случае у людей без РАС повышалась активация как зон, связанных с социальной мотивацией, так и зон, связанных с пониманием намерений другого человека. В то время как у людей с РАС активация этих зон была значительно ниже.

Таким образом, РАС характеризуются как нарушениями социальной мотивации, так и нарушениями ТОМ. Однако, теория социальной мотивации и “слепоты ума” предполагают не просто наличие этих нарушений. Они предполагают, что существует причинно-следственная связь между мотивационными и когнитивными нарушениями при РАС. Доказать не просто сосуществование, но наличие причинно-следственной связи между нарушениями мотивационных и когнитивных процессов существенно сложнее. Для этого необходимы исследования, не просто констатирующее те или иные нарушения, но те, дизайн которых позволит сделать выводы относительно причинно-следственной природы отношений между мотивацией и когнитивными процессами. Так, подобное исследование было проведено в отношении мотивации денежной награды (не социальной мотивации) и такой когнитивной функции, как память, у пациентов с шизофренией [10]. Исследователи манипулировали величиной денежной награды и отслеживали, какой эффект эта манипуляция произведет на память. Оказалось, что в группе условной нормы с повышением мотивации (денежной награды) растет эффективность запоминания. У пациентов с шизофренией этот эффект наблюдается в значительно меньшей степени. Однако, большая часть исследований, изучающих причинно-следственные отношения между мотивацией и когнитивными процессами - связаны с мотивацией денежной награды, а не с социальной мотивацией.

Таким образом, в настоящее время актуально изучение причинно-следственных отношений между социальной мотивацией и ТОМ. С одной стороны, это поведенческие исследования, манипулирующие социальной мотивацией и прослеживающие ее влияние на активность ТОМ у людей с РАС. С другой стороны, это исследования с помощью методов нейровизуализации, которые могут выявить нейронные механизмы мотивационно-когнитивного взаимодействия и показать, как меняется активность и взаимодействие зон мозга, связанных с ТОМ и социальной мотивацией.

#### Литература

1. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении. М.: МГУ, 1991.
2. Assaf, M., Hyatt, C. J., Wong, C. G., Johnson, M. R., Schultz, R. T., Hendler, T., & Pearlson, G. D. (2013). Mentalizing and motivation neural function during social interactions in autism spectrum disorders. *NeuroImage : Clinical*, 3, 321–331.
3. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37–46.

4. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 42(2), 241–251.
5. Chevallier, C., Grèzes, J., Molesworth, C., Berthoz, S., & Happé, F. (2012). Brief report: Selective social anhedonia in high functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1504–1509.
6. Chevallier, C., Kohls, G., Troiani, V., Brodtkin, E. S., & Schultz, R. T. (2012). The Social Motivation Theory of Autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(4), 231–239.
7. Happé, F., Ronald, A., & Plomin, R. (2006). Time to give up on a single explanation for autism. *Nature Neuroscience*, 9(10), 1218–1220.
8. Masten, C. L., Colich, N. L., Rudie, J. D., Bookheimer, S. Y., Eisenberger, N. I., & Dapretto, M. (2011). An fMRI investigation of responses to peer rejection in adolescents with autism spectrum disorders. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 1(3), 260–270.
9. Riby, D. M., & Hancock, P. J. B. (2008). Viewing it differently: social scene perception in Williams syndrome and autism. *Neuropsychologia*, 46(11), 2855–2860.
10. Thornton, A. E., Boudreau, V. G., Griffiths, S. Y., Woodward, T. S., Fawkes-Kirby, T., & Honer, W. G. (2007). The impact of monetary reward on memory in schizophrenia spectrum disorder. *Neuropsychology*, 21(5), 631–645.

**Исупова Е.О.**

**Опыт применения арт-терапии в психиатрической больнице**

ГУ "Кomi Республиканская психиатрическая больница", Сыктывкар, Россия,  
[nilovskaya@mail.ru](mailto:nilovskaya@mail.ru)

**Ключевые слова:** арт-терапия, изобразительная деятельность, психиатрические пациенты

**Isupova E.O.**

**The experience of using art therapy in a psychiatric hospital**

GU "Komi Republican psychiatric hospital", Syktyvkar, Russia

**Keywords:** art therapy, expressive activity, psychiatric patients

**Введение.** Применение такого относительно нового направления психотерапии и психологической реабилитации психически больных как арт-терапия активно развивается в последние годы не только в зарубежной, но и российской психиатрической практике. Основными задачами данной терапии является стабилизация психического состояния душевнобольных пациентов, предупреждение новых обострений, преодоление негативных последствий болезни. Многофункциональным и эффективным в психосоциальной реабилитации психически больных является групповой метод арт-терапии.

**Материал и метод.** Наш опыт применения групповой арт-терапии в условиях дневного стационара Коми Республиканской психиатрической больницы показывает психотерапевтическую эффективность использования разнообразных техник данного метода. Участниками арт-терапевтического процесса являются медицинский психолог и психиатрические пациенты, страдающие различными психическими заболеваниями (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, депрессивные состояния, органическое поражение головного мозга, умственная отсталость). Групповые арт-терапевтические встречи в отделении проводятся психологом два раза в неделю, длительность одного занятия составляет 1-1,5 часа. Используются следующие формы работы: изобразительная деятельность, музыкальное взаимодействие, танцдвигательная терапия, сказкотерапия, элементы аутогенной тренировки и техники релаксационного характера. Группы являются открытыми, добровольными, смешанными по половому и возрастному признаку, с участием пациентов с различными психическими расстройствами (чаще с шизофренией и депрессивными расстройствами). Все больные, кроме прохождения курса арт-терапии, получают психофармакологическое лечение. Больные с острыми психическими расстройствами в арт-терапевтические группы не включаются. Завершение работы в группе чаще совпадает с выпиской пациента из дневного стационара. Выбор арт-терапевтических техник зависит от потребностей группы и корректируется психологом на разных этапах терапевтического процесса. Арт-терапия является естественным средством самовыражения личности, в связи с этим продукты творчества показывают эмоции, настроения и мысли человека, выражающего себя с помощью рисунка, танца и других видов деятельности.

**Результаты.** В ходе занятий прослеживается динамика настроения, активности, самооотношения, способов взаимодействия пациентов с психологом и между собой, направленность коммуникации.

Динамическая оценка терапии включает в себя текущую клиническую оценку психического статуса пациентов, промежуточную психологическую оценку, письменные отчеты пациентов о изменениях в своем состоянии, оценку изобразительной продукции. Большую часть занимают занятия, посвященные изобразительной деятельности, которая позволяет пациентам выражать в художественной форме свои мысли и чувства, связанные, в том числе, со значимыми проблемными ситуациями. Кроме того, рисование способствует прояснению и осознанию пациентами системы своих отношений, включая отношение к самим себе. Завершающие занятия курса арт-терапии также проводятся с использованием изобразительных техник, что, в первую очередь, дает возможность оценить динамику эмоционального состояния пациентов. Помимо этого, с помощью данных техник у пациентов есть возможность посмотреть на свою проблему заново, самому увидеть варианты ее решения, прорисовав и обсудив ее в группе. Пример использования техники рисования в круге. Мужчина, 40 лет, с депрессивной реакцией и нарушением адаптации в результате развода с женой, нарисовал шесть рисунков, отражающих его актуальные эмоции. В процессе рисования использованы насыщенные цвета, достаточно сильный нажим карандаша. Изображения эмоционально насыщенные, что указывает на яркие, сильные эмоции, преимущественно негативные, использованы спирали, круги, туннель. Пациент отмечает, что после зарисовки своего состояния многое понял, осознал, увидел, что среди негативных эмоций есть светлые, позитивные эмоции, которые он не выпускает, отталкивает: "Я всё время думаю о прошлом, хожу по кругу, запутал и загнал сам себя в тупик. Нужно видеть больше хорошего. Изображение цветка означает всё хорошее в моей жизни - это дети, работа, надежда, вера в будущее". Пациент высказался, при этом плакал, не скрывая своих чувств от остальных участников группы, в конце занятия отметил, что психологически стало намного легче. Рисунки больных шизофренией отличаются аморфностью, ограниченным набором цветов, незавершенностью. Например, пациент, 28 лет, с шизофренией, на первых занятиях изображает свои эмоциональные состояния следующим образом: одиночество изображено в виде безликого человека, спокойствие в виде одной черты, остальные состояния в виде штриховки, описывает их как "просто отрицательные эмоции". На последующих занятиях пациент более коммуникативно активен и эмоционально открыт. В середине курса этот же больной творчески и эмоционально раскрепощается, предпочтением отдает акварели, а не карандашам. В рисунках появляются насыщенные цвета, отмечаемые самим пациентом, как "хорошие, положительные". В завершении курса увеличивается цветовое насыщение, кроме этого появляется композиция, структурированность, свойственная больным шизофренией, преобладают светлые, яркие тона. Сам пациент по окончании работы отмечает положительные эмоции, улучшение настроения. Каждая рисуночная техника по-разному воспринимается и принимается членами группы. Кому-то необходимо побыть с собой наедине, и они охотно рисуют, сочиняют; другие стремятся к групповой поддержке и предпочитают занятия, направленные на тесное групповое взаимодействие. Через 8-10 групповых занятий улучшается эмоциональная атмосфера в группе, понимание друг друга. Совместная творческая работа формирует теплые, доверительные отношения между всеми участниками арт-терапевтического процесса.

**Выводы.** Групповая арт-терапия достаточно результативна при психологической реабилитации пациентов психиатрической больницы. Занятия способствует повышению самопознания и творческого самовыражения. В ходе арт-терапевтических встреч больные отмечают повышение самознания, формирование новых интересов, снижение чувства одиночества, пустоты существования, эмоциональный подъем, раскрытие творческих возможностей. Рисование развивает у пациентов способность выражать чувства и мысли в невербальной форме.

**Калашникова А.С.**

**К вопросу о преимуществах метода психологического ретроспективного анализа текстов**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,  
[kaspys@mail.ru](mailto:kaspys@mail.ru)

**Ключевые слова:** герменевтика, метод, анализ текстов, продукты творчества

**Kalashnikova A.S.**

**To the question of the psychological advantages of the method of retrospective analysis of texts**

MSUPE, V.Serbsky NMRCPN of the MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** hermeneutics, method, analysis of texts, the products of creativity

**Введение.** Традиционно медицинская психология использует стандартный набор методов, ведущими из которых являются наблюдение, направленная психологическая (клинико-психологическая) беседа, эксперимент (экспериментально-психологические методики исследования различных психических функций), проективные техники, субъективное шкалирование, а также опросники. К реже встречающимся можно отнести анализ медицинской документации [1] и анализ продуктов творчества (дневников, заметок, писем, стихов, рисунков и т.д.). Как раз данные методы, не получившие широкого использования в практике медицинской психологии, становятся незаменимыми при решении более узких практических задач, например, в рамках экспертно-диагностической деятельности и работе с лицами, пытавшимися окончить жизнь самоубийством. В данном случае центральным методом исследования выступает психологический ретроспективный анализ материалов уголовного дела, являющийся разновидностью герменевтического подхода. В отличие от традиционной парадигмы, согласно которой под герменевтикой понимается искусство и теория толкования письменных источников, в психолингвистике понятие текста трактуется в более широком плане и подразумевает не только фиксированный текст, но и определенные события, обладающие сложной смысловой и знаковой структурой [3]. Примером первого использования герменевтического подхода в психологии является метод анализа предсмертных записок в случаях завершенных суицидов – «психологическая аутопсия» [4]. Затем он получил развитие при производстве посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы психического состояния лица, окончившего жизнь самоубийством, в которой имеет место «психодиагностика без субъекта», в связи с чем проведение классической батареи психодиагностических методов является невозможным, а события прошлого изучаются только через анализ зафиксированной в документах информации. Анализируемым текстом в этом случае выступает не только само предсмертное письмо, но и любые продукты творчества суицидента, созданные в предшествующий смерти период – рисунки, поделки, мимоходные записи, рассказы, стихи и пр. Вместе с тем психолингвистическому и психосемантическому анализу могут подвергаться высказывания родственников и знакомых погибшего лица. В ряде случаев герменевтический метод анализа текстов целесообразно применять вместе или даже вместо существующей в общесоматических стационарах процедуры диагностики суицидальных намерений лиц, совершивших суицидальные попытки, в целях вторичной профилактики аутоагрессивного поведения [2]. Параллельно с развитием методологии производства посмертных экспертиз психического состояния суицидента принципы психологического ретроспективного анализа распространились на изучение всех материалов дел, как уголовных, так и гражданских, как обязательная часть экспертного исследования. Так, анализ материалов дела позволяет не только четко уяснить фабулу дела, провести психологический анализ индивидуально-психологических особенностей подозреваемого и динамики его психического состояния с учетом взаимодействия его личности с юридически значимой ситуацией, но и иметь возможность сопоставить полученную при этом экспериментально-психологическом исследовании информацию с объективными данными, зафиксированными в материалах дела, для верификации экспертных выводов. В настоящее время активно развивается методология производства в том числе заочных и посмертных экспертиз в гражданском процессе по делам о «пороках воли», в которых метод психологического анализа материалов дела становится единственно доступным для психологов-экспертов. Вне зависимости от области применения данного метода он имеет ряд особенностей. Во-первых, психологический (герменевтический) анализ информации всегда направлен на исследование событий и психической деятельности лица в прошлом, вследствие чего следует отметить его реконструирующий характер. Во-вторых, данный метод при невозможности применения экспериментальных процедур и валидизированных тестов может полностью заместить их при производстве заочных, в том числе посмертных, экспертиз или при отказе лица от беседы и выполнения предложенных методик. В-третьих, герменевтический анализ информации является первичным методом по отношению к основным психодиагностическим процедурам. В-четвертых, психологический ретроспективный анализ предполагает по сравнению с



другими методами более обширное и глубокое использование специальных знаний эксперта-психолога.

При использовании данного метода в качестве текста могут выступать медицинская документация, продукты творчества (письма, дневники, литературные и художественные произведения, а также заявления в государственные учреждения и правоохранительные органы), аудио- и видеозаписи событий жизни и т.п. Зафиксированная продукция при этом исследуется как по содержанию через анализ размышлений, оценок, ценностных ориентаций, установок, мотивов и побуждений автора, так и по форме выполнения – оценивается тщательность, аккуратность, педантичность письменных записей, используемая символика, особенности лексики, цвет (в картинах, рисунках) и пр. Краткое описание сути метода можно свести к следующим этапам. В первую очередь, производится выделение смысловых опорных точек – того, что в зафиксированном источнике информации (тексте) не подлежит вариативной интерпретации. Во-вторых, психолог выделяет то, что непосредственно в источнике не представлено или допускает неоднозначное толкование – «лакуны». В дальнейшем работа с лакунами происходит путем заполнения их данными очной диагностики (при возможности) и компенсации информационных пропусков, т.е. перевода имеющейся информации на психологический язык через интерпретацию и обобщения первого и второго порядков. И наконец, на завершающем этапе происходит создание целостной непротиворечивой модели личностных свойств человека, его ценностных ориентаций, особенностей мотивационно-потребностной сферы, особенностей переживания им конфликта, мотива и повода его поступка и пр. [3].

**Резюме.** Метод психологического ретроспективного анализа информации, в ряде случаев объединяясь с основными психодиагностическими методами, является неотъемлемым инструментом современного клинического психолога.

#### Литература

1. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М. МГУ, 1980. 157 с.
2. Калашникова А.С. Использование герменевтических приемов при диагностике суицидального поведения // Сборник тезисов участников Всероссийской конференции по юридической психологии с международным участием «Коченовские чтения: Психология и право в современной России» [Электронный ресурс]. М.: МГППУ, 2012. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library145.pdf> (дата обращения: 03.02.2018).
3. Сафуанов Ф.С., Калашникова А.С. Методические основы производства заочных и посмертных судебных психологических экспертиз в гражданском процессе: Методические рекомендации для экспертов. М.: РФЦСЭ при Минюсте России, 2011. 61 с.
4. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 315 с.

**Каримулина Е.Г., Соловьева Е.А.**

**К исследованию различных компонентов двигательной памяти у дошкольников и младших школьников**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** двигательная/моторная память, мелкая и крупная моторика, нейропсихологических подход, нейропсихологические пробы

**Karimulina E.G., Solovyova E.A.**

**Study of different components of motor memory among primary school children**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** motor memory, fine and gross motor skills, neuropsychological approach, neuropsychological tests

**Введение.** Исследование памяти является традиционной областью клинической психологии. Нейропсихологический подход был реализован в исследовании детей с трудностями в обучении с помощью методики «ДИАКОР», направленной на определение особенностей двигательной, слухоречевой и зрительной памяти для выявления специфики иррегулярности развития [1]. Экспресс-диагностика сформированности памяти позволила выявить разные механизмы трудностей обучения у детей. В соответствии с традициями исследования в рамках нейропсихологических представлений о высших психических функциях в данной работе изучается двигательная память, связанная с запоминанием последовательности дискретных движений для крупной и мелкой моторики. Представление о двигательной сфере включает не только многоуровневое строение отдельных двига-

тельных актов (Н.А.Бернштейн), но также подразумевает многообразие движений, связанных с вовлечением отдельных частей тела или всего тела. Различают мелкую и крупную моторику, или, по другому, тонкую и грубую (fine and gross motor skills), также говорят об общей и ручной моторике, дифференцируют моторику рук и ног, моторику, связанную с овладением письма и других сложных видов деятельности (например, игры на музыкальных инструментах). Мелкая моторика - движения малой амплитуды, связанные с точностью движения кистей рук и пальцев (например, поднятие маленьких предметов, удержание ложки), сюда же относятся движения губ и языка. Крупная моторика - способность совершать движения большой амплитуды (переворачивание, подъем с места, ползание, бег, прыжки), при этом используются крупные мышцы рук, ног, торса, стоп. Интерес к мелкой моторике связан с тем, что орудийная деятельность является источником психического развития человека. В клинической и экспериментальной психологии изучается соотношение развития моторики (крупной и мелкой) с интеллектом, с развитием речевой функции, у детей при различных отклонениях развития (РАС, СДВГ и другое) [2]. В общей нейропсихологии различают такие виды нарушений двигательного анализатора, как кинетическая (эфферентная), кинестетическая (афферентная), пространственная (конструктивная, апрактогнозия), регуляторная («префронтальная», идеаторная) апраксия. Лурия А.Р. рассматривал движения и действия как сложную функциональную систему, состоящую из нескольких компонентов [3]. Остается неясным взаимодействие мелкой и крупной двигательных систем, их соотношение, возможности взаимопомощи и противостояния. С одной стороны, они имеют относительную независимость друг от друга, с другой - в онтогенезе крупная и мелкая моторика развиваются одновременно: ребенок тянется к игрушке всем телом, чтобы схватить ее рукой. Движения подразделяются на рефлекторные, локомоторные, произвольные (поведенческая программа), автоматизированные. Считается, что контроль за движениями формируется в направлении от головы к ногам, т.е. сначала контролируются движения головы, рта, языка, потом шеи, далее плеч, рук: прежде кистей рук и кистей рук прежде, чем пальцев. Развитие двигательной системы идет в направлении от центра к периферии, от головы к «хвосту». Крупные движения контролируются раньше мелких движений любой части тела. Например, ребенок раньше умеет соединять руки вместе, прежде чем научается перекладывать игрушку из одной руки в другую. Мелкие и крупные движения развиваются последовательно и вместе. Двухлетний ребенок сортирует игрушки по форме. Он удерживает тело и одновременно крепко держит фигурки, далее он может поворачивать и переворачивать их, чтобы поместить их по форме и вставить в нужную прорезь. Крупные движения делятся на две подгруппы: локомоторные движения (бег, прыжки, скольжение, плавание) и движения с предметом (бросание, удар по предмету, хватание). Мелкие движения (движения рук, запястий, пальцев рук и ног, а также движения стоп) - это движения, которые включают удержание предмета большим пальцем и противопоставленными большому другим пальцами, письмо, моргание (глазодвигательная функция). Эти движения нужно координировать. Младший школьный период - наиболее ответственный в формировании письма, немалую роль в котором играет моторная память [2].

Актуальность исследования двигательной системы и, в частности, двигательной памяти у младших школьников с трудностями обучения связана с коррекцией нарушения формирования ВПФ. Система коррекции по принципу «замещающего онтогенеза» строится на допущении, что выработка определенного двигательного стереотипа на более позднем этапе онтогенеза позволит оказать корректирующее воздействие на соответствующие отделы мозга и скомпенсировать имеющиеся трудности. Предполагается, что ползание как крупная моторика способствует улучшению пространственного восприятия и далее коррекции пространственного компонента мелких движений (письма). Вопрос о переносе моторных навыков от крупных движений к мелким остается открытым. Как происходит перенос отработанных навыков из одной системы в другую? Как соотносится представление о развитии мелкой моторики с педагогическими методами, которые используются педагогами в повседневной работе? Например, в первом классе при изучении прописных букв эти буквы прописываются обучающимися в воздухе, при этом вовлекается большое количество групп мышц не только рук, но и всего тела. Эти и другие вопросы нуждаются в пристальном изучении.

**Материал и методы.** Исследование двигательной сферы охватывало изучение моторики с помощью традиционного набора нейропсихологических проб (проба на реципрокную координацию, реакция выбора, прaxis-позы пальцев рук, К-Р-Л). Помимо изучения динамического, простран-

ственного, афферентного параметров праксиса исследование моторной памяти доставалось по аналогии с изучением слухоречевой памяти нижеисследующими пробами. В данном исследовании набор методик был расширен для понимания особенностей запоминания движений, нами введены новые двигательные комбинации. Дети запоминали последовательности дискретных поз кистей рук (мелкие движения) поочередно правой и левой руками, а также поз обеих рук (крупные движения) одновременно по следующей схеме: 3 позы правой рукой - воспроизведение, затем 3 другие позы правой рукой - воспроизведение, далее воспроизведение первой группы поз и второй группы (запоминание поз рук «две группы по три») и аналогично для поз рук (плечо-предплечье). Таким образом, показатели моторной памяти дополнялись показателями объема запоминания дискретных движений кистей рук (мелкие движения) по зрительному образцу и по тактильному образцу, а также аналогичными данными для дискретных движений рук (плечи-предплечья-крупные движения) по зрительному образцу и по тактильному. Испытуемые: 3 группы детей по 10 человек (5 мальчиков и 5 девочек) из 3 возрастных групп: дошкольники (6,5 - 6,11 лет), первоклассники (7,0 - 7, 11), четвероклассники (10 лет). Дети группы «норма», не имеющие диагнозов и трудностей обучения.

**Результаты.** Было проведено пилотажное исследование особенностей развития двигательной памяти в норме. Получены результаты, позволяющие скорректировать набор проб для дальнейшего изучения моторной памяти. Небольшая выборка детей дает возможность предварительной оценки направления развития моторной памяти для крупной и мелкой моторики, а также соотношение различных компонентов памяти (динамический, пространственный, кинестетический, регуляторный). В целом, общая моторная память (крупная моторика) по объему и точности запоминания опережает аналогичные показатели для мелкой моторики. Показано, что инертность при запоминании дискретных движений больше проявляется в мелкой моторике, чем крупной.

**Выводы.** Предлагаемая батарея методик позволяет изучать моторную память для крупных и мелких движений, а также оценить иррегулярность развития различных компонентов двигательной системы (регуляторных, динамических, кинестетических, пространственных) для разных возрастных групп, т.е. провести анализ направления развития моторики и моторной памяти в онтогенезе с учетом возраста и пола испытуемых.

#### Литература

1. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Неудавшиеся дети: нейропсихологическая диагностика трудностей обучения. - М.: Ропедагентство, 1997, 2001
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2003
3. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. - СПб.: Питер, 2008.

**Клиппина Н.В., Ениколопов С.Н.**

**Изучение психологических факторов некомплаентного поведения родителей детей, проходящих лечение от жизнеугрожающих заболеваний: задачи клинического психолога.**

ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева», ФГБНУ НЦПЗ Москва, Россия  
nkliip@mail.ru [enikolopov@mail.ru](mailto:enikolopov@mail.ru)

**Ключевые слова:** некомплаентность, родители, детская онкология/гематология

**Klipinina N.V, Enikolopov S.N.**

**Psychological factors of parental noncompliance during treatment of children with life-treated diseases: challenges for clinical psychologist**

Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, FSBSI MHRC, Moscow, Russia,

**Keywords:** noncompliance, parents, children oncology/hematology

Под термином “некомплаентное” поведение обычно подразумевают различного рода нарушения медицинских предписаний пациентом (взрослым или ребенком), проходящим лечение. Однако, для достижения положительного результата в лечении детей/подростков с тяжелыми и жизнеугрожающими заболеваниями (онкологическими/ гематологическими/иммунологическими) необходимо активное участие их родителей, длительное сотрудничество семьи с медицинским персоналом. Таким образом, комплаентное поведение родителя при лечении жизнеугрожающих заболеваний у

детей предполагает: контроль состояния ребенка, соблюдение точности выполнения лекарственных и нелекарственных назначений, гигиены, следование диете и режиму лечения, помощь в мотивации ребенка перед проведением процедур, регулярное посещение клиники, принятие жизненноважных решений в интересах ребенка и т.д.

Случаи некомплаентного поведения родителей, варьирующие от единичных уклонений от выполнения медицинских назначений в лечении ребенка до систематических нарушений значимых предписаний протоколов лечения, а также отказов от лечения, встречаются достаточно часто, не только значительно снижая эффективность лечения детей с жизнеугрожающими заболеваниями, но и приводя к летальным исходам детей/подростков [Клиппина Н.В., Ениколопов С.Н., 2016].

Причины подобного поведения родителей, в большинстве случаев, оказываются для медицинского персонала неясными. Лишь некоторые из групп факторов, становящиеся препятствием лечению, связаны с видимыми трудностями, испытываемыми родителями. Например, социально-экономическая группа факторов (дефицит финансов и средств для обеспечения лечения, обилие социально-бытовых нужд у семьи) и группа факторов, связанных с особенностями заболевания и лечения (неочевидностью угрозы жизни ребенка, неясностью прогноза лечения, наличием негативного опыта лечения, агрессивностью лечения и др.). Психологические факторы некомплаентного родительского поведения, представляющие внутреннюю, скрытую от наблюдателя реальность, изучены мало и несистематизированы. Их выявление и описание является одной из актуальных задач клинической психологии.

Проведенный нами обзор имеющихся в литературе данных и собственного клинического опыта позволяет говорить о существовании как минимум следующих групп психологических факторов: группе социально-культурных факторов (дефиците естественно-научного способа мышления в обществе, потребительском и неуважительном отношении к медицине и т.д.); группе факторов, связанных с особенностями внутренней картины болезни и лечения у родителей (наличии мифов о заболевании и лечении, стойких негативных установок по отношению к лечению); группе социально-психологических и личностных факторов (молодом возрасте родителей, низком уровне их образования, тяжелом эмоциональном состоянии); группе факторов, отражающих особенности взаимодействия родителя с ребенком (тяжелое эмоциональное состояние ребенка, непонимание необходимости лечения, высокий уровень оказываемого сопротивления, конфликты с ребенком и потеря родительского авторитета); группе факторов, связанных с особенностями коммуникации/взаимодействия врач-родитель (отсутствие качественного взаимодействия врач-родитель, патерналистский тип отношений, специфика информирования родителей). Большинство из указанных групп факторов оказываются взаимосвязаны друг с другом, требуют дополнения и более детального изучения.

Задачей медицинского психолога является так же обоснование теоретико-методологического подхода к некомплаентному поведению родителей: разработка специализированного инструментария (позволяющего оценивать некомплаентное поведение родителей) и концепции, позволяющей взглянуть на проблему некомплаентного поведения родителей систематизировано. Перспективным, на наш взгляд, является взгляд на поведение родителя с точки зрения анализа переживаемого ими дистресса, соотношения копинговых стратегий и защитных механизмов. В проведенном нами исследовании была установлена связь некомплаентного поведения матерей с увеличением общих показателей переживаемого ими дистресса (уровнем, интенсивностью и широтой), высокими значениями по таким шкалам дистресса как «депрессия», «обсессивно-компульсивные симптомы», «тревожность», «сензитивность», «фобия»; преимущественным использованием копинговых стратегий: «использование успокоительных», «поведенческий уход от проблем», «отрицание», «использование инструментальной социальной поддержки», «обвинение других», «самообвинение», «катастрофизация»; избегания использования стратегий «омор», «принятие», «планирование», «активное совладание», «позитивное переформулирование и личностный рост», «позитивная переоценка», «позитивная перефокусировка», «фокусирование на планировании» [Клиппина Н.В., Ениколопов С.Н., 2016].

Мониторинг, изучение вклада различных психологических факторов и их взаимосвязи в поведении родителя в процессе лечения детей позволит разработать пути профилактики некомплаентного

поведения родителей, снизить риски снижения эффективности лечения детей с жизнеугрожающими заболеваниями.

#### Литература

1. Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н. «Направления исследований дистресса родителей детей, проходящих лечение от жизнеугрожающих заболеваний». Журнал психиатрии и клинической психологии им.Бехтерева. №1, 2016 г., стр. 29-37.
2. Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н. Исследование адаптации к проводимому лечению у матерей детей с жизнеугрожающими заболеваниями: роль дистресса и совладания. Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн). Научное издание. Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием 29-30 ноября 2016 г/под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. — М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016, стр. 188-191.

**Кобзова М. П.**

**Исследование особенностей мышления в современной выборке испытуемых с помощью методики «Малая предметная классификация»**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[kobzovamp@gmail.com](mailto:kobzovamp@gmail.com)

**Ключевые слова:** современные респонденты, мышление, малая предметная классификация

**Kobzova M. P.**

**Study of thinking in a modern sample of subjects using the methodology "Small Subject Classification"**  
FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** modern respondents, thinking, small subject classification

**Введение.** Одной из востребованных методик, направленных на изучение мышления в клинической психологии является методика «Малая предметная классификация». Данная методика является модификацией «большой» классификации С.Я. Рубинштейн [1], реализованной в лаборатории патопсихологии Института психиатрии, руководимой Ю.Ф.Поляковым. Она направлена на изучение способности испытуемого выделять и систематизировать предметно-содержательные свойства предметов. В частности, с помощью этой методики можно исследовать уровень обобщения и разные виды нарушений мышления. Методика применяется в широком возрастном диапазоне, начиная с детского возраста и далее [2]. Признаками нарушения мышления в этой методике является классификация групп с опорой на конкретные или латентные признаки с искажением обобщения и созданием ситуаций и комплексов. Перед внедрением этой методики в клиническую практику Ю.Ф. Поляков считал необходимым исследовать с ее помощью нормативную выборку. По данным В.П.Критской, Т.К.Мелешко, [3,4] подавляющее большинство здоровых испытуемых в 70-е годы показывали высокий уровень обобщения и создавали группы с характерными признаками предметов, опираясь на социальный и познавательный опыт. За прошедшие 50 лет произошли существенные изменения в социально-культурной и информационной среде. Мы предположили, что это могло повлиять на характер ответов современных респондентов. В настоящем исследовании мы проанализировали ответы респондентов из двух социальных групп: студентов московского ВУЗа и представителей неформальных объединений.

**Материалы и методы.** Было исследовано 35 респондентов: 20 студентов МГУ (юноши в возрасте 17-28 лет, группа 1) и 15 представителей неформальных объединений (юноши в возрасте 16-27 лет, группа 2). Для исследования мышления применялась методика «Малая предметная классификация», изучались такие параметры как «уровень обобщения» и «нарушения мышления» [2]. Испытуемому предъявляется набор карточек с просьбой объединить их в группы по принципу: «что к чему подходит», причем количество групп не указывалось. Предварительно перед инструкцией мы спрашивали у испытуемых: «Все ли знакомо, что изображено на карточках?». Часто испытуемые не узнавали шапку-ушанку, давали такие варианты ответов: «смайлик», «камень», «эмбрион животного», «нора», «окаменелое животное». На 2-м этапе испытуемого просили разделить все карточки только на две группы.

**Результаты.** В первой группе с классификацией на втором этапе, справились 60 %. Трое испытуемых(15%) объяснили отказ раскладывать карточки на 2 группы («одушевленные» и «неодушевленные») тем, что в группе не может быть 1 предмет. 35 % испытуемых классифицировали карточ-

ки по конкретным признакам. Приведем пример такого рода ответов. 1-я группа: «птицы и насекомые» - «в них не так заинтересован человек», 2 группа: «шапка и другие животные» - «в них больше заинтересован человек»; 1-я группа: «хорошо соображающие» - «свинья, волк, ласточка, голубь, лиса, 2-я группа: «мало соображающие», «шапка, жук, бабочка». Во второй группе испытуемых только 5 человек из 15 смогли справиться со вторым этапом задания. Половина ответов были построены на конкретных признаках, а 4 респондента из 10 давали эгоцентрические ответы. Так, например, один респондент разложил карточки на две группы в зависимости от того мясо каких животных он ел. Остальные 6 испытуемых давали ответы, основанные на латентных признаках, чаще всего связанных с цветом и текстурой предметов, фоном карточек. Сравнение параметров мышления («уровень обобщения» (ОБ) и «нарушения мышления» (НМ) в обеих группах показало, что уровень обобщения у них одинаков, так же, как и уровень нарушения мышления.

**Заключение.** Можно говорить о том, что в разных социальных группах современной выборки респондентов наблюдается тенденция в изменении представлений испытуемых о категориальных свойствах предметов и их отношениях, ответы основываются и на конкретных, и на латентных свойствах объектов. Свойства предметов часто оцениваются с потребительской точки зрения (нравится /не нравится, для чего это можно использовать и т.п.). Вероятно, эти изменения связаны с особой социально-информационной составляющей современной среды, которая влияет на социокультурный опыт респондентов. Аналогичные особенности мышления современной выборки «практической нормы» описаны и другими исследователями [5].

#### Литература

1. Рубинштейн С.Я. Методики экспериментальной патопсихологии. Методическое пособие. – М.: ГНИИ Психиатрии Минздрава РСФСР, 1962. – 80 с.
2. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). Методические рекомендации. М.: «Издательство МБА», 2014.– 40 с.
3. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 256 с.
4. Мелешко Т.К. Изменение избирательности мышления при шизофрении и проблема использования прошлого опыта // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1972. – т. 72. – С.1675-1679.
5. Султанова А.С., Иванова И.А. К проблеме нормативных показателей в патопсихологической диагностике [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 83–96. doi:10.17759/cpspe.2017060207( дата обращения: 29.12.2017)

**Коблик Е.Г., Садовникова Т.А., Сотникова Ю.А.**

**К вопросу о специальных условиях для получения образования детей с ОВЗ и инвалидностью, в том числе с психическими расстройствами.**

ГАОУ ДПО МЦКО, ЦПМПК, Москва, Россия  
[soc-in@bk.ru](mailto:soc-in@bk.ru), [sotnikovaua@mail.ru](mailto:sotnikovaua@mail.ru), [tanuyua99@mail.ru](mailto:tanuyua99@mail.ru)

**Ключевые слова:** специальные условия для получения образования, АООП, своевременность, межведомственное взаимодействие.

**Koblik E.G., Sadovnikova T.A., Sotnikova Y. A.**  
**Regarding the special terms of providing education for disabled children, children with limited physical capacities, including mental disabilities.**

State Autonomous Educational Institution for Supplementary Professional Education of Moscow, Central Psychological Medical, Pedagogical Commission of Moscow, Moscow, Russia

**Keywords:** special terms for providing education, Adapted Basic Educational Programme, Timeliness, Interagency Cooperation.

В последние годы в нашей стране происходят важные изменения в сфере образования. В 2012 году Указом Президента РФ была принята «Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 гг.». Стратегия объединила усилия всех ведомств, обеспечила доступность образовательного процесса для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), инвалидностью на всех уровнях образования (так в 2017 г. 80 % детей с ОВЗ, требующих специальных условий образования, охвачены дошкольным образованием).

На современном этапе актуально звучат слова Л.С. Выготского, что «один шаг в обучении может означать сто шагов в развитии» [1], поэтому одна из главных задач образования - своевременное выявление трудностей ребенка в обучении, оказание действенной помощи по их преодолению. В первую очередь это касается детей с ОВЗ, инвалидностью - им особенно необходимо определение индивидуальной траектории развития, исходя из их психофизических особенностей. Специальные условия, для получения образования детей с ОВЗ, инвалидностью определяются в Москве Центральной психолого-медико-педагогической комиссией (ЦПМПК), деятельность которой регламентируется Приказом Минобрнауки РФ от 20.09.2013г. №1082. Основные направления деятельности ЦПМПК:

- проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования обучающихся с целью как можно раннего выявления особенностей их развития, затрудняющих освоение основных образовательных программ;
- рекомендации по разработке оптимального образовательного маршрута для каждого обучающегося с ОВЗ, инвалидностью;
- рекомендации по созданию для обучающегося с ОВЗ, инвалидностью специальных условий при сдаче ГИА.

Согласно ст. 79 ФЗ от 29.12.2012 № 273 «Об образовании в РФ» определены следующие адаптированные основные образовательные программы, далее (АООП): для глухих обучающихся, для слабослышащих, для слепых обучающихся, для слабовидящих, для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи (ТНР), для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА), для обучающихся с задержкой психического развития (ЗПР), для обучающихся с умственной отсталостью, для обучающихся с расстройством аутистического спектра (РАС), для обучающихся с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР).

Перевод на обучение по АООП рекомендуется ЦПМПК на основании:

- медицинского заключения о состоянии здоровья и рекомендациях по организации образовательного процесса для лиц с ОВЗ (Приложение 3 к приказу Департамента Здравоохранения г. Москвы от 01.04.2013 г. № 297), справки бюро МСЭ и ИПРА. Дополнительно предоставляются и учитываются:
- заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации (далее ОО);
- характеристика обучающегося, выданная ОО, отражающая актуальное развитие обучающегося и его динамику, уровень освоения основной образовательной программы;
- результаты комплексного психолого-медико-педагогического обследования ЦПМПК.

В ходе обследования специалисты ЦПМПК выявляют ряд характерных проявлений у обучающихся, имеющих психические расстройства. У дошкольников - это, как правило, трудности адаптации, нарушения эмоционально - волевой сферы, протестные реакции, негативизм в общении, импульсивность, раздражительность, высокий уровень тревожности, стереотипные действия, психосоматические реакции и др.

У школьников - острое восприятие неудачи в обучении, критики одноклассников, болезненное реагирование на оценки, трудности в общении, демонстрация заниженной самооценки, проявление агрессивности. В подростковом возрасте школьная неуспешность может приводить к различным формам девиантного и саморазрушающего поведения, невротическим реакциям, срывам привычных адаптационных механизмов, полному отказу от учебы и изоляции.

Особую категорию составляют обучающиеся с диагнозами шизотипического спектра. Для данной группы детей характерны: низкий уровень мотивации при выполнении заданий, не входящих в зону их специфических интересов, эмоциональная лабильность или уплощенность, своеобразное понимание инструкции, трудности в планировании и контроле деятельности при решении задач. Также следует отметить неравномерный темп деятельности данных обучающихся, быструю пресыщаемость, трудности концентрации и переключения внимания. К особенностям мыслительной деятельности следует отнести разноплановость, соскальзывания, конкретность или сверхабстрактность суждений, вязкость или расплывчатость мыслительных процессов, сложности обобщения, установления причинно-следственных связей. Зачастую наблюдается распад целенаправленной психической деятельности, хаотичность и непредсказуемость поведения, стойкие нарушения мыш-

ления и восприятия реальности, необоснованная агрессивность. Крайне трудно протекает их социализация в группе сверстников.

Описанные особенности детей выявляются по результатам используемого на комиссии диагностического инструментария: беседы, включенного наблюдения, рисунковых методик, опросников, анализа продуктивной деятельности детей, классических методик оценки познавательной сферы.

Специалисты ЦПМПК особое внимание уделяют запросу и жалобам родителей, сведениям из характеристики ОО. Обязательно обращают внимание на соответствие возрасту внешнего вида ребенка, на вступление в контакт, характер его взаимодействия с людьми и предметами, на адекватность поведения во время обследования. Крайне важными критериями психологического оценивания являются также как и при классическом психологическом обследовании (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн): степень включенности ребенка в ситуацию обследования, целенаправленность и мотивированность его деятельности, критичность к своим результатам, особенности работоспособности и динамики психических процессов. Для дошкольников важными критериями становятся выбор игры и ее особенности, разнообразие и алгоритм игровой деятельности, готовность к совместной игре, способность переключиться с игры на задания.

Необходимо отметить, что для категории обучающихся с шизотипическими расстройствами на сегодняшний момент не предусмотрена отдельная АООП, как правило, они обучаются по основной образовательной программе. Им может быть рекомендовано обучение по индивидуальному учебному плану (ст.34 ФЗ от 29.12.2012 № 273 «Об образовании в РФ») или организации обучения на дому (Приказ Минздрава России от 30.06.2016 № 436 н « Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому»). При этом при наличии когнитивных нарушений, своевременно выставляемых медиками - рекомендуется АООП для обучающихся с ЗПР.

Опыт работы ЦПМПК показывает, что своевременный перевод обучающегося на АООП позволяет смягчить, а зачастую и полностью нивелировать, описанные выше негативные проявления. Эта динамика прослеживается в ходе повторных комиссий при переходе с одного образовательного уровня на другой.

Сравнительный анализ статистических данных за 2016-2017 учебный год по отношению к 2015-2016 учебному году показывает, что количество детей, которым рекомендовано обучение по АООП, растет.

Это обусловлено, в том числе, и тем, что специалисты ОО, работая в тесном контакте с родителями, своевременно выявляют детей, нуждающихся в создании специальных условий для получения образования. Родители же в свою очередь, поняв и приняв проблему ребенка, обращаются в медицинские организации и с медицинскими рекомендациями приходят на ЦПМПК, где для каждого ребенка подбирается оптимальный образовательный маршрут. При устойчивых трудностях овладения рекомендованных вариантов АООП, комиссия допускает возможность не достижения минимального уровня овладения предметными результатами по большинству учебных предметов, и в таком случае может рекомендовать изменение варианта программы, на более подходящую для данного ребенка.

И здесь необходимо отметить важную роль межведомственного взаимодействия в процессе определения оптимального образовательного маршрута. Своевременно и точно выставленный диагноз врачей, отраженный в медицинских документах, медицинское сопровождение, объективная оценка актуального состояния психических функций обучающегося, реальные результаты и достижения обучающегося, адекватно изложенные в характеристике ОО позволяют ЦПМПК рекомендовать оптимальные специальные условия для получения образования, а обучающемуся успешно осваивать образовательную программу на всех уровнях образования. Только слаженная работа медиков, образовательных организаций и ЦПМПК обеспечит каждого ребенка, нуждающегося в специальных условиях образования, своевременной помощью и индивидуальным подходом к образованию и развитию в целом.

#### Литература

1. Выготский Л.С. Мышление и речь // Собр. соч.: в 6 т. Т.2. – М.: Издательство «Педагогика», 1982.
2. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление) // Методические рекомендации – М.: ООО «Издательство МБА», 2014.



3. Зейгарник Б.В. Патопсихология - М.: Издательство Московского университета, 1986.
4. Письмо № ВК-1074/07 Минобрнауки РФ от 23.05.2016г., «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий». <https://минобрнауки.рф/>
5. Приказ Минздрава России от 30.06.2016 № 436 н « Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 20.07.2016 N 42916). <https://minjust.consultant.ru/documents/19867>
6. Приказ Минобрнауки РФ от 20.09.2013г. №1082 «Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии». <https://минобрнауки.рф/>
7. Приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 г. N 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья». <https://минобрнауки.рф/>
8. Приказ Минобрнауки России от 19.12. 2014 г. N 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)» <https://минобрнауки.рф/>
9. Резолюция Всероссийского сетевого форума с международным участием «Национальная стратегия действий в интересах детей: навстречу Десятилетию детства» - <https://мониторингнсид.рф/>
10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике – М.: Издательство Института Психотерапии, 2010.

**Кожикова С.В. Сергиенко А.А.**

**Особенности диссоциативных феноменов при наличии и отсутствии признаков посттравматического стресса у молодых людей в возрасте 18-22 лет**

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ ВО МГППУ, ОАНО ВО МПСУ, Москва, Россия  
[kojiks@gmail.com](mailto:kojiks@gmail.com) [aumsan@gmail.com](mailto:aumsan@gmail.com)

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), диссоциация, соматоформная диссоциация, деперсонализационное расстройство

**Kojikova S.V., Sergienko A.A.**

**Features of dissociative phenomena in the presence and absence of symptoms of posttraumatic stress disorder in persons aged 18-22 y.o.**

FSBSI MHRC, MSUPE, MPSU, Moscow, Russia

**Keywords:** posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, somatoform dissociation, depersonalization disorder

**Введение.** Существует выраженный интерес к проблеме посттравматического стресса (ПТСР), но само исследование ПТСР и связанных с ним расстройств усложнено, что обусловлено рядом причин (сложность клинических проявлений, их анализа в структуре ПТСР, наличие сопутствующих расстройств). Набор стандартных критериев ПТСР по МКБ-10 обычно сочетается с другими расстройствами (депрессия, панические атаки, социальная фобия, агорафобия, деперсонализационные и соматоформные расстройства). Ряд признаков коморбидного расстройства оказывается в конкретный момент времени сильнее критериев ПТСР [4]. При хронической форме развития ПТСР могут нарушаться психические функции (в частности, память и внимание), но одним из серьезных нарушений памяти и сознания при посттравматическом стрессовом расстройстве является «флэшбэк». «Флэшбэк» – невольное и непредсказуемое оживление травматического опыта через необычайно яркие воспоминания, длящиеся от нескольких секунд до нескольких часов, во время которых людям кажется, что травматическая реальность из прошлого вторгается в их настоящую реальную жизнь. Часть исследователей предположили, что определенная часть «флэшбэков» по своей структуре имеет диссоциативный характер образования [5,10]. В настоящее время сам термин «диссоциация» имеет несколько узких определений среди зарубежных и отечественных специалистов. Онно Ван Дер Харт предложил рассматривать диссоциацию, возникающую на травматическое событие, шире, рассматривая диссоциативные феномены как систему, включающую психическое состояние, механизм психологической защиты и патопсихологические и психиатрические симптомы [1]. В последние 20 лет растет интерес к изучению взаимосвязи диссоциации и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), произошло качественное изменение диагностических критериев для расстройств, возникших под воздействием стресса, и диссоциативных расстройств [1]. Появились такие понятия, как сложное посттравматическое стрессовое расстройство (сложное ПТСР) и диссоциативный тип посттравматического стрессового расстройства (диссоциативное ПТСР).

Недостаточная изученность диссоциативных психических состояний в отечественной психологии ограничивает возможности их диагностики, что затрудняет учет их влияния на поведение в стрессовой ситуации [3]. Отдельной проблемой, взаимосвязанной с общей проблемой ПТСР, является наличие риска ПТСР или предрасположенности к дистрессу. Она, согласно ряду исследований [2], наблюдается в современной популяции молодых людей при таких стрессогенных ситуациях, которые далеки от экстремальных, но приводят к состояниям, соотносимым с ПТСР.

**Цели исследования:** 1) выявить наличие признаков посттравматического стрессового расстройства (риска его развития), исследовать характер связи признаков ПТСР и диссоциативных феноменов в современной популяции молодых людей (студентов колледжа); 2) апробировать методики определения диссоциативных расстройств, ранее неиспользовавшиеся на отечественной популяции [6,7,8,9]. В фокусе внимания - исследование общего уровня диссоциации, соматоформной диссоциации и деперсонализационного расстройства как коморбидных расстройствам при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР).

**Материал и методы.** Исследован 51 студент колледжа от 18 до 21 года (20 юношей и 31 девушка). Средний возраст 19 лет. Всего применялось 4 методики: 1) «Шкала клинической диагностики ПТСР» (CLINICAL- ADMINISTERED PTSD SCALE DX- CAPS-DX) (для определения посттравматического стрессового расстройства применялась) [3,4], 2) Шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale — DES) [3,4], 3) Опросник Соматоформной диссоциации ОСД-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire, SDQ-20) [6,7], 4) Структурное клиническое интервью для синдрома деперсонализации-дереализации (SCI-DER, ver. 2007). Первые две методики были адаптированы Н.В.Тарабриной, последние две - относительно новые опросники – в авторском переводе на русский язык. Данных по использованию этих методик на российской популяции детей и молодых людей мы не обнаружили [8,9]. Обработка данных в программе Stat.Soft STATISTIKA12.

**Результаты.** На первом этапе работы анализ данных по шкале клинической диагностики ПТСР (CLINICAL- ADMINISTERED PTSD SCALE DX- CAPS-DX) позволил выделить три группы: 1) *Контрольная группа* – группа без развития ПТСР (11 юношей и 14 девушек, 49 % от всей выборки испытуемых); 2) *Экспериментальная группа 1* – группа риска развития ПТСР (3 юноши и 3 девушки, 11,8 % от всей выборки испытуемых); *Экспериментальная группа 2* – группа с признаками развития ПТСР (6 юношей и 14 девушек, 39,2 % от всей выборки испытуемых). Разделение на группы было произведено, исходя из основного признака А «Шкалы клинической диагностики ПТСР» (шкалы CAPS-DX, разработанной для DSM-IV) и указанных ее остальных признаков B-F и дополнительных симптомов. Полученные данные сравнивались с данными, полученными в исследовании Тарабриной Н.В. [4]. Количество испытуемых с признаками развития ПТСР дает основание говорить о высоком риске развития стрессовых расстройств в современной популяции учащихся. На втором этапе в каждой из подгрупп проведены три оставшиеся методики, показывающие наличие или отсутствие специфических диссоциативных феноменов, степень их выраженности. Выявлено, что по шкале диссоциации (ШД) между тремя группами исследуемые есть статистически достоверные различия. Показатели контрольной группы составили – 17,16±6,33 баллов, показатели экспериментальной группы 1 – 44,67±7,66 баллов, показатели экспериментальной группы 2 – 66,45±11,66 баллов. При этом среднее значение всей выборки составило 39,73±24,9 баллов, у девушек – 40,58±23,99 балл, у юношей – 38,4±26,85 баллов. Средние значения в группах по опроснику соматоформной диссоциации (ОСД-20) для общей выборки составили 36,27±10,31 балл, при этом разница между девушками (36,45±10,11) и юношами (36,0±10,87) отсутствует. В зарубежных исследованиях [8,9] среднее значение контрольной группы были 27,4, в нашем исследовании – 27,64, что сопоставимо. Среднее значение экспериментальной группы 1 – (35,83) соответствует среднему значению группы соматоформных расстройств, а среднее значение экспериментальной группы 2 – (47,2) – значению группы другого специфического диссоциативного расстройства. Материалы применения структурного клинического интервью для синдрома деперсонализации-дереализации по каждому из типов деперсонализационного расстройства показали, во-первых, значительную разницу между всеми тремя группами, во-вторых, отсутствие гендерных различий. У контрольной группы показатель составил 1,0±1,71, у экспериментальной группы 1 – 4,67±1,03, у экспериментальной группы 2 – 7,65±0,99. Для статистической обработки применялся метод расчета t-критерия Стьюдента для несвязных выборок Между средними значениями по контрольной и эксперимен-

тальными группами, а также в 2х экспериментальных группах, различия статистически достоверны.

**Выводы.** Исследование подтвердило, что диссоциативные расстройства являются сопутствующими при наличии посттравматического стрессового расстройства и при разных уровнях развития ПТСР имеют различный взаимозависимый уровень формирования диссоциативных феноменов. 1. Общий уровень диссоциации в исследованной группе у лиц 18 – 22 летнего возраста значителен не только при наличии ПТСР, но и при риске развития ПТСР. 2. При риске развития ПТСР и наличии ПТСР с высокой вероятностью будут присутствовать соматоформные и диссоциативные расстройства, помимо других возможных недиссоциативных расстройств (в частности, тревожное расстройство, депрессивное расстройство). 3. Исследование по половому признаку не выявило значимых различий в показателях для всех методик, но наблюдалась тенденция, когда юноши показывали баллы выше, чем девушки. 4. Наличие диагностических критериев ПТСР, их частота и интенсивность коррелирует с уровнем сложности сопутствующего диссоциативного расстройства: от деперсонализационного расстройства и соматоформной диссоциации до диссоциативного расстройства идентичности. 5. Апробация методик, с одной стороны, показала соотносимость полученных данных по разным методикам, возможность их сопоставления, с другой стороны, выявила определенные особенности и популяционные различия.

Полученные в исследовании данные показывают тенденцию высокого риска развития ПТСР у современной учащейся молодежи, что с неизбежностью требует нахождения, составления и апробации новых методик диагностики этого риска. Своевременное выявление риска ПТСР позволяет принять превентивные меры по снижению стрессовой нагрузки, направленные на то, чтобы предрасположенность к дистрессу не переросла в полноценное ПТСР.

Необходимо продолжение исследования как на более широкой выборке учащейся молодежи, так и на клинических выборках соответствующего возраста и социального статуса.

#### Литература

1. Ван дер Харт О., Нейенхоос Э. Р. С., Стил К., Призраки прошлого: Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы, М., 2014
2. Камнева Е.В., Мочалкина В.В., Степанян К.Г. Особенности совладающего поведения у студентов //Ананьевские чтения - 2010. Современные прикладные направления и проблемы психологии Материалы Научной конференции. Ответственный редактор: Л.А. Цветкова. 2010. С. 229-231.
3. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В., Психология посттравматического стресса, Часть 1 Теория и методы, М., 2007
4. Тарабрина Н.В., Психология посттравматического стресса, Часть 2 Бланки методик, М., 2007
5. Dell, Paul F. A New Model of Dissociative Identity Disorder. The Psychiatric Clinics of North America, volume 29, issue 1, page 1-26, 2005
6. Mula M, Pini S. Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for Depersonalization–Derealization Spectrum (SCI-DER), 2008
7. Mula M, Pini S, Cassano G, STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DEPERSONALIZATION – DEREALIZATION SPECTRUM (SCI-DER), Ver. 2, 2007
8. Nijenhuis Ellert R.S., THE SCORING AND INTERPRETATION OF THE SDQ-20 AND SDQ-5: UPDATE 2003, 2003
9. Nijenhuis Ellert R.S., SDQ-20, 2003
10. Ronald, Shiromoto, Frank, The Encyclopedia of Trauma and Traumatic Stress Disorders, 2009

**Комолов Д.А.**

**Особенности стилей родительского воспитания у детей с различными группами здоровья**

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Москва, Россия

[komolovpsy@gmail.com](mailto:komolovpsy@gmail.com)

**Ключевые слова:** психология, психосоматика, психосоматический онтогенез, группы здоровья, младший школьный возраст, стиль родительского воспитания

**Komolov D.A.**

**Features of styles of parental upbringing in children with different health groups**

Pirgogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

**Keywords:** psychology, psychosomatics, psychosomatic ontogeny, health groups, junior school age, style of parental upbringing

В нашем исследовании приняли участия дети, имеющие первую, вторую и третью группы здоровья, а также их матери. К первой группе относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие; ко второй группе здоровья относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются функциональные и морфофункциональные нарушения (часто болеющие дети). К третьей группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии ремиссии с сохраняющимися или компенсированными функциональными возможностями, при этом степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда.

В рамках психологических исследований феноменология групп здоровья ранее не изучалась. Фактор детско-родительских отношений может быть рассмотрен с позиции трех групп здоровья (далее ГЗ). Подобная модель позволяет провести сравнение особенностей детско-родительских отношений в рамках психосоматической нормы (подростки ГЗ-1), часто болеющих подростков (ГЗ-2) и респондентов с выраженной соматической патологией (ГЗ-3). Ситуация болезни создает особый телесный опыт и особый стиль детско-родительских отношений, рассмотрение континуума «здоровье-болезнь», а также включение детей с пограничным соматическим статусом (ГЗ-2), позволяет изучить фактор стиля воспитания с позиции онтогенеза телесности.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 60 матерей в возрасте от 27 до 40 лет, чьи дети 7-8 лет имеют первую, вторую и третью группы здоровья (по 20 человек в каждой группе). Исследование с матерями проводилось с помощью методики «Анализ семейного воспитания» (АСВ) разработанной Эйдемиллером Э.Г. и Юстицким В.В. [4]. Методика состоит из 130 вопросов, на которые необходимо ответить утвердительно или отрицательно. Оценка стиля воспитания производится по 11 шкалам, которые отражают характеристики стилей родительского воспитания.

**Результаты.** Результаты, полученные при проведения методики АСВ, позволяют в целом говорить о том, что у матерей детей ГЗ-3 показатели шкал «гиперпротекция» (Г+), «потворствование» (У+), «недостаточный уровень требований» (Т-), «высокий уровень запретов» (З+), «недостаточность санкций» (С-), «расширение родительских чувств» (РРЧ), «проекция детских качеств» (ПДК), «воспитательная неуверенность» (ВН), «фобия утраты ребенка» (ФУ) выше, чем у матерей детей ГЗ-1 и ГЗ-2. Статистически значимые различия выявлены при сравнении показателей матерей детей ГЗ-1 и ГЗ-3 по шкалам: (Г+) ( $p=0,03$ ), (Т-) ( $p=0,03$ ), (ПДК) ( $p=0,03$ ), (ВН) ( $p=0,02$ ), (ФУ) ( $p=0,04$ ). У матерей детей, имеющих третью группу здоровья, показатели по указанным шкалам выше. Также были получены различия по шкалам (НРЧ) ( $p=0,03$ ) и (Г-) ( $p=0,03$ ), у матерей детей ГЗ-3 показатель по указанному шкалам ниже, чем у матерей ГЗ-1. Матери детей ГЗ-3 демонстрируют более высокие показатели по шкале (ВН) ( $p=0,02$ ) по сравнению с матерями детей ГЗ-2.

В сфере родительского воспитания детей трех групп здоровья отмечаются высокие показатели по шкале (Г+). Выше всего они у матерей детей ГЗ-3, на втором месте матери детей ГЗ-2 и на третьем – матери детей ГЗ-1, что может быть обусловлено повышенным вниманием матерей детей ГЗ-2 и ГЗ-3 к собственным детям в силу наличия у них той или иной формы соматической патологии. Обратная тенденция в сфере протекции наблюдается у матерей по шкале (Г-). У матерей детей ГЗ-1 отмечается постепенное снижение показателей по данной шкале, и ниже всего ее уровень оказывается у матерей детей ГЗ-3. Высокий уровень потворствования желаниям ребенка в процессе воспитания (У+) выявляется у матерей детей трех исследуемых групп, однако, значительно выше он оказывается у матерей детей ГЗ-3. Также как и высокий уровень по шкале «недостаточность требований» (Т-). Высокий уровень запретов в процессе воспитания (З+) демонстрируют матери детей ГЗ-3 и ГЗ-2. Такой подход к воспитанию определяется чрезмерными запретами со стороны матерей, которые ограничивают самостоятельную активность ребенка. В группе матерей детей ГЗ-3 отмечается значительное повышение по шкале, отражающей недостаточность санкций (С-), по сравнению с ответами матерей детей ГЗ-1 и ГЗ-2.

Наиболее высокие показатели по шкале «расширение родительских чувств» (РРЧ) демонстрируют матери детей ГЗ-3 и ГЗ-2, что может указывать на чрезмерную привязанность матерей к собственным детям, а также отсутствие готовности предоставлять им самостоятельность. Высокие показатели по шкале «проекция детских качеств» (ПДК) отмечается у матерей детей ГЗ-3, что указывает на желание матерей присваивать собственным детям качества, характерные для ребенка младшего возраста, тем самым способствуя процессу инфантилизации ребенка, замедляя процесс

его взросления. Высокие показатели по шкалам «воспитательная неуверенность» (ВН) и «фобия утраты ребенка» (ФУ) отмечаются у матерей детей ГЗ-3 по сравнению с ГЗ-1 и ГЗ-2, что проявляется в чрезмерном потворствовании желаниям ребенка и страхе, связанным с его взрослением. Анализируя данные, полученные при проведении методики АСВ, следует отметить, что матери детей ГЗ-3 демонстрируют тенденция к стилю воспитания по типу доминирующей гиперпротекции. Подобного рода тенденция заметно менее выражена у матерей детей ГЗ-2 и отсутствует у матерей ГЗ-1.

**Выводы.** В семьях детей ГЗ-2 и ГЗ-3 преобладает однотипный характер нарушений детско-родительских отношений в ряде случаев представленных противоречивыми тенденциями взаимодействия: сочетанием симбиоза и/или гиперпротекции; неустойчивостью стиля воспитания со стремлением инфантилизировать ребенка, имеющего особый соматический статус. Подобного рода тенденция в большей степени характерна для матерей детей ГЗ-3, чуть ниже у матерей детей ГЗ-2 и практически не представлена у матерей детей ГЗ-1. Таким образом, неблагоприятный стиль семейного воспитания в виде доминирующей гиперпротекции, противоречивость стратегии воспитания и тенденция к симбиотической связи у матерей детей ГЗ-3 могут приводить к нарушению формирования телесных функций у детей данной группы здоровья.

#### **Литература**

1. Эйдемиллер Э. Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. – М., - 1996. – С. 6–19

**Коргожа М.А.**

**Динамика фобических проявлений у женщин в послеродовом периоде**

ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия,  
[korgozha\\_m.a@mail.ru](mailto:korgozha_m.a@mail.ru)

**Ключевые слова:** фобические проявления, беременность, родоразрешение, перинатальная психология, психологическая помощь

**Korgozha M.A.**

**Phobic manifestations dynamics of women in postpartum periods**

St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

**Keywords:** phobic manifestations, pregnancy, delivery, perinatal psychology, psychological counseling

**Введение.** Беременность и роды являются критическим переходным периодом в жизни женщины, в ходе которого существенно перестраивается ее сознание и взаимоотношение с миром. Нарушения в эмоциональной сфере в этот период обусловлены не только физиологическими причинами, но и изменениями в семейной системе и жизненной ситуации женщины [3]. В данный период происходит мобилизация сил, повышение активности беременной женщины, чуткости ее реагирования на состояние нерожденного ребенка и условия протекания беременности, повышение уровня ответственности [1]. Большинство исследователей в области перинатальной психологии считают оптимальным умеренный уровень тревожности беременной женщины, который необходим для адаптации к ситуации беременности, родов и появлению ребенка [2, 5]. Однако этот подход не учитывает риск появления навязчивых страхов, развивающихся у женщины в данный период в связи с невозможностью прогнозирования и контроля результата разрешения беременности. Иррациональное чувство вины и страхи, связанные с ухудшением собственного здоровья, болью в родах и неблагоприятным исходом ребенка после рождения могут отягощать состояние матери в послеродовом периоде.

**Материал и методы.** Для выявления фобических проявлений и степени их выраженности у женщин на третьем триместре беременности, а также изучения динамики изменений этих проявлений на третьи сутки после родов использовался клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича [4]. Кроме того, в исследовании применялись методы опроса и анализа медицинской документации. В исследовании приняли участие 792 женщины - пациентки Перинатального центра Клиники ФГБОУ ВО СПбГПМУ. После применения критериев исключения, таких как наличие плановой абдоминальной операции, экстрагенитальной патологии, врожденной патологии развития плода, многоплодной беременности и использование вспомогательных репродуктивных технологий в достижении беременности, в группу исследования были включены 240 женщины. Из них у 140 испытуемых были выявлены тревожные, депрес-

сивные, астенические, обсессивно-фобические, истерические и психосоматические проявления разной степени выраженности, что позволило разделить их на три группы. Среди них две равные группы по 70 человек каждая (1-я группа – испытуемые, имеющие ярко выраженные негативные эмоциональные проявления, 2-я группа – испытуемые, имеющие слабовыраженные негативные эмоциональные проявления) и одну контрольную группу в 100 человек, не имеющих негативных эмоциональных проявлений в третьем триместре беременности. Выраженность фобических проявлений оценивалась по шкале обсессивно-фобических нарушений клинического опросника [4]. Ярко выраженные фобические проявления фиксировались в случае, если полученный показатель был ниже или равен -1,28 балла. Слабовыраженные фобические проявления фиксировались в случае, если полученный показатель попадал в диапазон от -1,28 балла до 1,28 балла. Показатель шкалы обсессивно-фобических нарушений свыше 1,28 балла учитывался, как уровень нормы, при котором обследованные женщины в целом не испытывали негативных эмоциональных проявлений в данный период. Во всех случаях родоразрешение происходило при доношенной беременности, ребенок характеризовался как соматически здоровый (7-9 баллов по шкале Апгар на первой и пятой минутах жизни). Средний возраст женщин составил  $29,7 \pm 4,43$  лет, 208 женщин (87% от общей выборки) на момент исследования состояли в браке. При статистической обработке данных использовались критерий Манна-Уитни (U) для независимых (расчет различий между группами сравнения) и критерий Вилкоксона (T) для зависимых (расчет различий между двумя замерами внутри каждой группы сравнения) выборки.

**Результаты.** При сравнении характеристик значимых различий между группами по возрасту испытуемых (0,19,  $p > 0,1$ ) и типу родоразрешения (0,49,  $p > 0,1$ ) выявлено не было. Таким образом, способ родоразрешения и возраст не влияют на частоту появления и степень выраженности фобических проявлений женщин в период беременности и после родов. В результате исследования распространенности фобических проявлений женщин в дородовом периоде было выявлено, что в первой группе у 42 женщин (60% от группы и 18% от общей выборки), находящихся в третьем триместре беременности, были выявлены ярко и слабовыраженные фобические проявления. Во второй группе у 32 женщин (46% от группы) были выявлены слабовыраженные фобические проявления. В результате анализа динамики фобических проявлений у женщин в раннем послеродовом периоде было выявлено, что в первой группе частота развития этих проявлений значительно уменьшается (2,36,  $p < 0,05$ ). Таким образом, благополучное разрешение ситуации беременности для женщин, имеющих ярко выраженные негативные эмоциональные проявления до родов, снижает вероятность развития навязчивых страхов за здоровье ребенка и осложнений в послеродовом периоде. Во второй группе на третьи сутки после родов наблюдалось незначительное снижение частоты возникновения фобических проявлений у женщин (0,59,  $p > 0,1$ ). Таким образом, ситуация рождения ребенка значительно не повлияла на снижение частоты развития навязчивых иррациональных страхов у женщин, имевших слабовыраженные негативные эмоциональные проявления до родов. Данная категория женщин составляет группу риска развития обсессивно-фобических расстройств, отягчающих процесс психофизиологического восстановления организма матери после родоразрешения. В третьей группе в раннем послеродовом периоде слабовыраженные фобические проявления были выявлены только у двух женщин (2% от группы), что указывает на минимальный риск развития психических расстройств в будущем у женщин в данной группе. Полученный результат может указывать на то, что появление и развитие фобических проявлений у женщин в послеродовом периоде тесно связано и определено их психоэмоциональным состоянием в третьем триместре беременности.

**Выводы.** Для женщин, имеющих негативные эмоциональные проявления в третьем триместре беременности, ситуация родоразрешения является стрессовым фактором развития обсессивно-фобических проявлений. Данная категория женщин составляет группу риска и нуждается не только в своевременной качественной профессиональной психологической помощи при подготовке к родоразрешению, но и психологическом сопровождении в течение всего послеродового периода с целью психопрофилактики развития психических расстройств.

## Литература

1. Голубых А.И., Савеньяшева С.С. Эмоциональные особенности беременных женщин и отношение к будущему ребенку и супругу // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. – СПб.: 2014. №2, С. 72-78.
2. Карташова К.С., Шелехов И.Л., Мытникова М.Н., Кожевников В.Н. Психологическая характеристика женщин на поздних этапах беременности // Вестник Томского государственного педагогического университета. – Томск: 2010. №2, С. 103-106.
3. Карымова О.С. Некоторые социально-психологические особенности переживания страха материнства у беременных на разных триместрах // Фундаментальные исследования. – Пенза: 2015. №2(10), С. 2253-2257.
4. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний // Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. Ред. В.Д.Менделевич. – М., 2005. С.432.
5. Nilsson C., Hessman E., Jangsten E. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review // BMC Pregnancy Childbirth. 2018. Available at: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1659-7> (accessed 15.01.2018).

**Кремнева Л.Ф., Козловская Г.В.**

**Психобиосоциальная система «мать-дитя» и психопатология раннего детского возраста**

ФГБНУ НЦПЗ г. Москва, Россия

[kremneva-lidiya@mail.ru](mailto:kremneva-lidiya@mail.ru)

**Ключевые слова:** система мать-дитя, материнское поведение, ранний возраст

**Kremneva LF, Kozlovskaya G.V.**

**Psychobiosocial system “mother-child” and psychopathology of early childhood**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** mother-child system, maternal behavior, early childhood

**Введение.** Личностная интеграция материнской роли для каждой женщины неповторима, индивидуальна и зависит от системы ценностей женщины. Общение матери с новорожденным и ребенком раннего возраста принято рассматривать как базис для возникновения чувства привязанности и формирования отношения доверия к миру [1-3].

**Цель исследования:** изучение характера психических нарушений у детей раннего возраста при разной степени выраженности материнской депривации.

**Материал и методы.** В исследовании приняло участие 83 ребенка в возрасте от 8 месяцев до 4 лет и их матери, наблюдавшиеся в центре психолого-медико-социального сопровождения для детей раннего возраста г. Москвы. Методы исследования: клинический, психологический, этологический, специально разработанные структурированные интервью.

**Результаты.** Степень выраженности депривации была различной и рассматривалась, исходя из оценки полноты удовлетворения потребностей ребенка. Наиболее легкая степень депривации отмечается в тех случаях, когда мать эпизодически полностью удовлетворяет потребности ребенка, эпизодически – нет и, тем самым, не создает у него ощущения защищенности и любви. У детей этих матерей формировалось истероформное поведение (астенический или гиперстенический варианты), сомато-вегетативные расстройства, стереотипии, стремление привлечь к себе внимание. Более выраженная степень депривации определялась в тех случаях, когда мать не удовлетворяла потребностей ребенка в новых впечатлениях, не общалась с ним, минимизировала усилия по уходу, стремилась быстрее перейти на искусственное вскармливание, игнорировала интересы и потребности ребенка, была излишне строга. У детей этих матерей уже к концу первого полугодия отмечались признаки задержки психофизического развития. Речь развивалась плохо. Отмечались выраженные стереотипии в виде яктации, грызения ногтей, сосания пальцев, частей одежды, одеяла. Примерно к году появлялись выраженные истерические реакции, аффект-респираторные приступы. Помимо вегетативных нарушений со временем возникали соматические заболевания, как правило, протекавшие в тяжелой форме. Формировалась избегающая небезопасная привязанность. Наибольшая выраженность явлений депривации отмечалась в третьей группе. Матери этих детей находились в психотическом состоянии, либо в состоянии дефекта как следствия психического заболевания, либо это были асоциальные личности. У детей отмечалась грубая задержка психического развития по всем сферам с первых месяцев жизни, дети часто и тяжело болели. В наиболее

тяжелых случаях формировалась картина, напоминающая выраженный синдром сиротства, депривационная депрессия, стереотипии, параутизм. Таким образом, степень выраженности депривационных нарушений зависит от характера материнско-детских отношений, задаваемых, прежде всего, матерью.

#### Литература

1. Попова Е.В. Качества матери, необходимые для психического развития ребенка раннего возраста: автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.07. – М., 1995. – 17 с.
2. Римаевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Проспективное исследование материнского поведения и его влияния на психическое развитие детей раннего возраста // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – №3. – С. 7-14.
3. Шпиз Р.А., Коблинер В.Г. Первый год жизни. – М.: ГЕРПУС, 2000. – 352 с.

**Кривошеева М.А.**

**Особенности самооценки матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра**

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва, Россия  
[masha.krivosheeva@gmail.com](mailto:masha.krivosheeva@gmail.com)

**Ключевые слова:** расстройство аутистического спектра, семья, матери детей с расстройствами аутистического спектра, самооценка, психологическая помощь

**Krivosheeva M.A.**

**Features of self-esteem of mothers raising children with autism spectrum disorders**

Sechenov University, Moscow, Russia

**Keywords:** autism spectrum disorder, family, mothers of children with autism spectrum disorder, self-appraisal, psychological support

**Введение.** По результатам эпидемиологических исследований в последние годы наблюдается резкое увеличение числа детей, которым ставят диагноз «расстройство аутистического спектра» (РАС). По прогнозам специалистов к 2020 гт. аутизм может быть диагностирован уже у 4 млн. детей, проживающих в Соединенных Штатах[**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Столь тремительное распространение данного заболевания объясняет все большую актуальность исследований, посвященных проблемам диагностики и коррекции РАС, а также изучению их семей. Обзор различных теоретических работ говорит нам о том, что матери аутичных детей страдают от хронического стресса, депрессии, эмоциональной напряженности и неустойчивости, повышенной чувствительности к социальным критериям и внешним оценкам. Пролонгированный стресс приводит к развитию эмоциональной дезорганизации и невротическим состояниям. Матери аутичных детей жалуются на упадок сил, отчаяние, тревогу, постоянное беспокойство, стыд, страх перед будущим и чувство вины [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**,**Ошибка! Источник ссылки не найден.**,**Ошибка! Источник ссылки не найден.**,**Ошибка! Источник ссылки не найден.**,**Ошибка! Источник ссылки не найден.**,**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

**Цель исследования** - изучение особенностей самооценки матерей, воспитывающих детей с РАС. В качестве гипотезы исследования выступало предположение о том, что у матерей детей с РАС преобладает субъективная оценка неудовлетворенности собой.

**Материал и методы.** В исследовании нами были использованы метод беседы и экспериментально-психологический эксперимент с применением методики Дембо-Рубинштейн. Исследование проводилось на базе НЦПЗ детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой департамента здравоохранения г. Москва, отделение №12. В исследовании приняло участие 27 женщин. Критерием включения для экспериментальной группы была госпитализация вместе с ребёнком в 12 отделение НЦПЗ им. Г.Е. Сухаревой с ведущим синдромом РАС в диагнозе у ребенка. Критерием включения для второй группы была госпитализация вместе с ребенком с ведущим синдромом задержки психического развития (\*ЗГР\*), исключающий критерий- РАС в сопутствующих синдромах. При анализе результатов, полученных в ходе проведения методики Дембо-Рубинштейн нас, интересовали такие показатели самооценки как ее высота и устойчивость и реалистичность. Для этого мы анализировали отметки актуальной, идеальной самооценки, отметку своих возможностей и общую удовлетво-



рённость собой. При интерпретации результатов мы опирались на положения, предложенные П. В. Яньшиным и С. Я. Рубинштейн.

**Результаты.** При анализе результатов в группе матерей детей с ЗПР нами было выявлено, что в данной группе отсутствуют нормативные отметки реальной самооценки, наблюдается тенденция отмечать значение реальной самооценки на середине шкал (у 6 из 13 испытуемых), что может быть классифицировано либо как занижение актуальной самооценки, либо как формальное отношение к процессу эксперимента. У остальных испытуемых наблюдается неравномерность реальной самооценки (когда значения по шкалам колеблются в пределах трех интервалов). Так же для данной группы характерна так называемая «инфляция мечты», которая характеризуется совпадением отметки идеальной самооценки и оценки своих возможностей, что может расцениваться либо как нереалистичный взгляд на свои возможности, либо как компенсаторный механизм повышения удовлетворённости собой. Заниженных показателей актуальной самооценки в данной группе нами выявлено не было, наблюдались частные западания по шкале характеру у 2-х испытуемых, что в сочетании с завышенной отметкой реальной самооценки по другой шкале может указывать на механизм компенсации.

При анализе результатов в группе матерей детей с РАС нами было установлено, что для большинства респондентов из данной группы характерна неравномерность самооценки в сочетании с занижением отметок идеальной самооценки, что может быть проинтерпретировано как компенсация внутреннего неудовлетворенности собой за счет снижения уровня мечты кроме того у них наблюдается пессимистичная оценка своих возможностей, которая проявляется в виде снижения оценки своих возможностей до уровня реальной самооценки. В отличие от группы матерей детей с ЗПР, в данной группе у двух испытуемых наблюдалась устойчиво пониженная реальная самооценка. Наиболее важным оказалось то, что у половины испытуемых есть западание по шкале счастья. В ходе экспериментальной беседы, обсуждение шкалы счастья было наиболее эмоционально заряженным. Женщины, поставившие отметку ниже середины в данной шкале, объясняли это имеющимися у ребенка проблемами со здоровьем. При обсуждении полюсов данной шкалы они описывали счастье или счастливых людей как: «Счастье-это обычная жизнь: работа, дети в садик ходят, потом в школу обычную; копить на отпуск, отдыхать с мужем.», «Счастье-это не испытывать постоянный стресс»; «Счастливые люди-это те, кто не привязан навсегда болезнью ребенка»; «Счастье-это здоровые дети, это когда ты знаешь, что у них есть будущее, когда из проблем только кашель и температура иногда». Такие показатели могут говорить о том, что они ощущают себя несчастными, что сочетаются с общей неудовлетворенностью собой и пессимистическим взглядом на оценку своих возможностей, что может быть признаком неуверенности в себе.

**Резюме.** Таким образом, в группе матерей детей с РАС нами было выявлена общая неравномерность реальной самооценки в сочетании с неудовлетворенностью собой, пессимистичным взглядом на свои возможности и ощущением себя несчастным. Полученные данные могут быть применены для организации психологической помощи матерям детей с РАС, психотерапевтической работе, работе групп поддержки.

#### Литература

1. Conner C. M., White S. W. Stress in mothers of children with autism: Trait mindfulness as a protective factor //Research in Autism Spectrum Disorders. – 2014. – Т. 8. – №. 6. – С. 617-624
2. Hoffman C. D. et al. Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism //Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. – 2009. – Т. 24. – №. 3. – С. 178-187.
3. Vasilopoulou E., Nisbet J. The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review //Research in Autism Spectrum Disorders. – 2016. – Т. 23. – С. 36-49.
4. Куканов А. А. Характеристика эмоционально-личностной сферы матерей, имеющих детей с РДА //Ученые записки университета им. ПФ Лесгафта. – 2016. – №. 8 (138).
5. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка //Дефектология. – 1996. – №. 3. – С. 56-66.
6. Мамайчук И. И., Шабанова Е. В. Учет защитных механизмов личности родителей, детей с расстройством аутистического спектра в процессе психологической помощи //Вестник Ленинградского государственного университета им. АС Пушкина. – 2014. – Т. 5. – №. 1430. – С. 281-289.

Кузнецова С.О.

Исследование роли враждебности в этиопатогенезе шизофрении

ФГБНУ НЦПЗ Москва, Россия

[kash-kuznezova@yandex.ru](mailto:kash-kuznezova@yandex.ru)

**Ключевые слова:** враждебность, шизофрения, биопсихосоциальная модель

**Kuznetsova S.O.**

**The study of the role of hostility in the etiopathogenesis of schizophrenia**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** hostility, schizophrenia, bio-psychosocial model

**Введение.** Исследование роли враждебности в этиопатогенезе психических заболеваний является одной из актуальных проблем клинической психологии. Многочисленные психологические и клинические исследования, проведенные за последние тридцать лет, довольно отчетливо выявили взаимосвязь враждебности с различными психическими заболеваниями [1, 2, 5]. На сегодняшний день существует ряд работ, в которых отмечается влияние враждебности на этиопатогенез шизофренического заболевания. Так, были выявлены различные компоненты враждебности у больных шизофренией: негативизм, раздражительность, вербальная и физическая агрессия [2, 4, 5, 7, 8, 11, 12].

Как показало наше исследование, проведенное в Научном центре психического здоровья на больных шизофренией с малой и умеренной прогрессивностью заболевания, наличие враждебности можно считать психологическим маркером индивидуальной уязвимости при данном заболевании. При этом, враждебность рассматривалась нами как «картина» окружающей действительности, выражающаяся в негативном отношении к ее объектам, включающая в себя аффективный, когнитивный и личностный компоненты. Для объяснения взаимосвязи враждебности с шизофренией мы опирались на биопсихосоциальную модель этиопатогенеза шизофрении, которая активно разрабатывается в клинических исследованиях [3]. Цель нашего исследования состояла в изучении психологической структуры, специфики и динамики враждебности у больных шизофренией, а также особенностей ее взаимодействия с объективными характеристиками заболевания.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 86 больных (мужчины в возрасте от 18 до 38 лет, средний возраст составил 22,85 года), находившихся на стационарном лечении в 4-ом отделении клиники аффективной патологии Научного центра психического здоровья. Больные диагностировались в соответствии с МКБ-10 и включали различные варианты шизофрении (F-20 по МКБ-10 – 40 человек), шизоаффективные (F-25 по МКБ-10 – 32 человека) и шизотипические (F-21 по МКБ-10 – 24 человека) расстройства. Контрольную группу составили 82 человека (мужчины в возрасте от 18 до 44 лет, средний возраст составил 21,52 года). Критерием отбора здоровых испытуемых служило отсутствие в анамнезе и на момент исследования психических и неврологических расстройств.

В качестве методического материала были выбраны следующие методики: опросник Конструктивного Мышления [9], шкала Кука-Медли, шкала базисных убеждений [10], тест Руки, опросник по агрессии [6].

**Результаты** данного исследования показали, что у больных шизофренией отмечается высокий уровень враждебности, по сравнению с нормой. При этом враждебность является устойчивой характеристикой и не зависит от длительности заболевания. Наличие у больных категоричности мышления, наивного оптимизма, личностно-суеверного мышления, веры в справедливость и закономерность окружающего мира приводит к трудностям поведенческого и эмоционального совладания со стрессовыми воздействиями социальной среды, что в свою очередь приводит к повышению личностной уязвимости больных и развитию психического заболевания. Полученные результаты данного исследования свидетельствуют о влиянии враждебности (как негативного отношения к каким-либо объектам окружающей действительности) на когнитивную, аффективную и личностную сферу индивидуума. Таким образом, можно утверждать о наличии у больных шизофренией враждебной картины мира, включающей в себя аффективную, когнитивную и личностную составляющую.

Практическое значение полученных результатов довольно высокое, так как способствует развитию новых методов психотерапевтической помощи и открывает новые возможности диагностической оценки, прогноза и адаптации данной группы больных. Кроме этого, данное исследование способствует совершенствованию диагностики, раннему выявлению и прогнозу динамики враждебности в структуре шизофренического заболевания.

#### Литература

1. Ваксман А.В. Враждебность и агрессивность в структуре депрессии (закономерности формирования, прогностическая значимость, терапия и социально-психическая адаптация) // Автореф. на соиск.уч.степени канд.мед.наук. М., 2005 г.
2. Ениколопов С. Н., Садовская А. В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. №7, 2000, с. 59-64.
3. Коцюбинский А.П. с соавт. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. СПб., Гиппократ+, 2004, 336 с.
4. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание // М., 1992.
5. Barefoot J. C. Developments in the measurement of hostility // Hostility, coping and health. Под ред. Н. S. Friedman. Washington, DC: American Psychological Association. 1992.
6. Buss A. H. The psychology of aggression // New York: Wiley, 1961.
7. Ching-Yen Chen, Chia-Yin Liu, and Yong-Yi Yang. Correlation of panic attacks and hostility in chronic schizophrenia // Psychiatry and Clinical Neurosciences (2001), 55, 383-387.
8. Dawson M.E. Psychophysiological dysfunctions in the developmental course of schizophrenic disorders // Schizophr. Bull. - 1984.-Vol.10-P. 204-232.
9. Epstein S. The self-concept revised, or a theory of a theory // American Psychologist. 1973, vol. 28, 404-416.
10. Janoff-Bulman R. Shattered Assumptions. Towards a New Psychology of Trauma // New York: The free press, 1992.
11. Lehman F.L. Vocational rehabilitation in schizophrenia // Schiphr. Bull. - 1995.- Vol.21. - P.652-654.
12. Smith, T.W., Gallo, L.C. Personality traits as risk factors for physical illness // Handbook of health psychology. Под ред. А. Baum, T. Revenson, J. Singer. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 2000, 139-172.

**Кулемзина Т.В.**

#### **Врачебная деятельность, боевой стресс и психосоматическая реабилитация**

Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк  
[medrecovery@rambler.ru](mailto:medrecovery@rambler.ru)

**Ключевые слова:** боевая обстановка, стресс, врачи, психосоматика, реабилитация

**Kulemzina T.V.**

#### **Medical activity, combat stress and psychosomatic rehabilitation**

National medical university n. M. Gorky, Donetsk

**Keywords:** combat situation, stress, doctors, psychosomatics, rehabilitation

В процессе боевых действий стрессогенное воздействие на психику военнослужащих формирует интенсивность переживаний, что в свою очередь, зависит от силы и длительности воздействия боевых стрессоров и особенностей реагирования на их воздействие [2]. Однотипному воздействию специфических для боевой обстановки стрессоров подвержены и гражданские врачи, ибо они находятся в тех же боевых условиях, и другие военнослужащие, что является причиной значительных изменений жизнедеятельности. Профессиональное врачебное функционирование и повышенная ответственность гражданских врачей за выполняемые действия в непривычных условиях создают постоянное напряжение и провоцируют у них непредсказуемые реакции [3], проявляющиеся в пренебрежении опасностью, неадекватной ее оценке, нарушении общепринятой дисциплины, объясняемыми доминированием необходимости оказания неотложной помощи в данный момент. Возникающая дилемма между инстинктом самосохранения и выполнением врачебных функций (и данной врачебной клятвы) является в большинстве случаев причиной снижения психологической устойчивости с последующими психосоматическими проявлениями.

В связи с этим, целью настоящей работы явилось продемонстрировать интегративность подхода в коррекции психосоматических расстройств у гражданских врачей, выполняющих свои функциональные обязанности в условиях боевой обстановки.

**Материал и методы.** 39 врачей (анестезиологи-реаниматологи, хирурги, травматологи-ортопеды) мужского пола в возрасте 36-38 лет, в течение 6-ти месяцев находившиеся в зоне действия боевой обстановки, без физических травм, поступили на лечение в стационары неврологиче-

ского и гастроэнтерологического профилей с жалобами на резкое снижение психологической устойчивости и неспособность сконцентрироваться, снижение работоспособности и самоконтроля, нарушения внимания, памяти, сна с преобладанием процессов возбуждения, тремор конечностей, на физическом плане – головные боли лобной, височной и затылочной локализации с головокружениями, боли в области сердца с иррадиацией в лопатку и левое надплечье, на боли в эпигастральной области постоянного характера, отсутствие аппетита, снижение массы тела, ломбалгии.

В основу диагностики и последующих лечебных мероприятий был положен интегративный подход, позволивший целостно оценить состояние пациента и сопоставить жалобы с синдромами традиционной китайской медицины (ТКМ), учитывающими физические и психосоматические проявления [4,5]. Обязательное определение конституции каждого пациента (также в соответствии с категориями ТКМ) дало возможность сопоставить ее с жалобами и типами реагирования на изменившиеся условия жизни и работы, что в конечном итоге и определило стратегию и тактику лечения.

Для проработки взаимоотношений «врач-пациент» была избрана «коллегияльная модель» как по стереотипу построения, так и глубине, так как в роли пациента выступал коллега. В ходе предварительной лечебному процессу беседы, проводимой перед началом одного из 3-х последующих курсов, пациент знакомился с возможностями, показаниями и противопоказаниями планируемых к применению методов, особенностях течения и эффективности лечебного процесса, сочетаемости методов друг с другом. Формирование содружественной реакции позволяло пациенту-коллеге сформировать доверие к лечащему врачу, концентрироваться на своих реакциях, ощущениях, эффектах, переместив на второй план свои профессиональные знания, умения и навыки. Проговаривалась и необходимость формирования оптимальных двигательного, эмоционального, нутрициологического стереотипов поведения. Целью применения сеансов холодинамики как метода практической психологии было помочь пациенту решить глубокие личностные и социальные проблемы, возникшие как следствие функционирования непосредственных в боевых условиях (основанием к применению послужили в достаточной степени указания на эффективность отслеживания процесса работы с холодайнми (мыслеформами) [1].

**Результаты и обсуждение.** Проведено 3-и курса рефлексотерапии (РТ) по 10 сеансов каждый, ежедневно (в виде классической и поверхностной многоиглолчатой иглотерапии, прогревания, баночного массажа) с интервалом длительностью в 21 день. Процедуры комплексировались не более 2-х в одном сеансе с раздражением корпоральных, аурикулярных и краниальных точек. Для обеспечения физического и психологического комфорта пациента сеансы РТ предшествовали сеансам работы с холодайнном, длительностью в среднем 90–120 минут. Кратность проведения холодинамического процесса в отношении к РТ сеансу составляла 1:2. В ходе «процесса отслеживания проблемы» (индивидуального для каждого пациента и контролируемого лечащим врачом), в сознании пациентов во время сеансов возникали подобные живым голограммам трехмерные мыслеобразы, имеющие черты, характер, цвет, эмоциональную окраску, форму, звук, иногда запах. В результате психосоматической гармонизации отрицательные элементы восприятия произошедших в течение 6-ти месяцев нахождения пациентов в боевой обстановке событий и сопутствующих ощущений в организме трансформировались в положительные психические проявления. После окончания сеанса обязательным условием являлся полноценный 2-х часовой отдых пациента со сном. Лечебный процесс планировался таким образом, чтобы снизить риски возникновения обострений.

Контрольные осмотры в перерывах между курсами лечения осуществлялись еженедельно в идентичный день недели и идентичное время.

Таким образом, примененная модель взаимоотношений «врач-пациент» проиллюстрировала утверждение Р. Витча: "Когда два индивида или две группы людей действительно привержены общим целям, то взаимное доверие и конфиденциальность отношений оправданы, а сама коллегияльная модель имеет смысл. Это очень приятный и гармоничный путь взаимодействия с другими людьми. Он предполагает равенство достоинства и уважения, ...общность ценностей, которым каждая из сторон привержена».

В конце хотелось бы отметить, что оказание такого рода медицинской помощи психосоматической направленности на основе интегративного подхода явился интересным, полезным и ценным

опытом клинической практики, который обогатился за счет работы с пациентами-коллегам, которые в силу сложившихся обстоятельств выполняют врачебные обязанности в условиях действия боевой обстановки.

#### Литература

1. Вульф В., Ректор К. Холодинамика вашей жизни. Сборник. Пер.с англ / Общ. ред. Л. Лучко. – М.: ЛАС, 1994. – 176 с.
2. Карянин А., Сыромятников И. Прикладная военная психология. Учебно-методическое пособие. С-Пб.: Питер, 2006. – 480 с.
3. Сандомирский М. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство. М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.
4. Табеева Д.М. Руководство по игло-рефлексотерапии. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2006. – 752 с.
5. Шнорренбергер К. Терапия акупунктурой. – М.: ГЭОТАР, 2012. – 528 с.

**Куликова О.С**

#### **Взаимосвязь когнитивного стиля, защитного и совладающего со стрессом поведения при параноидной шизофрении**

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия  
ol.kkv@mail.ru

**Ключевые слова:** шизофрения, когнитивный стиль, социальная адаптация

**Kulikova O.S.**

#### **Cognitive style, psychological defenses and coping-behavior in paranoid schizophrenia**

Orenburg State Medical Academy, Orenburg, Russia

**Keywords:** schizophrenia, cognitive styles, social adaptation.

**Введение.** Шизофрения определяется как хроническое психическое расстройство, характеризующееся прогрессирующим течением с постепенным формированием специфического когнитивного дефицита и обеднением эмоционально-волевой и потребностно-мотивационной сфер личности. Многие авторы говорят об определяющем влиянии мыслительных и мотивационных нарушений на степень социальной дезадаптации больных шизофренией [3; 5; 6].

В научной литературе в качестве важных форм адаптивного поведения индивида рассматриваются механизмы психологической защиты и копинг-механизмы. При этом показано, что особенности защитного и совладающего со стрессом поведения при шизофрении обусловлены характерными для данного заболевания когнитивными нарушениями [4].

Особый интерес в этом отношении представляют изменения когнитивных стилей, связанные с заболеванием и придающие мышлению пациентов определенное своеобразие. Опираясь на структурно-уровневую концепцию интеллекта [7], мы рассматриваем когнитивно-стилевые характеристики как компоненты структуры интеллекта, отражающие обобщенные типологические особенности восприятия и мышления и являющиеся индикаторами степени нарушения (снижения, ослабления) регуляции процессов обработки информации. При этом в отношении описываемого в настоящей работе когнитивного стиля «импульсивность / рефлексивность» предполагается, что на полюсе импульсивности выделяются «быстрые / неточные» (или «импульсивные») и «быстрые / точные» индивиды. Соответственно полюс рефлексивности маскирует «медленных / точных» (или «рефлексивных») и «медленных / неточных» индивидов. Ослабление регуляции процессов обработки информации в рамках этого когнитивного стиля проявляется в недостаточно систематичном сборе информации в сочетании с низкой способностью отсрочить принятие решения до момента более полного и тщательного анализа информации [7].

Все вышесказанное определило *цель* нашего исследования: проанализировать взаимосвязи когнитивно-стилевых характеристик импульсивности / рефлексивности, защитного и совладающего со стрессом поведения у пациентов, страдающих параноидной шизофренией.

**Материалы и методы.** Было обследовано 80 пациентов (41 мужчина, 39 женщин в возрасте от 18 до 39 лет) с клиническим диагнозом «шизофрения, параноидная форма» при длительности заболевания с момента манифестации психоза до проведения обследования – не более 1 года. На момент проведения исследования все пациенты характеризовались отсутствием продуктивной психотической симптоматики на фоне эмоционально-личностных изменений различной степени выраженности. Для диагностики когнитивного стиля «рефлексивность / импульсивность» исполь-

зовалась методика «Сравнение похожих рисунков» [8] с регистрацией показателей: «количество ошибок при сравнении похожих рисунков» и «среднее латентное время ответов». Использовались также методики: Индекс жизненного стиля» (ИЖС) [1], «Стратегии совладающего поведения» [2].

На этапе статистической обработки результатов когнитивно-стилевые показатели были включены в процедуру кластерного анализа с целью разделения обследуемых по когнитивно-стилевым субгруппам [7]. Между выделенными в результате кластеризации когнитивно-стилевыми подгруппами была проведена оценка достоверности различий по критерию Манна-Уитни.

**Результаты исследования.** Процедура кластеризации позволила выделить 2 подгруппы в рамках когнитивного стиля «рефлексивность / импульсивность»: «импульсивные» («быстрые и неточные») и «медленные и неточные». В подгруппу «импульсивных» были включены 58 пациентов (из них 35 мужчин), а подгруппу «медленных и неточных» составили 22 пациента (из них 6 мужчин).

Следует отметить, что максимально можно выделить 4 субгруппы в рамках одного когнитивно-стилевого параметра [7]. При этом в зависимости от особенностей выборки количество выделенных субгрупп может отличаться. Таким образом, для пациентов, страдающих параноидной шизофренией (при длительности заболевания – не более 1 года), характерна низкая точность обработки информации при выпадении наиболее продуктивных когнитивно-стилевых субгрупп и ослаблении регуляции интеллектуальной деятельности.

Выявлен ряд статистически значимых различий в особенностях защитного и совладающего поведения между пациентами выделенных когнитивно-стилевыми подгруппами. Так, «медленные и неточные» пациенты характеризуются меньшей напряженностью МПЗ «регрессия» (среднее арифметическое в процентилях составляет  $M=60,05\pm 0,30$  и  $M=81,36\pm 3,27$ ;  $p<0,001$ ), «компенсация» ( $M=81,59\pm 3,15$  и  $M=91,30\pm 1,43$ ;  $p<0,001$ ), «замещение» ( $M=34,59\pm 3,38$  и  $M=60,55\pm 2,85$ ;  $p<0,001$ ), «интеллектуализация» ( $M=75,55\pm 4,46$  и  $M=90,5\pm 1,92$ ;  $p<0,001$ ), а также меньшей активностью копинг-стратегии «конфронтация» ( $M=58,36\pm 3,38$  Т-баллов и  $M=68,84\pm 1,74$  Т-баллов;  $p<0,01$ ).

**Выводы.** На выборке пациентов, страдающих параноидной шизофренией (при длительности заболевания – не более 1 года) в рамках когнитивного стиля «рефлексивность / импульсивность» выделяются субгруппы «импульсивные» («быстрые и неточные») и «медленные и неточные», характеризующиеся относительно низкой точностью обработки информации и ослаблением способности отсрочить принятие решения до момента более полного и тщательного анализа информации. При этом для «медленных и неточных» пациентов (по сравнению с импульсивными пациентами) характерна меньшая напряженность психологической защиты, а также менее выраженное использование относительно неконструктивной копинг-стратегии «конфронтация». Выявленные особенности «медленных и неточных» пациентов могут отражать компенсаторный потенциал тенденции к увеличению длительности процесса обработки информации.

#### Литература

1. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля - СПб.: Издательство: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. - 50 с.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова 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.: Издательство: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. - 38 с.
3. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении - СПб: Питер, 2008. - 512 с.
4. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: дисс. ... канд. психол. наук:19.00.04 - СПб., 1999. - 147 с.
5. Кобзова М.П. Когнитивные нарушения и проблема социальной дезадаптации при шизофрении [Электронный ресурс] // Психологические исследования. - 2012. - № 2/22. - С. 10. - Режим доступа: URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2012n2-22/650-kobzova22.html> (дата обращения: 23.05.2012).
6. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. – 389 с.
7. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. - СПб.: Питер, 2004. - 384 с.
8. Kagan J. Reflection-impulsivity: The generality and dynamics of conceptual tempo // Journal of Abnormal Psychology. - February 1966. - Vol. 71. - No 1. - P.17-24.

**Кульгина М.А.**

**О значении нововведений МКБ-11 для медицинской психологии**

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** МКБ 11, категориально-дименсиальный подход, расстройства личности

**Kulygina MA**

### **On the importance of innovations ICD-11 for medical psychology**

V.Serbsky NMRCPN of the MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** ICD 11, categorical-dimensial approach, personality disorders

Международная классификация болезней (МКБ) является основополагающей концепцией ВОЗ, ориентированной на обработку медицинской информации и отчетности для нужд здравоохранения во всем мире. Ее глобальное предназначение охватывает мониторинг угроз для общественного здоровья, улучшение медицинского обслуживания, разработку стандартов помощи. Соответственно, она должна быть понятна профессионалам разного уровня, разной специализации в сфере охраны психического здоровья, разной культуральной принадлежности.

Общая структура новой версии МКБ 11го пересмотра, как ожидается, будет принята в мае 2018 г. Однако, методические рекомендации для главы «Психические, поведенческие расстройства и нарушения развития», имеющие название «Клинические описания и диагностические указания» (КОДУ), находится еще в стадии разработки. Именно данное руководство вызывает наибольший интерес и дискуссии в профессиональной среде, т.к. является основополагающим инструментом для квалификации психического состояния и постановки диагноза психического расстройства.

С целью повышения надежности и применимости КОДУ проводятся полномасштабные полевые испытания под эгидой ВОЗ. С 2014 г. запущены полевые исследования по интернету посредством Всемирной сети клинической практики. Это профессиональное сообщество объединяет более 13 тыс. специалистов в сфере охраны психического здоровья и первичной сети из 152 стран ([www.gcp.network](http://www.gcp.network)). Россия занимает 5е место по представленности (около 1 тыс. участников), при этом характерно, что подавляющее большинство русскоязычной выборки составляют врачи-психиатры (86%), тогда в общемировой когорте отмечается более сбалансированное соотношение разных представителей смежных дисциплин с существенной долей психологов (больше 30 %), что говорит о большей включенности наших коллег за рубежом в процесс курации лиц с психическими заболеваниями. В стадии завершения находятся полевые испытания на базе практических психиатрических учреждений, т.е. в естественных клинических условиях, т.н. «экологические» исследования, которые проводятся на 5 языках, в 13 странах, включая Россию. Результаты исследований, отражающие аргументированные мнения специалистов со всего мира, позволят внести коррективы в диагностические указания, что должно сделать их более приемлемыми на практике.

Нововведения МКБ-11 отражают категориально-дименсиальный подход к диагностике психических расстройств, сочетающий феноменологическое описание и операциональный принцип измерения нарушения.

Закладывается новый формат КОДУ. Более четко обозначена дифференциальная диагностика: по каждой категории прописаны границы с нормой и с другими сходными по проявлениям психическими расстройствами. Кроме того, каждая категория рассматривается отдельно с позиций возрастной, гендерной и культуральной специфики. Учитываются динамические аспекты в виде указания на особенности течения заболевания.

Трансформирована структура разделов. Так, например, все тревожные и основанные на страхе расстройства собраны вместе в отдельном разделе и различаются в зависимости от фокуса опасений, т.е. от того, какие стимулы или ситуации, вызывают страх или тревогу. В МКБ-10 многие из этих расстройств классифицировались в разделе «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», который в новом варианте не сохранен и расформирован по разным рубрикам. Также значительные изменения касаются раздела «Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства», объединившего все расстройства с нежелательными мыслями и связанным с ними повторяющимся поведением в качестве основного клинического признака. Устранен раздел «Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте», при этом психические нарушения у детей и подростков представлены в разделе «Нарушения нейropsychического развития», открывающем всю главу, и в остальных разделах в подрубриках «Возрастные проявления».

Изменения, вносимые в обновленную версию МКБ, с очевидностью указывают на усиление роли медицинских психологов в диагностическом процессе. Причем речь идет не только о традиционной патопсихологической диагностике нарушенных психических функций, но и о количественной оценке отдельных психопатологических проявлений. Очевидна необходимость разработки психометрических инструментов, шкал, предназначенных для целенаправленного выявления тяжести нарушений.

В частности, предстоит оценивать выраженность групп симптомов (доменов) при расстройствах шизофренического спектра, которые отчасти заменяют привычные для клинической психопатологии типы шизофрении. Специфика того или иного психотического расстройства будет определяться с учетом преобладания позитивных, негативных, аффективных (депрессивных или маниакальных), психомоторных или когнитивных симптомов.

Оценка выраженности расстройства личности – легкое, умеренное или тяжелое – приобретает более важное значение, чем указание на патохарактерологические особенности, что позволяет учитывать масштаб вклада личностных факторов в общую клиническую картину заболевания. Вместе с тем, остается возможность отнесения личностных нарушений к типологии по 5 доменам, которые ориентированы, главным образом, на поведенческие паттерны: негативная эмоциональность, диссоциальность, ананкастность, отстраненность, расторможенность. Подобная трактовка не лишена критических замечаний и, тем не менее, может способствовать сближению позиций в известном разночтении патологии личности в психиатрии и психологии.

Кроме того, предполагается и психологическая квалификация каждого клинического случая в целом, с оценкой нарушения социального функционирования, которому придается статус одного из основных признаков заболевания, что является достаточно новым в формальном различении нормы и патологии.

В целом, предложенный вариант КОДУ новой версии МКБ выглядит достаточно логичным и ясным по своему замыслу, более структурированным по форме, приближающимся к компромиссу между клиническим соответствием и удобством использования на практике, а главное, открывающим новые возможности для психологической квалификации и психодиагностики психических расстройств.

**Куртанова Ю.Е., Тихомирова К.А.**

**Особенности коммуникативной сферы подростков с хронической почечной недостаточностью**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия  
[ulia.kurtanova@yandex.ru](mailto:ulia.kurtanova@yandex.ru)

**Ключевые слова:** коммуникация, подростки, хроническая почечная недостаточность

**Kurtanova Yu.E., Tikhomirova K.A.**

**Features of the communicative sphere of adolescents with chronic renal failure**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** communication, adolescents, chronic renal failure

**Введение.** За основу нашего исследования было взято предположение, что, имея тяжелое хроническое соматическое заболевание, будучи изолированным в значительной степени от сверстников, от обычного времяпрепровождения, подросток может иметь некоторые особенности коммуникативной сферы, которые мешают ему успешно взаимодействовать с окружающими людьми.

**Цель** нашего исследования – выявить особенности коммуникативной сферы у подростков с ограниченными возможностями здоровья. Гипотезой исследования стало предположение о том, что подростки с хроническими соматическими заболеваниями имеют следующие особенности коммуникативной сферы:

1. Подростки с хроническими соматическими заболеваниями применяют иные коммуникативные стратегии в конфликтных ситуациях, чем их здоровые сверстники;
2. Свои коммуникативные и организаторские способности подростки с хроническими соматическими заболеваниями оценивают ниже, чем здоровые подростки;
3. Подростки с хроническими соматическими заболеваниями проявляют больше отторженности во взаимодействиях со сверстниками.



**Материал и методы.** В исследовании принимали участие две группы подростков. Контрольная группа – 12 человек: 5 девочек, 7 мальчиков. По данным медицинских карт хронических заболеваний не имеют. Это обучающиеся Государственного бюджетного образовательного учреждения «Школа № 192» г. Москвы. Экспериментальная группа – 10 человек: 3 девочки, 7 мальчиков. Подростки с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии. Это пациенты отделения пересадки почки Российской детской клинической больницы. Возраст: 12-17 лет.

В исследовании применялись следующие методики:

1. Методика диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению К. Томаса (адаптация Н. В. Гришиной);
2. Методика по определению коммуникативных и организаторских склонностей (КОС2).
3. Методика исследования сферы межличностных отношений Рене Жилия;
4. Методика «незаконченные предложения» (Д.Сакс, С. Леви).

Методы математической статистики (U-Критерий Манна-Уитни).

**Результаты.** Исследование предпочтений в использовании тех или иных стратегий решения конфликтов показало, что 36% здоровых подростков чаще всего используют стратегию «Избегание», при этом 40% подростков с почечной недостаточностью предпочитают стратегию «Сотрудничество» и 40% предпочитают стратегию «Приспособление». Что касается наименее используемой стратегии, 36% здоровых подростков реже всего используют стратегию «Приспособление», в то время как половина подростков (50%) с почечной недостаточностью реже всего пользуются стратегией «Избегание».

64% здоровых подростков и 40% подростков с почечной недостаточностью оценивают свои коммуникативные склонности как высокие. Свои коммуникативные склонности оценивают как низкие 9% здоровых подростков и 20% подростков с почечной недостаточностью. Среди здоровых подростков мы видим очень большой процент оценки своих способностей на высоком уровне (82%), у подростков с почечной недостаточностью таких только 40%. А подростков, оценивших свои организаторские склонности на низком уровне, нет вообще, также как и в группе подростков с почечной недостаточностью.

Опираясь на результаты методики Рене Жилия мы наблюдаем, что в целом все подростки проявляют положительное отношение к своей семье, однако подростки с почечной недостаточностью гораздо больше привязаны к семье, чем их здоровые сверстники. Здоровые подростки ориентированы на общение с друзьями, что логично для подросткового возраста. В то время как подростки с почечной недостаточностью намного реже отдают предпочтение друзьям и товарищам в различных ситуациях. Мы видим, что подростки с почечной недостаточностью чаще бывают замкнуты и стремятся к уединению (26%), чем здоровые подростки (11%). Социальную адекватность поведения в различных ситуациях по методике Р. Жилия в одинаковой степени проявляют подростки с почечной недостаточностью (57% случаев) и здоровые подростки (55% случаев).

Качественная оценка результатов по методике «незаконченные предложения» показала, что 44% здоровых подростков положительно воспринимают отношение людей друг к другу, среди подростков с почечной недостаточностью этот процент ниже – 30%. При этом половина подростков с почечной недостаточностью (50%) оценивают отношение людей друг к другу как негативное (дети часто заканчивают предложение «Люди относятся друг к другу...» такими словами, как «как животное», «с высокомерием», «скептически»). Среди здоровых подростков 22% воспринимают отношение людей друг к другу как негативное.

Исследуя отгороженность подростков в группе, следует отметить, что ни один здоровый подросток не обнаружил стремления отгородиться и изолироваться от одноклассников и друзей. 33% здоровых подростков проявили избирательную общительность. В основном же здоровые подростки (67%) не проявляют какой-либо тенденции к отгороженности, будь то в классе или с друзьями. 10% подростков с почечной недостаточностью проявляют отгороженность в группе сверстников. В основном (70%) подростки с почечной недостаточностью избирательно общительны. Эти данные отчасти подтверждаются результатами по таким параметрам как «Ощущение себя в коллективе». 50% подростков с почечной недостаточностью чувствуют себя некомфортно в классе. Среди здоровых подростков таких не оказалось, среди них 22% чувствуют себя комфортно и 78% нейтрально.

**Выводы. 1.** Подростки с почечной недостаточностью значимо реже прибегают к стратегии «Избегание» в урегулировании конфликтов, чем их здоровые сверстники. Здоровые подростки чаще всего в конфликтных ситуациях применяют стратегию «избегание» и реже всего - «приспособление». У подростков с почечной недостаточностью наиболее популярны стратегии «Приспособление» и «Сотрудничество». **2.** Подростки с почечной недостаточностью оценивают свои коммуникативные и организаторские способности также высоко, как и подростки из контрольной группы. **3.** Подростки с почечной недостаточностью чаще предпочитают общение с семьей или одиночество, чем общение с друзьями и товарищами. При этом у подростков с почечной недостаточностью выражено стремление к лидерству, по сравнению со здоровыми подростками. Различия имеют статистическую значимость.

Таким образом, наше исследование показало своеобразие в формировании коммуникативной сферы у подростков с хронической почечной недостаточностью.

**Куфтык Е.В., Долгова (Реунова) А.А., Осипова Ю.С., Рысина А.А.**

**Механизмы психологической защиты, копинг-поведение и функциональное состояние младших школьников**

Костромской государственной университет, Кострома, Россия  
[kuftyak@yandex.ru](mailto:kuftyak@yandex.ru), [reunova\\_alena@mail.ru](mailto:reunova_alena@mail.ru)

**Ключевые слова:** адаптивное поведение, механизмы психологической защиты, копинг-поведение, функциональное состояние, младший школьный возраст

**Kuftyak E.V., Dolgova (Reunova) A.A., Osipova Ju.S., Rysina A.A.**

**Mechanisms of psychological defense, coping strategies and functional state of junior schoolchildren**

Kostroma State University, Kostroma, Russia

**Keywords:** adaptive behavior, mechanisms of psychological defense, coping behavior, functional state, junior school age

**Введение.** Необходимость изучения адаптивных механизмов поведения объясняется тем, что погружаясь в процесс преодоления неприятностей, человек испытывает интенсивные эмоции и физиологические ощущения, которые сильно активизируются в процессе требований, предъявляемых стрессорами [3]. Для того, чтобы избавиться от нервного напряжения, человек обращается к различным бессознательным механизмам и стратегиям поведения, и делает все возможное, чтобы его снизить. Воздействие большого количества внутренних и внешних стрессовых факторов оказывает негативное влияние на психическое здоровье человека [2]. При этом основная нагрузка приходится на центральную нервную систему и, следовательно, на ее функциональное состояние, которое выступает определяющим фактором работоспособности. Младший школьный возраст сопряжен с рядом личностных (любопытство, неосмотрительность, наивность и др.) и социальных факторов (лишение постоянного родительского присмотра), что делает детей уязвимыми и незащищенными от трудноразрешимых ситуаций [4]. В.В. Ковалев в контексте онтогенетических уровней нервно-психического реагирования рассматривает возраст 7 – 11 лет как наиболее эмоционально-насыщенный период [1]. Все это определяет актуальность изучения механизмов психологической защиты и копинг-поведения у детей младшего школьного возраста. **Целью** данного исследования является изучение и сравнение особенностей и взаимосвязей механизмов психологической защиты, копинг-стратегий и функционального состояния у младших школьников.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 165 детей (49 мальчиков, 61 девочка) в возрасте от 9 до 11 лет из 6 школ г. Костромы и Костромской области. Выраженность механизмов психологической защиты у детей изучалась с помощью методики «Карта оценки детских защитных механизмов» (Р. Плутчик, модификация Е.В. Чумаковой, 1999). Стратегии совладания оценивались с помощью опросника «Опросник копинг-стратегий школьного возраста» (N. Ryan-Wenger, 1990; И.М. Никольская, Р.М. Грановская, 2000). Экспресс-диагностика функционального состояния и работоспособности М.П. Мороз (М.П. Мороз, 2009) использовалась для получения информации о функциональном уровне нервной системы (ФУС); устойчивости нервной реакции (УР); уровне функциональных возможностей сформированной функциональной системы (УФС).

**Результаты.** Анализ взаимосвязей механизмов психологической защиты и копинг-стратегий показал, что *вытеснение* положительно коррелирует как со стратегиями, которые дети чаще выбира-

ют при трудностях, так и стратегиями, которые оцениваются ими как помогающие в повседневных трудностях: рефлексивный уход ( $p=0,011$ ;  $p=0,000$ ), пассивное отвлечение ( $p=0,006$ ;  $p=0,000$ ), поиск духовной опоры ( $p=0,022$ ;  $p=0,001$ ). Механизм *формирование реакции* отрицательно связан со стратегиями, которые дети используют, а именно рефлексивный уход ( $p=0,047$ ) и пассивное отвлечение ( $p=0,017$ ). Механизм *замещение* положительно связан с копинг-стратегиями, которые оцениваются как помогающие детям, пассивным отвлечением ( $p=0,044$ ), поиском духовной опоры ( $p=0,005$ ) и деструктивно-эмоциональным отвлечением ( $p=0,026$ ). Полученные результаты свидетельствуют о важности механизма *вытеснения* в преодолении трудностей: механизм помогает в сдерживании эмоции страха (проявления которой неприемлемы для позитивного самовосприятия) и замене реальных событий фантазиями, что позволяет обращаться к внутренней «переработке» трудностей. Внутреннее фокусирование на переживаниях и избегание проблем помогает детям поддерживать стремление соответствовать общепринятым стандартам поведения (умеренно выраженное *формирование реакции*). Важными являются полученные данные о повышении частоты обращения детей к интропунитивным стратегиям поведения в связи с разрядкой напряжения, созданного неудовлетворенной потребностью.

Далее нами были выделены группы с диапазоном значений, соответствующих определенному функциональному состоянию ЦНС (М.П. Мороз, 2009). В одну группу мы объединили «норма» и «незначительно сниженная». «Норма» характеризуется уравновешенностью нервных процессов в ЦНС и соответствует хорошему самочувствию и комфортности. Состояние «незначительно сниженное» является нижней границей нормы и связано с начальными стадиями утомления. Во вторую группу были включены дети со «сниженной» устойчивостью нервной реакции, характеризующейся преобладанием тормозных процессов, и «существенно сниженной», что указывает на процессы торможения в ЦНС. Сравнительный анализ использования защитных механизмов и копинг-стратегий у младших школьников, в зависимости от функционального состояния выявил следующие различия. Интенсивность использования психологических защитных механизмов выше в группе школьников с уравновешенностью нервных процессов в ЦНС, по сравнению со школьниками с преобладанием торможения в ЦНС. Так, дети этой группы чаще используют механизмы *регрессия* ( $p=0,049$ ), *замещение* ( $p=0,000$ ) и *формирование реакции* ( $p=0,016$ ). Вероятно, уравновешенность нервных процессов, при которой отмечается хорошее самочувствие, настроение и комфортность достигается за счет минимизации негативных переживаний. Дети с преобладанием торможения в ЦНС чаще выбирают стратегию рефлексивного ухода ( $p=0,049$ ), по сравнению с детьми с нормальным функционированием ЦНС.

**Резюме.** Анализ использования механизмов психологической защиты и копинг-стратегий детьми исследуемой выборки подтвердил данные полученные в других исследованиях, показывающих, что дети с нарушениями психического здоровья используют ограниченный репертуар психологических защит, в том числе, относящихся к первичным (примитивным) механизмам психологической защиты. Полученные нами данные указывают на невозможность быстрого разрешения трудностей у детей с преобладанием торможения ЦНС за счет «погружения» во внутренние переживания.

#### Литература

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995.
2. Куфряк Е.В. Психологическое здоровье и защитные механизмы (психологические защиты и совладание) в детском возрасте // Психологические исследования. 2016. Т. 9, № 49. С. 4. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 08.01.2018).
3. Куфряк Е.В. Роль механизмов защитной системы в поддержании психологического здоровья современных дошкольников // Воспитание и обучение детей младшего возраста. 2017. №6. С.99-100.
4. Пазухина С.В. Подходы к классификации экстремальных ситуаций, возникающих в жизнедеятельности младшего школьника // Концепт. 2013. № 09.

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ (проект № 16-36-00038).*

Лангина К.В.

**Особенности эмоционально-волевой сферы у пациентов мужского пола с острым нарушением мозгового кровообращения в раннем реабилитационном периоде**

КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия  
[ksenyalant@gmail.com](mailto:ksenyalant@gmail.com)

**Ключевые слова:** инсульт, эмоционально-волевая сфера, реабилитация

Lantina K.V.

**Features of the emotional-volitional sphere in male patients with acute impairment of cerebral circulation in the early rehabilitation period**

KrasGMU them. prof. V.F. Voino-Yasensky, Krasnoyarsk, Russia

**Keywords:** stroke, emotional-volitional sphere, rehabilitation

**Введение.** В России инсульт занимает одно из лидирующих мест в структуре причин общей смертности. Более 10 % больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, имеют статус «инвалида». Качество жизни у людей, перенесших ишемический инсульт, во многом снижается, что обостряет необходимость комплексной реабилитации. Для эффективной психологической реабилитации необходимым этапом является диагностика и анализ психологических особенностей пациентов.

**Целью** исследования являлось изучение особенностей эмоционально-волевой сферы в раннем реабилитационном периоде у пациентов мужского пола, перенесших ишемический инсульт. У пациентов после инсульта в раннем реабилитационном периоде проявляются такие психологические особенности как депрессия, тревога, возникают внутриличностные конфликты. Все это негативно отражается на оценке их субъективного благополучия.

**Материал и методы.** Исследование проведено с помощью методик: «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS), «Шкала субъективного благополучия» А. Перуз-Баду (русскоязычная адаптация М.В. Соколовой), «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» Е.Б. Фанталовой, клиническое интервью, статистический анализ. Всего было исследовано 25 пациентов мужского пола, перенесших ишемический инсульт в возрасте от 38 до 64 лет. Средний возраст исследуемых составил 54 года.

**Результаты.** Показано, что только 4% пациентов испытывают субъективное благополучие. 76% пациентов субъективно оценивают свое благополучие как умеренное, что говорит об их неполном эмоциональном комфорте. 20% пациентов испытывают субъективное неблагополучие, что говорит о их склонности к эмоциональным нарушениям. Низкая самооценка здоровья встречается у большинства пациентов (68%). Низкая степень удовлетворенности повседневной деятельностью наблюдается только у 12% пациентов. У 16% пациентов выявлены клинические признаки тревоги, им свойственна эмоциональная лабильность, раздражительность. 68% больных - с субклиническими признаками тревоги, на это указывают симптомы раздражительности, плохое настроение. У 12% больных обнаружена клинически выраженная депрессия, о чем свидетельствуют не проходящее чувство печали или полная безрадостность, плаксивость и другие эмоциональные нарушения. 40% пациентов имеют субклинически выраженную депрессию. Наиболее ценными для исследуемых являются такие сферы жизни как «Здоровье (физическое и психическое)», «Счастливая семейная жизнь». Наименее доступные для исследуемых такие сферы жизни как «Творчество» и «Здоровье». Большая разница между уровнями ценности и доступности в одной и той же сфере жизни рождает у пациента внутриличностный конфликт. Наличие внутриличностного конфликта говорит о блокаде одной из жизненно важных потребностей, «желаемое» пациентов не совпадает с «действительным». Внутриличностный конфликт был обнаружен у пациентов в такой сфере жизни, как здоровье. Внутриличностный конфликт в том числе является причиной негативных эмоциональных переживаний.

**Выводы.** Большинство пациентов испытывает субклинически выраженные признаки тревоги, имеют низкую самооценку здоровья, имеют внутриличностный конфликт в сфере здоровья, не испытывает субъективного благополучия. Полученные результаты говорят об необходимости психокоррекционного воздействия на постинсультных пациентов в раннем реабилитационном периоде.

## Литература

1. Арабидзе, Г. Г. Терапевтические и деонтологические аспекты реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт / Г. Г. Арабидзе, С. Н. Куденцова, Е. А. Куденцова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 2 – С. 6–10.
2. Гусев, Е. И. Неврология и нейрохирургия / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, Г. С. Бурд – М. : Медицина – 2000. – 365 с.
3. Дмитриев, М. Н. Клинико-психологические аспекты аффективных расстройств у пациентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения / М. Н. Дмитриев, К. Н. Гончарова, Ю. С. Худина / Главный врач. – 2016. – № 4. – С. 60–62.
4. Куташов, В. А. Анализ тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с церебральным инсультом в раннем восстановительном периоде. Роль психологической коррекции в нивелировании данных расстройств / В. А. Куташов, Т. Ю. Хабарова, О. А. Борисова // Молодой ученый. – 2015. – № 10. – С. 429–432.
5. Петрова, Е. А. Клиническая картина тревожных расстройств у больных с инсультом / Е. А. Петрова, Е. А. Кольцова, М. А. Савина // Consilium Medicum. – 2015. – № 9. – С. 37–41.
6. Петрова, Е. А. Патогенетические аспекты развития депрессивных и тревожных расстройств у больных с церебральным инсультом / Е. А. Петрова, О. С. Брюсов, И. В. Кичук // Нервные болезни. – 2014. – № 1. – С. 26–31.
7. Проблема послеинсультных когнитивных нарушений / С. В. Прокопенко, Е. Ю. Можейко, Т. Д. Корягина [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2016. – № 1. – С. 18–25.
8. Всемирный день борьбы с инсультом [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения Красноярского края. – 2015. – Режим доступа: <http://www.kraszdrav.ru/news/4290#.WHcGUvntmko>
9. Сердечно-сосудистые заболевания [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень. – 2015. - № 317. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/>

**Лаптева А.В.**

**Возрастные особенности представлений о дружбе и друге у детей с интеллектуальной недостаточностью**

ФБУ Северо-Западный региональный центр судебной экспертизы  
Санкт-Петербург, Россия  
[nastya.90@bk.ru](mailto:nastya.90@bk.ru)

**Ключевые слова:** интеллектуальная недостаточность, общение, дружба

**Lapteva A.V.**

**Age features of friendship and friend representations among children with intellectual disability**

FBA North-West Regional Forensic Center, Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** intellectual disability, friendship, age features

**Введение.** Дети с интеллектуальной недостаточностью являются самой большой группой среди лиц с ограниченными возможностями здоровья. Термин «интеллектуальная недостаточность» включает в себя как задержку психического развития, так и легкую умственную отсталость [2, 3, 5]. В работах В.С. Мухиной, Г.А. Цукерман, П.О. Омаровой указывается, что дружба является социально значимой ценностью как для младшего школьного, так и для подросткового возраста. Изучение межличностного общения и представлений о дружбе у детей с интеллектуальной недостаточностью является также актуальным [1, 6]. Данное направление исследований необходимо для оказания психолого-педагогической поддержки, осуществления социальной адаптации данной группы детей.

**Цель** исследования - выявление возрастных особенностей представлений о дружбе и друге у детей с интеллектуальной недостаточностью.

**Материал и методы.** В исследовании приняло участие 206 детей. В соответствии с целью и задачами исследования одна часть выборки состояла из детей младшего школьного возраста (9-11 лет), вторая возрастная группа – младшие подростки (14-16 лет) [4]. Первая экспериментальная группа включала детей младшего школьного и подросткового возраста с диагнозом F83 (смешанные специфические расстройства психологического развития, по МКБ-10). Вторая экспериментальная группа – дети, имеющие диагноз F70 (умственная отсталость легкой степени, по МКБ-10). Контрольная группа состояла из детей с нормативным уровнем интеллектуального развития. В таблице 1 представлена характеристика выборки исследования.

Таблица 1 – Характеристика экспериментальных и контрольных групп

Признаки	1 группа		2 группа		3 группа	
			интеллектуальная недостаточность			
Наличие/отсутствие нарушений в развитии	нормативный уровень интеллектуального развития		задержка психического развития		легкая умственная отсталость	
Возраст (средние значения)	9,4	14,2	9,9	14,8	10	15,2
Количество	31	48	30	30	36	31

Методологическими основами нашего исследования являлись: представления о закономерностях нормального и отклоняющегося психического развития (Б.Г. Ананьев, С.Л. Рубинштейн, В.С. Мухина и др.); системный подход Б.Ф. Ломова, заключающийся в понимании общения как детерминанты всей системы психического, ее структуры, динамики и развития, а также как фактор определения образа жизни; идеи Л.С. Выготского и В.Н. Мясищева о развитии личности ребенка в системе его взаимоотношений с людьми.

Для изучения представлений о дружбе и друге у детей с интеллектуальной недостаточностью нами использовались следующие методы и методики: стандартизированная беседа, социометрия, методика «Изучение отношений к близким людям» Д. Чикетти и М. Линча (адаптация Т.В. Архиреевой), анкета «Представления о дружбе» (Е.В. Юрковой), незаконченные предложения (М. Сакс и С. Леви), проективные методы (рисунок на тему «Мой друг»; сочинение на тему «Мой друг»).

**Результаты.** В ходе факторного анализа выделено пять факторов, которые объясняют 60,2% дисперсии. Первый фактор «Представления о дружбе и друге» отражает личностные качества, роли, социальные характеристики друга, мотивы дружбы и ее смысл. Следующий фактор «Мотивация при выборе друга» включает переменные, которые описывают мотивы при выборе друга, а именно способность к эффективному социальному взаимодействию, социальный статус, наличие взаимной симпатии и положительного эмоционального фона при общении. Третий полученный фактор «Дружба как близкие и эмоционально-положительные отношения» описывает желание ребенка иметь близких, доверительные отношения со сверстником. Друг должен быть понимающим собеседником, уделяющим внимание и время. Таким образом, дружеские отношения обеспечивают ребенку положительное настроение, ощущение значимости. Четвертый фактор «Устойчивость отношений» описывает взаимность (устойчивость) дружеских связей. Последний фактор включает в себе потребность в доверительном общении, которая предполагает принятие, взаимность, симпатию, дружескую поддержку. Данный фактор получил название «Потребность в общении».

Для дальнейшего сравнительного анализа нами использовался многофакторный дисперсионный анализ (2-way ANOVA). В результате были получены достоверно значимые различия во влиянии взаимодействия независимых переменных на факторы «Представления о дружбе и друге» ( $F=4,675$ ,  $p < 0,010$ ), «Мотивации при выборе друга» ( $F=14,830$ ,  $p < 0,000$ ), «Дружба как близкие и эмоционально-положительные отношения» ( $F=6,973$ ,  $p < 0,001$ ). Статистически значимое влияние на распределение фактора «Устойчивость отношений» оказывают переменные «возраст» ( $F=12,096$ ,  $p=0,001$ ), «наличие диагноза» ( $F=29,847$ ,  $p=0,000$ ). Статистически достоверные различия получены при сравнении данных по фактору «Потребность в общении».

**Выводы.** Результаты, полученные в ходе эмпирического исследования, свидетельствуют о том, что дружба для детей с интеллектуальной недостаточностью определяется длительностью общения, совместным времяпрепровождением, а наличие друга характеризуется «инструментальным» восприятием. Дружба и друг являются ценностью для самих детей и фактором положительного эмоционального фона («дружба – это чудо, радость», «это классно» и т.д.). В итоге выявлены возрастные различия в представлениях о дружбе и друге, которые заключаются в том, что детям младшего школьного возраста характерны максимально положительное описание отношений с другом, наибольшая включенность в дружбу и определение ей ведущего места в межличностных отношениях, узость межличностных связей. Представления о дружбе младших школьников содержат высокую степень доверительности отношений, схождения в интересах, занятиях и настроении. К подростковому возрасту происходят изменения в мотивации при выборе друга, устойчивости отношений, в появлении стремления к взаимопониманию, расширении межличностных связей.

## Литература

1. Заширинская О.В. Невербальная коммуникация лиц с умственной отсталостью: теоретический абрис проблемы с позиции когнитивно-поведенческого подхода // Наука. Мысль. – 2016. – № 6-2. – С. 80-87. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26145236>
2. Матасов Ю.Т., Гульязева О.А. Психологический климат семьи как фактор личностного становления подростков с интеллектуальной и сенсорной недостаточностью // Научное мнение. – 2015. – № 3-2. – С.25-30.
3. Мнухин С.С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста / С.С. Мнухин; Ассоц. юрид. центр. – Санкт-Петербург: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008. – 313 с.
4. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. М., 1989.
5. Rosenberg S., Abbeduto L. Language and communication in mental retardation: Development, processes, and intervention. – Psychology Press, 2013.
6. Tipton L.A., Christensen L., Blacher J. Friendship quality in adolescents with and without an intellectual disability // Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. – 2013. – 26(6). – P.522-532. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12051>.

Латышева Е.В.

### Особенности внимания у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

Центр развития и реабилитации детей «Светлый город», Санкт-Петербург, Россия  
[latysheva.e.v@mail.ru](mailto:latysheva.e.v@mail.ru)

**Ключевые слова:** нейропсихология, нейропсихологическая коррекция, задержка психического развития, внимание.

Latysheva E.V.

### Peculiarities of attention in preschool children with mental retardation

Center for Development and Rehabilitation of Children «Bright City» Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** neuropsychology, neuropsychological correction, mental retardation, attention

**Введение.** В массовой школе дети с задержкой психического развития (ЗПР) часто имеют низкую успеваемость, которая связана с их индивидуальными особенностями. К ним можно отнести несформированность познавательной мотивации, снижение объема кратковременной и долговременной памяти, эмоциональную лабильность, нарушения зрительно-пространственных функций, недостаточную сенсомоторную координацию, общую моторную неловкость и многое другое [Т.В. Егорова, 1973; Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, 1999; И.И. Мамайчук, 2006; Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева, 2008; А.В. Семенович, 2008]. Однако, одной из основных проблем детей с ЗПР является недостаток функции внимания, что приводит к высокой отвлекаемости на уроке и препятствует усвоению учебного материала [Т.Н. Князева, 1991]. Проблема снижения эффективности образовательного процесса делает необходимым раннюю диагностику ЗПР для дальнейшей психологической коррекции. В связи с этим, **целью** нашего исследования явилось изучение особенностей внимания детей с ЗПР старшего дошкольного возраста и составление рекомендаций по организации психокоррекционного процесса.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 103» компенсирующего вида Невского района города Санкт-Петербурга. Были обследованы 10 детей (все мальчики правши) старшего дошкольного возраста (6 лет) с задержкой психоречевого развития (ЗППР). Для исследования высших психических функций (в частности внимания) были подобраны следующие **методики** [А.П. Бизюк, 2005; А.В. Семенович, 2002; 2008]: запоминание 10 картинок, запоминание 7 слов, проба Пьерона – Рузера, детская корректурная проба, графомоторная проба, сюжетные картинки (интерпретация и упорядочивание), тест на фонематический слух, копирование простых фигур, проба «Кулак-ладонь-ребро», пробы на кинестетический праксис.

**Результаты.** В ходе нейропсихологического обследования у всех детей были выявлены нарушения тонауса (синдром функциональной дефицитности базальных ядер мозга), незрелость зрительно-пространственного гнозиса (синдром функциональной несформированности правого полушария), а также нарушения программирования и контроля деятельности (синдром функциональной несформированности префронтальных отделов мозга). Результаты методики Пьерона-Рузера указывают на выраженное нарушение переключения и распределения внимания. Детская корректурная проба подтверждает полученные данные, а также позволяет оценить точность и продуктив-

ность деятельности. Показатель точности в большинстве случаев (80%) в норме, то есть детьми было допущено не более 1 ошибки. Показатель P указывает на низкую продуктивность деятельности (в норме P=0,5).

**Выводы.** Полученные результаты позволяют предложить следующие рекомендации по организации психокоррекционного процесса. Длительность занятий не должна превышать 20–25 минут. В ходе занятия следует делать перерыв и менять вид деятельности. Для повышения мотивации и лучшей концентрации внимания следует вводить соревновательные задания. Они стимулируют деятельность ребенка, способствуют лучшему закреплению навыков. Соревновательные задания следует выполнять в конце занятия (желательно каждого занятия), когда у ребенка остается меньше энергии. Полученные результаты позволяют заключить, что внимание детей с ЗПР отличается выраженным нарушением переключения и распределения, а также низкой продуктивностью деятельности, что обусловлено функциональной дефицитностью подкорковых образований, несформированностью правого полушария и префронтальных отделов головного мозга. Несмотря на то, что наличие синдрома функциональной несформированности префронтальных отделов мозга соответствует возрасту, мы считаем, что необходимо уже сейчас заниматься его коррекцией во избежание возникновения отклоняющегося поведения, а также проблем в начальной школе (обучаемости, неусидчивости, гиперактивности и т.п.).

#### Литература

1. Ахутин Т. В., Пылаева Н. М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. СПб.: Питер, 2008. 320 с.
2. Егорова Т. В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. М.: Педагогика, 1973. 150 с.
3. Князева Т.Н. Из опыта работы по организации процесса усвоения знаний детьми в классах выравнивания // Дети с задержкой психического развития. Проблемы и практические решения. Н.Новгород, 1991. С 41–44.
4. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб.: Речь, 2006. 400 с.
5. Семаго Н. Я., Семаго М. М. Задержка психического развития: основные современные показатели // Школьный психолог. 1999. № 32. С. 26–31.
6. Семенович А. В. Введение в нейропсихологию детского возраста: Учебное пособие. М.: Генезис, 2005. 319 с.

**Левковская О.Б., Парлашкевич А.О.**

**Интернет-проект [psynema.ru](http://psynema.ru) – в помощь специалистам сферы психического здоровья детей и подростков.**

ГБУЗ НПЦ ПЗ ДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва Россия  
[o.levkovskaya@gmail.com](mailto:o.levkovskaya@gmail.com)

**Ключевые слова:** интернет-проект, киноискусство, кинообразы, психопрофилактика, психотерапия

**Levkovskaya O.B. Parlashkevich A.O.**

**The Internet project [psynema.ru](http://psynema.ru) is a tool to help specialists in the mental health of children and adolescents.**

SBNI SPCMHC n. a. G. Sukhareva MOH Russia, FSBEI FPE RMACPE MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** Internet project, cinematographic art, film images, psycho-preventive work, psychotherapy

**Актуальность.** Согласно исследованиям отечественных и зарубежных специалистов и собственным данным, киноискусство, как неотъемлемая часть современной культуры, используется наравне с художественной литературой, живописью, музыкой в лечебных и профилактических целях [2,3,6,7,8,9]. Кинообразы являются дополнительным инструментом в индивидуальной и групповой психокоррекционной и психотерапевтической работе с детьми и подростками, семейном консультировании. В связи с этим возникает необходимость в междисциплинарном, клинико-психологическом анализе фильмов и описании доступных на их основе симптомов, синдромов, расстройств, личностно-характерологических и социально-психологических особенностей персонажей; формулировании первичных рекомендаций для помогающих специалистов (на этапе доврачебной помощи).

**Цель интернет-проекта [psynema.ru](http://psynema.ru).** Повышение профессиональной компетентности специалистов, работающих в сфере психического здоровья детей и подростков, в использовании кино-



фильмов и анимационных фильмов в образовательном, психопрофилактическом, психокоррекционном и психотерапевтическом русле.

**Материал и методы.** На протяжении трёх лет нами были изучены 36 современных кинофильмов и мультфильмов с использованием методов нарративного, характерологического, клинико-психопатологического и психотерапевтического анализа.

**Результаты и обсуждение.** В соответствии с главной целью проекта на страницах авторского интернет-сайта [rsvpema.ru](http://rsvpema.ru) представлены для открытого доступа и обсуждения междисциплинарные киноразборы по следующим темам: аффективные расстройства, девиантное поведение, реактивные состояния и психотравма, гебидный синдром, расстройства пищевого поведения, аутизм, аддикции (включая химическую зависимость, интернет-зависимое поведение), основные характерологические типы и соответствующие личностные расстройства, психосоматика, синдром патологического фантазирования, суицидальное поведение, умственная отсталость, шизофрения, эпилепсия. Особое внимание авторами проекта уделено детско-подростковой психопатологии, детско-родительским взаимоотношениям, а также психологическим, социальным и биологическим факторам (в соответствии с концепцией био-психо-социо-генеза здоровья и болезни), участвующим в формировании того или иного психического расстройства у ребенка/подростка, нашедшим свое отображение в кинообразах.

Рубрики «Что может помочь» и «Советы родителям» содержат перечень рекомендаций для специалистов на этапе оказания доврачебной помощи детям, подросткам и их семьям. Рекомендации сформулированы таким образом, чтобы, с одной стороны, облегчить возможность эффективного внутрисемейного взаимодействия в семьях с детьми, имеющими те или иные особенности психофизического развития. С другой – обратить внимание на те признаки в психическом состоянии ребенка или подростка, которые являются предостережением для помогающего специалиста и должны служить поводом для своевременного направления семьи на консультацию к врачу-психиатру или психотерапевту. Психопрофилактическая, психокоррекционная и психотерапевтическая направленность киноразборов в соответствии с трехчастной моделью индивидуального случая [4,5] наиболее полно реализована в теме «Характер» с помощью подробного обращения к сильным и слабым сторонам основных человеческих характеров, особенностям взаимоотношений и характерологически обусловленной уязвимости к стрессу. Эти материалы служат для облегчения работы специалистов в русле Терапии творческим самовыражением (Бурно М.Е.) [1] и других психотерапевтических направлений с целью помощи в формировании самосознания (самоидентичности) подростков.

#### Литература

1. Бурно М.Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга). – Изд. 3-е, испр. доп. – М.: Академический проект; Фонд «Мир», 2008. – 639 с. – (Психотерапевтические технологии).
2. Крупецков В.В. Психотерапия с использованием художественного кино / Психотерапия. – 2013. – Т.128, №8. – С.69-72.
3. Левковская О.Б., Парлашкевич А.О. Психотерапевтический и образовательный потенциал киноискусства (на примере интернет-проекта [Rsvpema.ru](http://rsvpema.ru)) / Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – Т.17, №1. – С.123-131.
4. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Интегративный подход к психотерапии девочек-подростков с несуйцидальным самоповреждающим поведением (НСП) [Электронный ресурс] // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Суицидальное поведение детей и подростков: эффективная профилактическая среда», 14 - 15 ноября 2017 г., Москва. URL: [http://www.npc-pzdp.ru/nauka/konf\\_2017.pdf](http://www.npc-pzdp.ru/nauka/konf_2017.pdf)
5. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Несуйцидальное самоповреждающее поведение (НСП) у девочек подростков: проблема психотерапевтических мишеней [Электронный ресурс] // Материалы VI Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», 19-22 сентября 2017г., Санкт-Петербург. URL: <http://www.acpp.ru/sbomik.pdf>
6. Hesley J.W., Hesley J.G. (2001) Rent two films and let's talk in the morning: using popular movies in psychotherapy. – 2<sup>nd</sup> ed., New York: John Wiley & Sons, Inc
7. Solomon G. (2001) Reel therapy: how movies inspire you to overcome life's problems. New York: Lebhar-Friedman Books.
8. Solomon G. (1995) The motion picture prescription: watch this movie and call me in the morning. - 1<sup>st</sup> ed., Santa Rosa, CA: Aslan Publishing.

**Любавская А.А. Иванова Е.М.**

**Гелотофобия при депрессивном синдроме**

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Москва, Россия  
[stesi-94@list.ru](mailto:stesi-94@list.ru) [ivalenka13@gmail.com](mailto:ivalenka13@gmail.com)

**Ключевые слова:** страх насмешки, гелотофобия, вина, стыд

**Lyubavskaya A.A. Ivanova E. M.**  
**Gelotophobia under depressive syndrome**

FSBSI MHRC, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

**Keywords:** the fear of being laughed at, gelotophobia, guilt, shame

**Введение.** По результатам зарубежных исследований было выявлено, что при психических расстройствах повышается вероятность развития патологического страха насмешки (гелотофобии) [4]. При этом люди не способны получать удовольствие от юмора и смеха, улыбки и смех вызывают у них негативные эмоции, и даже дружелюбный смех они воспринимают как несущий угрозу и агрессию [6]. Если при шизофрении гелотофобия больше исследована [3], то систематических исследований страха насмешки при депрессии не было. Формирование патологического страха насмешки может обуславливаться как нарушениями мышления, так и аффективной составляющей. В связи с этим, актуальным становится изучение гелотофобии при депрессии. Американский психиатр D. L. Nathanson описал атипичную форму депрессии, «депрессию стыда», которую отличал от типичной «депрессии вины» [5]. Если чувство вины вызывает потребность в исправлении ситуации, то стыд приводит к избеганию ситуаций, которые потенциально могут вызвать смущение, и в крайней степени выраженности - к полной самозолотии. Исследование В. Руха и Р. Пройера показало, что гелотофобия проявляется при депрессии, но характерна она не для всех её типов одинаково. Гелотофобия связана с атипичной депрессией (депрессией стыда), в отличие от традиционно описываемой депрессии вины [6]. Вина возникает вследствие осознания человеком нанесения им ущерба кому-либо, нарушения законов или договоренностей, а стыд - в следствие осознания несоответствия своих поступков или своего поведения общепринятым ценностям и нормам. Эти два чувства различны в плане мотивационных последствий [7]. Чаще всего стыд приводит к избеганию, а вина к стремлению исправить ситуацию. Это позволяет сделать предположение о том, что вина является более конструктивной эмоцией, которая в большей мере, чем стыд, помогает строить отношения, а не избегать их.

**Целью** данной работы является изучение гелотофобии при депрессии.

**Характеристика выборки.** В исследовании приняли участие 65 человек в возрасте от 18 до 45 лет. Из них 32 – пациенты с депрессивным синдромом: в рамках аффективных расстройств (F31, F32, F33, F34 - 21 человек) и шизофрении (F20, F21, F25 - 11 человек). Контрольную группу составили 33 психически здоровых человека в возрасте от 18 до 45 лет.

**Методы.** Опросник отношения к юмору и смеху PhoPhiKat<30> [W. Ruch, R.T. Proyer, 2008; в адаптации Е. М. Ивановой с соавт., 2016], Опросник стыда и вины GASP [S.T. Wolf et al, 2011 - в адаптации И.К. Макогон, С.Н. Ениколопов, 2009], Шкала депрессии Бека [Beck, 1961].

**Результаты.** Из 32 обследованных пациентов с депрессией у 14 (44%) была выявлена гелотофобия как минимум в лёгкой степени, что значительно превышает распространённость страха насмешки среди психически здоровых людей в России (15%) [1]. Сравнение средних показало, что гелотофобия в группе депрессии значимо выше ( $M=2,41$ ), чем в контрольной ( $M=1,77$ ,  $p=,000$ ,  $t=-5,54$ ). Опросник GASP позволил выяснить, что в сравнении с контрольной группой у пациентов с депрессивным синдромом значимо более выражены значения по обоим шкалам стыда, а также по поведенческой шкале вины: «Стыд — негативная самооценка» ( $M_d=5,34$  и  $M_k=4,45$  соответственно;  $p=,007$ ,  $t=-2,80$ ), «стыд — действия отказа» ( $M_d=3,05$  и  $M_k=2,40$ ;  $p=,002$ ;  $t=-2,35$ ) и «вина — действия по восстановлению» ( $M_d=5,34$  и  $M_k=4,68$  соответственно;  $p=,002$ ,  $t=-2,31$ ). Гелотофобия в группе пациентов с депрессией значимо коррелирует с обоими шкалами стыда, но со шкалами вины корреляции не достигают уровня значимых: «Стыд - негативная самооценка» ( $r=,358$ ,  $p=,003$ ), «стыд - действия отказа» ( $r=,477$ ,  $p=,000$ ); «вина-негативная оценка поведения» ( $r=,223$ ,  $p=,074$ ),

«вина-действия по восстановлению» ( $r=.214$ ,  $p=.086$ ). В контрольной группе гелотофобия значимо коррелирует со шкалами «вина-негативная оценка поведения» ( $r=.440$ ,  $p=.010$ ) и «стыд - негативная самооценка» ( $r=.444$ ,  $p=.010$ ).

**Выводы.** Гелотофобия при депрессии повышается. При депрессии страх насмешки значимо коррелирует с переживанием стыда, но не связан с переживанием вины, что подтверждают данные западных исследователей В. Руха и Р. Пройера. Полученные данные могут быть использованы для диагностики и реабилитации пациентов с депрессивным синдромом. А также помочь в исследовании психологической природы депрессии.

#### Литература

1. Иванова, Е.М. Макогон И.К., Стефаненко Е.А., Ениколопов С.Н., Пройер, Р. Рух В Русскоязычная адаптация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма PhoPhiKat // Вопросы психологии.-2016.-№2.-с.162-171.
2. Макогон, И.К. Ениколопов С.Н. Апробация методики измерения склонности к переживанию чувства вины и стыда (GASP) // Вопросы психологии 2014 №4.
3. Стефаненко Е.А., Ениколопов С.Н., Иванова Е.М. Особенности отношения к юмору и смеху у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии 2014, 1, с.26-29.
4. G. Forabosco, W. Ruch, & P. Nucera The fear of being laughed at among psychiatric patients. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009. - 22-1/2, 233-252.
5. D. L. Nathanson, *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self*, New York, W.W. Norton, 1992.
6. W. Ruch, R.T. Proyer The fear of being laughed at: Individual and group differences in Gelotophobia / W. Ruch, R.T. Proyer // *Humor: International Journal of Humor Research*, (2008a). – Issue 21(1). – 47-67 p.
7. J.P. Tangney, R.L. Dearing *Shame and guilt*. N.Y., NY: Guilford Press, 2002.
8. S.T. Wolf et al. Introducing the GASP Scale: A New Measure of Guilt and Shame Proneness / S.T. Wolf, T.R. Cohen, A.T. Panter, C.A. Insko // *J. Pers. and Soc. Psychol.* 2011. V. 100. N 5. P. 947–966.

**Макаренко С.Л.**

**Системность и многопрофильность деятельности медицинских психологов в психиатрической больнице**

РКПБ им.академика В.М.Бехтерева МЗ РТ, КГМУ, г.Казань, Россия  
[makarenko\\_sl@bk.ru](mailto:makarenko_sl@bk.ru)

**Ключевые слова:** практическая деятельность медицинских психологов, психиатрическая больница

**Makarenko S.L.**

**The consistency and versatility of the activities of health psychologists in a psychiatric hospital**  
RCPH n. a. academician V. M. Bekhterev MOH RT, Kazan SMU, Kazan, Russia

**Keyword:** the practical work of medical psychologists, psychiatric hospital

Представлена рабочая модель функционирования медицинских психологов в психиатрической больнице (РКПБ им. акад. В.М.Бехтерева МЗ РТ), основанная на принципах системности и многопрофильности деятельности психологов, организованных в единый отдел медицинских психологов. Организация психологической службы в форме единого психологического подразделения имеет преимущества по сравнению с разобленным размещением медицинских психологов по лечебным или иным отделениям психиатрической больницы, как это предусмотрено приказами МЗ РФ. Организационное единство психологической службы преследует миссию доступности и эффективности психологической помощи (психологических знаний и умений) в отношении каждого в ней нуждающегося.

Основной и перспективной целью работы отдела медицинских психологов является квалифицированная, своевременная, эффективная психологическая помощь пациентам и заметная роль медицинского психолога во всех сферах деятельности больницы - диагностической, лечебной, реабилитационной, экспертной, экстренной помощи при ЧС и др. Психологическая служба, как организационное единство, является технологией достижения поставленных задач.

Принцип системности включает системную образовательную- практическую подготовку медицинского психолога; участие медицинского психолога на всех этапах ведения пациента (диагностика, лечение, реабилитация или решение экспертных вопросов); преемственность и перенос знаний и опыта из одной сферы психологической деятельности (диагностической, коррекционной, экспертной, экстренной) в другую; адаптированный характер психологической практики на основе культу-

рально-языковой идентичности пациента и медицинского психолога. Принцип многопрофильности заключается в компетентности и задействованности медицинского психолога на разных направлениях психологических знаний и практики: в психодиагностике, психокоррекции, судебной психолого-психиатрической экспертизе, экстренной психологической помощи при ЧС, лекционно-просветительской и профилактической деятельности, участии в межведомственных взаимодействиях. При взаимодействии медицинских психологов внутри психологического отдела достигаются следующие эффекты:

- формирование у медицинских психологов менталитета и чувства профессиональной принадлежности к своей отрасли знаний и умений, а не имитации врачебной деятельности;
- лучшая организация рабочей деятельности - планирование, распределение, замена или совмещение работы медицинских психологов, позволяющая своевременно и адресно предоставлять психологические услуги;
- профессиональное становление медицинских психологов, обмен опытом в рабочем процессе, в единстве методологических и методических подходов;
- универсальность профессиональной подготовки и многопрофильность деятельности каждого медицинского психолога, соответственно функциям и задачам психиатрического учреждения;
- использование той специализации или углубленной подготовки отдельного медицинского психолога, которые необходимы при решении узконаправленных или специфических задач психиатрической практики;
- взаимозаменяемость медицинских психологов на разных направлениях или участках практической работы, позволяющая обеспечить бесперебойность функционирования отдела мед психологов, а так же соответствовать культурально-языковой принадлежности пациентов.

При данном подходе достигается понимание психологической деятельности, как составляющей медицинской помощи, а так же ее отдельная роль и практическая значимость.

**Малютина А.А., Виноградова М.Г.**

**Категоризация телесных ощущений при синдромах импульсивных и компульсивных экскораций**

МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия  
[aermusheva@gmail.com](mailto:aermusheva@gmail.com)

**Ключевые слова:** патологические телесные ощущения, категоризация, невротические экскорации

**Malyutina A.A., Vinogradova M.G.**

**Categorisation of bodily sensations in impulsive and compulsive skin picking**  
Lomonosov MSU, Moscow, Russia

**Keywords:** pathological bodily sensations, categorisation, neurotic excoriations

**Введение.** Психодерматологические синдромы импульсивных и компульсивных экскораций характеризуются повторяющимся патологическим самоповреждением кожи, сопровождающимся значительным эмоциональным дистрессом [1], непреодолимыми импульсами к совершению расчесов или навязчивыми действиями [4]. В качестве функции невротических экскораций обсуждается регуляция эмоционального состояния, поведенческая разрядка внутреннего напряжения. Отмечается недостаточная изученность психологических механизмов синдромов экскораций [2], в частности, особенностей телесного опыта пациентов.

Трудности психологического изучения телесного опыта предопределяются ограниченностью возможностей верификации телесных ощущений и исключительной субъективностью телесного восприятия. Исследование его особенностей возможно через обращение к категоризации, так как в этом процессе телесные ощущения, сначала неоформленные дискомфортные состояния, приобретают свое значение [5]. Категоризация является одним из когнитивных процессов, обеспечивающих знаково-символическое опосредование. Изменения действия опосредования рассматриваются как один из основных механизмов симптомогенеза в отечественной клинической психологии. Актуальность продолжения исследований этого механизма сохраняется в связи с расширением

феноменологического поля современных клинико-психологических изысканий при различной психической патологии[3], в том числе в условиях дерматологической клиники.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 15 пациентов с синдромом импульсивных экскориаций (5 мужчин, 10 женщин в возрасте от 21 до 67, средний возраст  $47 \pm 17$  лет) и 15 пациентов с синдромом компульсивных экскориаций (3 мужчин, 12 женщин в возрасте от 23 до 70 лет, средний возраст  $40 \pm 18$  лет). Все пациенты были консультированы психiatрами с дальнейшим представлением на клинических разборах, проводившихся под руководством академика РАН А.Б. Смугевича.

Основной, позволяющей исследовать особенности категоризации телесных ощущений стала методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (ВДИО) (А.Ш. Тхостов, С.П. Елшанский, 2011) с авторскими модификациями инструкций, варьирующими системы значений телесных ощущений (А.А. Малютина, 2016). Для составления клинико-психологической характеристики проводилось экспериментальное патопсихологическое исследование. Статистическая обработка данных методики ВДИО осуществлялась с применением кластерного анализа (метод Варда, Евклидово расстояние) в программе STATISTICA 8.0 (StatSoft Inc).

**Результаты.** По результатам составления клинико-психологической характеристики проведено сопоставление особенностей психической деятельности и отношения к заболеванию. При исследовании когнитивных процессов при синдроме импульсивных экскориаций отмечаются изменения мотивационного компонента деятельности с дополнением ответов высказываниями о личном опыте, а также изменения динамического компонента деятельности (на фоне усталости нарастает количество стереотипных ответов, появляется чередование абстрактных и конкретно-ситуационных ответов). При синдроме компульсивных экскориаций наблюдаются личностно обусловленные особенности познавательной деятельности: склонность оперировать оценочными категориями и черты поляризованного мышления.

Особенностью отношения к заболеванию при синдроме импульсивных экскориаций является внимание к динамике ощущений и связи жалоб с действием психологических факторов. Выявляются представления о неконтролируемости и захватывающей силе ощущений, реализующиеся в эмоциональных метафорических описаниях беспокоящих сенсаций. Расчёсы приносят пациентам ощущения снижения интенсивности зуда и наслаждения, но и телесные страдания. Пациенты с синдромом компульсивных экскориаций относительно рациональны в своем отношении к болезни и стремятся контролировать ее проявления, при этом кожные ощущения мало разнообразны и стереотипны.

По результатам анализа конфигураций категориальных структур телесного опыта при синдроме импульсивных экскориаций выявляется значимость динамического аспекта телесного опыта, которая задается связями кожных ощущений и состояний возбуждения и истощения и интрацептивно переживаемой тревоги. Наиболее ярко это проявляется в категориальной структуре телесного опыта, связанного с болезнью, однако также и при выделении телесных ощущений состояния здоровья отмечается включение действий с кожей в категориальную структуру телесного опыта и значимость динамики состояния возбуждения до его разрядки.

Категориальные структуры при синдроме компульсивных экскориаций определяются более узкой сфокусированностью, что проявляется во включении в структуры дескрипторов, в основном, кожных ощущений и ощущений, связанных с динамикой телесных процессов. Выявляется особая конфигурация категориальных структур телесного опыта при выделении всех телесных ощущений, знакомых телесных ощущений и телесных ощущений, связанных с болезнью. В этих структурах наблюдается «нанизывание» одних объединений на другие, как будто представлен последовательно разворачивающийся процесс смены одних состояний другими и их развитие. Соответственно, проявляется организация телесных переживаний как некоторого процесса, связанного с компульсивными действиями.

**Резюме.** Результаты исследования категориальных структур телесного опыта в соотношении с клинико-психологической характеристикой позволяют обсуждать возможные нарушения регуляторных механизмов при синдромах импульсивных и компульсивных экскориаций. При синдроме импульсивных экскориаций результаты свидетельствуют о парциальной ограниченности регуляторной функции опосредования телесных ощущений с включением действий с кожей в процесс

регуляции эмоционального напряжения. При синдроме компульсивных экскораций из результатов исследования следует вывод о том, что кожные ощущения как бы «обслуживают» реализацию компульсивных действий. Для развития методов исследования особенностей телесного опыта и дополнения данных о категоризации телесных ощущений при психодерматологических синдромах проводится адаптация методики «Cutaneous Body Image Scale» (M.A. Gupta, A.K. Gupta, AM. Johnson, 2004).

#### Литература

1. Çalığışu C., Tezer Ö. Skin Picking: Clinical Aspects. // Impulse Control Disorders. / Ed. by Aboujaoude E., Koran L.M. – New York: Cambridge University Press, 2010. – p.124-137
2. Neziroglu F., Rabinowitz D., Breytman A., Jacofsky M. Skin picking phenomenology and severity comparison. // Prim.Care Comp. J.Clin.Psychiat. 2008; 10: 306-312.
3. Кликолаева В.В., Арина Г.А., Печникова Л.С. Культурно-деятельностная парадигма в клинической психологии. // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2014; N4(6) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (19.01.2018).
4. Смулевич А.Б., Дороженко И.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике. ... // Психические расстройства в общей медицине. 2012; 1: 4-14.
5. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

**Мамохина У.А. Сорокин А.Б.**

**Обследование детей, пользующихся беглой речью, при помощи Плана диагностического обследования при аутизме “ADOS-2”**

ФРЦ МГППУ, Москва, Россия  
[uliana.mamokhina@gmail.com](mailto:uliana.mamokhina@gmail.com), [sorokin@gmx.com](mailto:sorokin@gmx.com)

**Ключевые слова:** ADOS-2, аутизм, диагностика

**Mamokhina U.A., Sorokin A.B.**

**Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) for Evaluating Children with Fluent Speech**  
FRC for Autism MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** ADOS-2, autism, diagnostic

**Введение.** Расстройства в спектре аутизма являются одними из самых распространенных нарушений развития. Для уточнения клинического диагноза и определения образовательной диагностической группы во многих странах используются стандартизированные методы диагностики аутизма, которые включают в себя «Интервью для диагностики аутизма» [4, 6] и «План диагностического обследования при аутизме» [1, 2, 3, 5]. ADOS-2 представляет собой относительно строго структурированный протокол наблюдения за особенностями поведения ребенка, подростка или взрослого с подозрением на наличие нарушения в спектре аутизма. Для этого испытуемому в игровой форме или форме естественного общения предлагаются разнообразные задания и темы для обсуждения. Для детей и подростков, речь которых можно охарактеризовать как беглую, используется набор задания Модуля 3. Уровень развития экспрессивной речи примерно оценивается по результатам других обследований, со слов родителей и специалистов, а также в ходе предварительной беседы. В контексте проведения обследования по ADOS-2 термин “беглая речь” определяется как уровень использования речи, соответствующий уровню экспрессивной речи четырехлетнего ребенка типичного развития. Должен применяться широкий спектр типов предложений и грамматических форм; речь должна использоваться для передачи информации о событиях, выходящих за пределы непосредственного контекста, а также должны употребляться логические связки в предложениях (например, слова “но”, “хотя”). При этом в речи допустимы некоторые грамматические ошибки. Обследование занимает 45-60 минут и проводится без присутствия родителя. Модуль включает 14 заданий. Примером задания из Модуля 3 является “Конструктивное задание”. В рамках этого задания участнику предлагается составить фигуру из блоков, однако в фокусе внимания находится не успешность решения задачи, а количество и качество социальных инициатив, которые использует участник в ходе выполнения задания. Вопросы интервью Модуля 3 касаются социальных отношений, социальных трудностей, эмоциональных состояний. Подробные указания о каждом задании приведены в руководстве к ADOS-2 [5]. На основании отмеченных форм поведения специалист выставляет цифры, которые переносятся в алгоритм, и суммарный балл сравнивается с пороговыми значениями для

диагностических групп по ADOS-2 – аутизм, спектр аутизма и вне спектра аутизма. Кроме того, существует возможность определить степень выраженности аутистических проявлений по сравнению с другими испытуемыми того же возраста и уровня владения экспрессивной речью с подтвержденным диагнозом в спектре аутизма по десятибалльной шкале, которая распадается на четыре уровня: высокая степень, умеренная степень, низкая степень и минимальная степень/отсутствие симптомов.

**Материал и методы.** В ходе пилотного проекта было проведено обследование 40 детей в возрасте от 4 лет 11 месяцев (59 месяцев) до 11 лет 9 месяцев (141 месяц) с диагнозом детский аутизм (F84.0); имеющие диагноз из спектра аутизма, но не F84.0; имеющие диагноз вне спектра аутизма (ЗРР, легкое когнитивное расстройство, умственная отсталость). Исследование всех детей проводилось в соответствии с указаниями руководства ADOS-2 [5].

**Результаты.** Средний сырой балл по ADOS-2 у детей с диагнозом аутизм (F84.0) составил 12,25, а у детей с диагнозом в спектре аутизма - 10,00, что превышает пороговые значения для диагностических групп аутизм и спектр аутизма по ADOS-2. Среди всех групп ни один испытуемый не получил сравнительный балл, соответствующий минимальной степени выраженности аутистических проявлений. Средний сравнительный балл у детей с диагнозом аутизм составил 7,13, а у детей с диагнозом в спектре аутизма - 6,04, соответствующие умеренному уровню выраженности аутистических проявлений. 84% испытуемых, имеющих диагнозы в спектре аутизма, были отнесены к диагностическим группам аутизм или спектр аутизма.

**Резюме.** Предварительные данные свидетельствуют о том, что перевод на русский язык «Плана диагностического обследования при аутизме» ADOS-2 является инструментом с достаточными параметрами классификационной и прогностической валидности для обследования детей, использующих беглую речь для общения. Подтверждение валидности для исследовательских целей возможно после более масштабного исследования, однако, для клинической практики ADOS-2 может быть рекомендован к применению.

#### Литература

1. Lord C., Luyster R. J., Gotham K., Guthrie W. (2012b). Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part II): Toddler Module. Torrance, CA: Western Psychological Services.
2. Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi S. (1999). Autism Diagnostic Observation Schedule: Manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
3. Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi S., Gotham K., Bishop S. L. (2012a). Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part I): Modules 1-4. Torrance, CA: Western Psychological Services.
4. Rutter M., Le Couteur A., Lord C. (2003). Autism Diagnostic Interview-Revised Manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
5. Лорд К., Раттер М., ДиЛаворе П., Ризи С., Готэм К., Бишоп С., Лайстер Р., Гатри У. (2016) ADOS-2. План диагностического обследования при аутизме. Изд. 2-е: руководство / Пер. на русский язык и адаптация А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой при участии Е. Пшеничной. [Б. м.]: Western Psychological Services; Giunti O.S.
6. Раттер М., Купо Э., Лорд К. ADI-R. (2014) Интервью для диагностики аутизма: руководство / Пер. на русский язык и адаптация О. Донец, А. Моховикова, Д. Переверзевой, А. Сорокина. Под общ.ред. А. Сорокина. [Б. м.]: Western Psychological Services; Giunti O.S.

**Мандрусова Э.С., Дьяченко А.С.**

#### О качестве подготовки клинических психологов

ГБУЗ НПЦ ПЗ ДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия,  
[ae.shapiro@yandex.ru](mailto:ae.shapiro@yandex.ru), [mangobei@yandex.ru](mailto:mangobei@yandex.ru)

**Ключевые слова:** обучение клинических психологов, патопсихологическая диагностика, психиатрия, психокоррекция

**Mandrusova E.S., Dyachenko A.S.**

#### On the quality of training of clinical psychologists

SBHI SPCMHС n. a. G. Sukhareva MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** training of clinical psychologists, pathopsychological diagnostics, psychiatry, psychocorrection

Вопрос о качественной подготовке клинических психологов в настоящее время весьма актуален. На сегодняшний день полноценное высшее образование по специальности «клиническая психология» можно получить в 52 вузах в 29 городах РФ. Теоретические курсы в сочетании со специализи-

рованными практикумами представляют широкие возможности для получения знаний и специальных навыков. Но, наряду с этим имеется и дополнительное образование в области клинической психологии — в очной, очно заочной и, как это ни парадоксально для данной сферы, дистанционной форме. Приводим реальный пример текста объявления (из множества подобных): «Пройдите обучение на клинического психолога дистанционно за 3-6 месяцев по профстандартам 2016-2017. Форма образовательной программы - профессиональная переподготовка. Требование - наличие высшего психологического образования. Продолжительность курса: 6 месяцев, возможно ускоренное обучение за 3-4 мес. Данный курс позволит вам с нуля освоить востребованную профессию клинического психолога. И получить все знания и навыки, необходимые для успешной карьеры. Все обучающие материалы изложены простым понятным языком. Мы против бесполезной теории. В программу обучения включены только те знания и навыки, которые реально пригодятся на практике: Организационно-правовые основы деятельности клинического психолога; Патопсихологическая диагностика; Психотерапевтические методики в клинической психологии; Психология болезни и инвалидности; Клинико-психологическая помощь семье; Клиническая психология развития» [4].

Несмотря на декларируемое соответствие профстандартам, вызывает сомнение качество такого экспресс-образования. За это время и по такой программе возможно получение лишь смутного представления о данной профессии и никакого — о важнейших смежных областях (например, без знакомства с психиатрией о полноценной патопсихологической диагностике говорить не приходится).

Впрочем, еще быстрее в том же учебном заведении предлагают дистанционно овладеть психологией по программе профессиональной переподготовки - «Продолжительность курса: 3 месяца, возможно ускоренное обучение за 1-2 месяца Требования: наличие любого высшего или среднего специального образования. Данный курс позволит Вам с нуля освоить профессию психолога, востребованность и популярность которой растёт с каждым годом» [4].

Вышеописанные примеры ведут к девальвации специальности психолога (в том числе клинического). Нас, специалистов, проработавших много лет в традициях школы Б. В. Зейгарник, к которой принадлежал и Ю.Ф. Поляков, это чрезвычайно беспокоит. Ю.Ф. Поляков, являясь заведующим кафедрой нейро и патопсихологии психологического факультета МГУ, естественно, уделял большое внимание воспитанию и подготовке кадров клинических психологов. Он рассматривал клиническую психологию, как междисциплинарную область, отмечал важность клинических разборов и обсуждений [3].

В материалах конференции к 85-летию Ю.Ф. Полякова нами затрагивался вопрос о подготовке клинических психологов для работы в психиатрических учреждениях. Отмечалось, что усвоение знаний и представлений из смежных наук, практический опыт качественного анализа экспериментальных данных, освоенный в период обучения в вузе, в дальнейшем существенно повышает эффективность работы клинического психолога.

В данной статье хочется акцентировать внимание на умении молодыми специалистами проведения психологического эксперимента и составления заключения на основе качественного анализа. Наши наблюдения за работой молодых специалистов, к прискорбию, показывают, что они недостаточно владеют навыками эксперимента в представлении Б.В. Зейгарник. Лишь единицы из практических психологов проводят полный эксперимент, большинство ограничивается применением отдельных методик, не отражают в заключении структуру нарушений и сохранные звенья для реабилитационной работы. Ситуация усугубляется и внешними обстоятельствами. Если в стационаре имеется хотя бы возможность проведения полноценного исследования, то в амбулаторных условиях даже умелые и желающие проводить полный эксперимент, к сожалению, не могут это осуществить в силу ограниченного времени - на прием отводится час-полтора (что явно недостаточно в сложных случаях). В медицинской сфере в последнее время нарастает стремление к общей стандартизации и всё чаще (как минимум при представлении больного на комиссию - по форме и профилю обучения, по инвалидности) главное, что требуется от психолога — это результаты формализованных психометрических методик (в нашей практике - тест Векслера). Есть несколько категорий пациентов, для которых результаты этого теста оказываются невалидными — цифра



соответствует умственной отсталости, а качественная оценка этому противоречит. И хорошо, если врач не слепо следует цифре, а оценивает состояние больного на основании качественного анализа.

В современной клинической психологии приоритет психокоррекционного и психотерапевтического воздействия на больного не должен умилять значения эксперимента. Последствия бездумной психокоррекции могут быть даже опасными — помещение больного эпилепсией в сенсорную комнату может спровоцировать приступ, нейропсихологическая коррекция больного шизофренией — вызвать возбуждение. Б.В. Зейгарник, утверждала, что наиболее результативное проведение психотерапевтических и психокоррекционных мер возможно только на базе тех данных о больном, которые представляет экспериментально-психологическое исследование с тщательным качественным анализом результатов и учетом клинических особенностей данной патологии [1]. Правильно построенный эксперимент является мощным подспорьем психотерапии - дает возможность выявить не только структуру имеющихся нарушений, но и сохранные полноценные свойства психики, положительные качества, на которые можно опереться в последующей коррекционной работе, определить конкретные цели и задачи для психокоррекционной работы. К тому же правильное построение эксперимента, стратегия поведения экспериментатора, создание ситуации успеха и неудачи, обсуждение с больным его результатов само по себе является психотерапевтическим элементом. Когда мнение о тяжести состояния пациента и прогнозе его динамики высказывается психологом, да еще подкрепляется "убедительными" данными диагностического эксперимента, оно приобретает эмоционально-корректирующий характер, сравнимый с косвенным (опосредованным) внушением и рациональной психотерапией [5].

Очень большое значение имеет и составление заключения по результатам исследования. В 1988г. Б.В. Зейгарник вместе с А.Я. Ивановой написала статью «О патопсихологических заключениях» [2]. Написание статьи было вызвано ее озабоченностью недостаточным качеством заключений отдельных практикующих патопсихологов, их увлечением психотерапевтическими воздействиями без предварительного структурного качественного анализа психических нарушений, попытками подмены профессиональных функций психиатров в работе с психическими больными, что наносило ущерб психологической работе. Б.В. Зейгарник подчеркивала, что роль психолога в общей содружественной работе заключается не в попытках подмены кого-то, а в таком максимально полном раскрытии состояния психики больного, которое могло бы быть использовано в последующей работе другими специалистами с наибольшей пользой для больного. В стационаре, уже и по нашему опыту, описанная патопсихологом структура состояния больного оказывается востребованной врачом - для постановки диагноза, назначения лечения, определения формы и профиля обучения; учителем - для выработки подхода к обучаемому с учетом его личностных особенностей и выбора адекватной ситуации способа обучения с учетом возможностей; психологом-корректором - для подбора характера и формы коррекционных занятий; семейным психологом - для вычленения из общего рисунка поведения стойких личностных особенностей; и, конечно же, научным консультантом, которого приглашают в сложных дифференциально-диагностических случаях. Получение развернутой картины наблюдавшихся на протяжении психологического исследования особенностей поведения, мышления, а также болезненных переживаний, в которых больной не всегда сразу раскрывается во время беседы с незнакомым человеком, может оказать существенную помощь в постановке диагноза.

#### **Выводы:**

Недопустима профессиональная переподготовка в виде ускоренного обучения людей с любым высшим образованием в течение 3-4-х месяцев, приводящая к девальвации специальности клинического психолога.

Необходимо в период обучения в вузах уделить большее внимание овладению будущими специалистами навыками проведения эксперимента, качественному анализу результатов и умению составления заключения, отражающего все стороны психической деятельности пациента, и особенно сохранные звенья, на которые можно опереться при психокоррекции.

#### **Литература.**

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. 2-е издание. М.: МГУ, 1986.
2. Зейгарник Б.В. Иванова А.Я. О патопсихологических заключениях. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Том LXXXVIII выпуск 4. М.: «Медицина», 1988 с.с. 138-141.
3. Поляков Ю.Ф. Здоровоохранение и задачи психологии. // Психологический журнал. 1984. № 2.

4. [Электронный ресурс] // <http://клиническая.маэо.рф/> /дата обращения — 07.01.18/
5. Тетерина М.Н. Патоopsихологический эксперимент, как один из приемов психокоррекции в комплексном лечении больных с паническим расстройством. // Журнал «Психическое здоровье» том 14 №6 (121), 2016.

**Марголина И.А., Платонова Н.В., Козловская Г.В.**

**Депривационный парааутизм: психопатологические проявления и реабилитация**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

[imargolina@mail.ru](mailto:imargolina@mail.ru)

**Ключевые слова:** депривация, парааутизм, дети-сироты, реабилитация

**Margolina I.A., Platonova N.V., Kozlovskaya G.V.**

**Deprivational paraautism: psychopathological symptoms and rehabilitation**

FSBSI MHRC Moscow, Russia

**Keywords:** deprivation, paraautism, orphans, rehabilitation

Парааутизм – состояние, напоминающее по целому ряду клинических признаков аутизм эндогенной этиологии, но не входящее в группу pervasive расстройств у детей раннего возраста. Приставка – «пара» (по гречески: «возле, около, мимо, вне») подчеркивает отличие парааутизма от аутизма эндогенной этиологии. Термин «депривационный парааутизм» предложили детские врачипсихиатры М.О. Проселкова, Г.В. Козловская, В.М. Башина в 1995 году [3, 4], изучая психическое здоровье детей-сирот раннего возраста, которые с периода младенчества находились в условиях детского приюта. Исследователи отметили, что при раннем начале воздействия фактора депривации описанные выше нарушения достигают уровня, при котором они приобретают сходство с синдромом детского аутизма, что и позволило ввести данный термин. Парааутизм – это нарушение формирования коммуникативных функций и навыков социального взаимодействия, которые возникают при разных формах психической депривации у детей в раннем возрасте. Психическая депривация – это недостаточность стимуляции психических функций человека, возникающая как в результате сиротства, так и в ситуации воспитания в условиях жестокого обращения [2]. Парааутизм является функциональным и обратимым нарушением психического развития. Клинические проявления депривационного парааутизма в детском возрасте представляют собой симптомокомплекс, включающий в себя нарушение развития коммуникативной функции, эмоциональную дефицитарность, задержку психического развития, патологические привычные действия [1]. При нормализации условий воспитания до трехлетнего возраста детей симптомы парааутизма могут редуцироваться. При отсутствии своевременных коррекционных мероприятий возможно формирование личности «дефицитарного» типа, основными чертами которой являются недостаточная эмоциональная дифференцированность, тенденция к установлению формальных контактов вплоть до неспособности к близким дружеским и семейным отношениям, низкая социальная компетентность с подверженностью чужому влиянию. В формировании данной личностной патологии ведущая роль отводится нарушению формирования привязанности вследствие либо отсутствия лица, к которому привязанность должна сформироваться, либо неадекватного отношения данного лица к ребенку.

Коррекция описанных нарушений включает в себя лечебно-диагностические мероприятия (наблюдение психиатром, симптоматическая психофармакотерапия), психолого-педагогическую работу (воспитательная работа, психотерапия), а также социально-психологические мероприятия (нормализация внутрисемейных отношений, а в случае нахождения в доме ребенка, «имитация семьи» в группе, при возможности усыновления или опеки – занятия в «школе приемных родителей»).

#### **Литература**

1. Кремнева Л.Ф., Проселкова М.О., Козловская Г.В., Иванов М.В. К вопросу об этиологии синдрома сиротства // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27. – № 1. – С. 20-25
2. Марголина И.А., Платонова Н.В., Козловская Г.В., Иванов М.В. Психический дизонтогенез у детей, подвергшихся психической депривации // Психиатрия. – 2016. – № 1 (69). – С. 12-18.
3. Проселкова М.О., Козловская Г.В., Башина В.М. Особенности психического развития детей раннего возраста из условий сиротства // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1995. – Т. 95. – № 5. – С. 52-56.
4. Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей-сирот: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – М., 1996. – 26 с

Медведева Т.И., Олейчик И.В.

Оценка психических функций в динамике при аугментации ПФТ депрессии методом ТМС

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

[medvedeva.ti@gmail.com](mailto:medvedeva.ti@gmail.com)

**Ключевые слова:** транскраниальная магнитная стимуляция, терапия депрессий, WCST, IGT

Medvedeva T.I., Oleichik I.V.

Evaluation of mental functions dynamics under augmentation of pharmacotherapy of depression by TMS

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** transcranial magnetic stimulation, depression therapy, WCST, IGT

Депрессия является одним из наиболее широко распространенных психических заболеваний. Несмотря на разработку все большего числа новых антидепрессантов с различными механизмами действия и терапевтическими профилями, значительное число пациентов (по разным данным, от 30 до 60%) являются «нон-респондерами», то есть обнаруживают недостаточный клинический эффект после проведенной антидепрессивной фармакотерапии. Одним из альтернативных путей решения проблемы лечения устойчивых к фармакотерапии депрессий является использование нелекарственного метода ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) [1; 2]. Среди способов оценки эффективности лечения важными являются психологические методы объективной оценки нейрокognитивного функционирования, субъективной оценки больными тяжести своего состояния.

**Целью** исследования являлась сравнительная оценка изменений ряда когнитивных функций и патологической симптоматики в процессе комплексной терапии фармакорезистентных депрессивных расстройств, включавшей курс высокочастотной ритмической транскраниальной магнитной стимуляции дорсолатеральной префронтальной коры левого полушария.

**Материалы и методы.** Всего было обследовано 51 пациентка клиники ФГБНУ НЦПЗ (все женщины, праворукие) (средний возраст  $36,3 \pm 13,1$  лет) с депрессивными состояниями умеренной и средней степени тяжести, отвечающие критериям рубрик *F21.3*, *F31.2* - *F33.1* и *F43.21* по МКБ-10. Из них 27 человек прошел курс ТМС (группа ТМС), 24 человека (контрольная группа) получали только медикаментозное лечение.

Транскраниальная магнитная стимуляция. Сеансы ТМС проводились ежедневно в течение двух недель (всего 10 сеансов) с помощью магнитного стимулятора «Нейро-МС/Д (производства ООО «Нейрософт», г.Иваново, Россия), снабженного 8-образным индуктором. Во время сеанса пациентки находились в положении сидя. Каждый сеанс ТМС дорсолатеральной префронтальной коры левого полушария включал 40 серий по 40 прямоугольных магнитных импульсов с частотой 20 Гц (всего 1600 импульсов) с интервалами между сериями по 14 секунд.

Все больные обследовались два раза, до начала терапии (первая точка) и после завершения курса лечения (вторая точка). Оба раза больные выполняли следующий набор методик: Симптоматический опросник SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised); врачом заполнялась Шкала Гамильтона для депрессии HDRS-17; Висконсинский тест сортировки карточек (WCST), позволяющий оценить широкий круг исполнительных функций, включая планирование, абстрактные рассуждения, формирование понятий, способности к удержанию принципа категоризации и переклочению на другой принцип, торможение импульсивных ответов; Игровая задача Iowa gambling task (IGT) [3], предназначенная для оценки дефицита эмоционального научения.

**Результаты и обсуждение.** И группа ТМС, и контрольная группа показали значимые улучшения по всем клиническим показателям Шкалы Гамильтона и Симптоматического опросника SCL-90-R. Значительное улучшение клинической симптоматики в обеих группах и значительный разброс данных внутри каждой из групп не позволили выявить различия между группой ТМС и контрольной группой по какому-либо одному клиническому параметру. В Таблице 1 показаны результаты SCL-90-R, IGT и WCST, по которым выявлены статистически различия для больных из группы ТМС и контрольной группы. Различия были выявлены в интегральном показателе «Индекс тяжести наличного дистресса». Этот параметр значимо снизился и в группе ТМС, и в контрольной группе. Но снижение в группе ТМС было статистически более выражено. Оценка процентного

распределения больных с низким (значения параметра ниже или равны 1,75) и высоким уровнем тяжести наличного дистресса (значения параметра выше 1,75) показала, что после ТМС процент больных с низким уровнем дистресса оказался 77,8%, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 58% (уровень значимости различий 0,038).

*Таблица 1.* Результаты выполнения Симптоматического опросника SCL-90-R, WCST и IGT больными из группы ТМС и контрольной группы

параметры	Группа ТМС			Контрольная группа		
	1 точка	2 точка	Знач.	1 точка	2 точка	Знач.
Индекс тяжести наличного дистресса	<b>SCL-90-R</b>					
	2,24	1,58	<b>,000</b>	2,16	1,73	<b>,001</b>
Превышение «хороших» выборов над «плохими»	<b>Игровая задача (IGT)</b>					
	10,93	19,21	<b>,048</b>	12,58	15,50	<b>,532</b>
% perseverаторных ошибок	<b>Висконсинский тест сортировки карточек (WCST)</b>					
	18	12	<b>,030</b>	18	15	<b>,146</b>

И в Игровой задаче, и в Висконсинском тесте в обеих группах было значимое увеличение скорости выполнения заданий, но по выраженности изменений скорости группы статистически не различались между собой. В Висконсинском тесте в группе ТМС было статистически значимое уменьшение процента perseverаторных ошибок. Уменьшение процента perseverаторных ошибок после терапии говорит о лучшем функционировании как лобных отделов коры, ответственных за программирование и контроль, так и лобно-дизэнцефальных связей, связанных с энергетическим обеспечением работы мозга, его регуляцией и активацией.

В Игровой задаче в группе ТМС статистически значимо увеличился интегральный параметр (Превышение «хороших» выборов над «плохими») (10,93 до начала терапии и 19,21 после), для контрольной группы статистически значимого улучшения выявлено не было (12,58 до начала терапии и 15,5 после). Игровая задача тестирует способность к эмоциональному научению, принятию основанных на эмоциях решений в ситуации неопределенности. Если в начале терапии процессы эмоционального научения были нарушены, то после проведенной терапии в группе ТМС отмечается улучшение способности к эмоциональному научению.

**Таким образом,** уменьшение клинической симптоматики было выявлено в обеих группах, при этом испытуемые в группе ТМС показали более выраженное снижение уровня интенсивности наличного дистресса. Помимо улучшения динамических характеристик деятельности, которое продемонстрировали испытуемые в обеих группах, испытуемые из группы ТМС продемонстрировали более выраженное улучшение нейрокогнитивных показателей: удержание принципа решения, оттормаживание нерелевантных ответов, способность к эмоциональному научению.

#### Литература

1. Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Дамянович Е.В., Олейчик И.В., Бологов П.В., Казачинская И.И., Медведева Т.И. Транскраниальная магнитная стимуляция в комплексной терапии фармакорезистентной депрессии: динамика клинических, психологических и ЭЭГ показателей // Физиология человека. - 2015. - V. 41. - N 5. - p. 57-65.
2. Изнак А.Ф., Медведева Т.И., Изнак Е.В., Олейчик И.В., Бологов П.В., Кобзова М.П. Нарушения нейрокогнитивных механизмов принятия решений при депрессии // Физиология человека. - 2016. - V. 42. - N 6. - p. 18-26.
3. Медведева Т.И., Ениколопова Е.В., Ениколов С.Н. Гипотеза соматических маркеров Дамасио и игровая задача (IGT): обзор // Психологические исследования. - 2013. - V. 6. - N 32. - p. 10.

**Мелёхин А.И.**

#### Специфика социо-эмоциональной селективности в пожилом и старческом возрасте

Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия,  
[clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)

**Ключевые слова:** модель психического, социо-эмоциональная селективность, ментализация, пожилой возраст, старческий возраст

**Melehin A. I.**

**The specificity of the socio-emotional selectivity in elderly**  
 Russian gerontological scientific clinical center, Moscow, Russia

**Keywords:** theory of mind, socio-emotional selectivity, mentalizing, elderly

В позднем возрасте наблюдаются различные траектории изменений в способности к построению моделей собственных психических состояний и других людей (theory of mind, ToM) [5;6]. Эти изменения с одной стороны следует рассматривать как один из симптомов социо-когнитивного дефицита или дефицита социального познания, которые заслуживает особого внимания, т.к. они имеют последствия для изменений в психологической асертивности, межличностном функционировании, здоровье-сберегающем и профилактическом поведении, способности обнаруживать подозрительное поведение [4;5]. Состояние этих функций является индикатором имеющегося потенциала к социальной адаптации у пожилого человека независимо от уязвимостей и психопатологического диатеза [3].

С другой стороны, эти изменения следует рассматривать как защитный механизм – регрессию [1], которая направлена на модификацию или формирование новых форм поведения для повышения субъективного благополучия [6]. В связи с этим **целью исследования** является выявление особенностей эмоционального компонента способности построения моделей психического состояния других людей (affective ToM) в пожилом и старческом возрасте.

**Участники исследования:**

- 1) 55-60 лет – 120 (17 мужчин и 103 женщины,  $M \pm SD_{age} = 56,6 \pm 1,8$ ),
- 2) 61-74 лет - 120 (13 мужчин и 107 женщин,  $M \pm SD_{age} = 66,7 \pm 3,9$ ),
- 3) 75 - 90 лет – 50 (11 мужчин и 39 женщин,  $M \pm SD_{age} = 79,4 \pm 3,5$ ),

проходивших амбулаторное обследование в Консультативно-диагностическом центре № 2 и Городской поликлинике № 186 г. Москвы.

**Гериатрический статус:** легкая степень медикаментозно стабилизируемой полиморбидности (по CIRS-G). В группах 61-74 и 75-90 лет по сравнению с группой 55-60 лет наблюдается тенденция к снижению удовлетворенности физическим, психологическим здоровьем, социальным капиталом, безопасностью городской среды (по WHOQOL-BREF). Не обнаружено симптомов изменений в когнитивном функционировании (по MoCA). Отсутствие симптомов субдепрессии с преобладанием тревожного аффекта (по GDS-30) наблюдается у большинства респондентов 55-60 лет и 38% - 61-74 лет и лишь 10% - 75-90 лет. Ситуативные переживания изоляции, нехватки эмоциональной близости, контактов с людьми, осознание себя как одинокого (по R-UCLA-LS) наблюдается у 58% респондентов 55-60 лет, 70% - 61-74 и 78% - 75-90 лет.

**Методики исследования.** Использовались следующие субшкалы из онлайн формы Пенсильванской нейропсихологической батареи (web-based self-administered Computerized Neuropsychological Battery):

- Тест память на лица с отсроченным и непосредственным воспроизведением (Penn Facial Memory Test);
- Тест распознавания положительных (радость) и отрицательный (печаль, гнев, страх) эмоций по лицевой экспрессии (Penn Emotion Recognition Task-40);
- Тест дифференциации интенсивности эмоций (радости и печали) по лицевой экспрессии (Penn Measured Emotion Discrimination Task).

**Результаты исследования.** Были выделены два комплекса симптомов эмоционально-специфических изменений в позднем возрасте:

- **память на лица.** Больше трудностей в воспроизведении лиц по памяти наблюдаются у людей 75-90 лет в отличие от 55-60 и 61-74 лет. К симптомам нарушения памяти на лица мы отнесли: 1) снижение объема запоминаемого материала при непосредственном и отсроченном воспроизведении; 2) трудности в распознавании запоминаемого материала среди лиц-дистракторов с преобладанием большего времени при выборе правильного ответа; при распознавании лиц наблюдается увеличение ошибочных выборов; преобладает неопределенная оценка. Наличие неопределенной оценки при воспроизведении лиц по памяти, что является индикатором изменений в лимбической регуляции и указывает на наличие симптомов депрессии [2]. Мы выделили следующие компенсаторные феномены при воспроизведении лиц по памяти: смещение к своему возрасту; эффект другой расы при распознавании эмоций другого человека.

- **распознавание и дифференциация эмоций.** В позднем возрасте наблюдается эмоционально-специфические изменения в распознавании и дифференциации интенсивности эмоций по лицу другого человека в форме эмоциональной гетерогенности.

При эмоциональном восприятии у респондентов трех возрастных групп наблюдаются:

– *изменения во времени отклика*. При распознавании и дифференциации интенсивности эмоций было отмечено, что в старческом возрасте по сравнению с группами респондентов 55-60 и 61-74 лет наблюдается изменения во времени отклика, в сторону его замедления

– *атрибутивное смещение, феномен положительного перцептивного смещения*. В пожилом и старческом возрасте происходят изменения в когнитивно-аффективных схемам восприятия других людей. Эмоция радости была хорошо распознаваемой у респондентов 55-60 лет (8 правильных ответов из 8), 61-74 лет (7 правильных ответов из 8) и 75-90 лет (7 правильных ответов из 8), что говорит о гиперчувствительности к положительным эмоциям. Лучше дифференцируется интенсивность эмоции радости, чем печали. Наибольшие трудности наблюдаются при декодировании отрицательных простых эмоций (гнев, страх и печаль), что говорит о гипочувствительности к отрицательным эмоциям, т.е. о гипоментализации [4]. Это смещение с одной стороны играет важную роль в усилении субъективного благополучия, что согласуется с теорией социо-эмоциональной селективности Л. Карстенсен [6]. С другой стороны, увеличивает эмпатический дистресс, риски стать жертвой мошенников [5]. Избегание негативных эмоций может быть связано с их когнитивной оценкой как несущих опасность, неопределенность. Согласно подходу RDoC следует учитывать специфику когнитивного резерва (образование, семейный и рабочий статус) и визуального сканирования эмоциональной информации (visual scan patterns), а также нейроанатомических и нейробиологических сдвигов в позднем возрасте [2;5;6].

– *феномен ложной эмоциональной атрибуции* (конгруэнтность настроения в процессе ментализации - mood-congruent mentalizing impairments [4]). Наблюдались трудности при определении эмоционально нейтральных лиц у респондентов 55-60 лет (6 правильных ответов из 8) и 75-90 лет (5 правильных ответов из 8). При распознавании экспрессии спокойного лица у респондентов трех возрастных групп наблюдались трудности в форме приписывания других эмоций. В большинстве случаев спокойному лицу приписывалась эмоция печали, в меньшей степени злости. Наличие этого феномена может говорить о гиперментализации [4] для мобилизации ресурсов с целью защиты себя от зловредных намерений других людей. Приписывание печали нейтральному лицу символизирует оценку ситуации старения как потери, осознание конечности жизни и недоступности целей. В конфликтных ситуациях люди позднего возраста чаще реагируют печально, в меньшей степени гневом в отличие от молодых людей. Единично в пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) наблюдалось приписывание страха.

– *феномен гендерного уклона*. В группах 55-60 лет и 61-74 лет женские лица распознаются лучше, чем мужские лица, что подтверждает гипотезу об участии в декодировании эмоциональной информации схемы эмоций Н.С. Эбнера [6]. Частота контактов с определенной группой лиц по возрасту и полу имеет влияние на распознавание эмоций.

– *эффект высокого порога интенсивности эмоций*. В группах пожилого возраста лучше распознаются эмоции при их высокой интенсивности, чем низкой интенсивности экспрессии. Высокая интенсивность экспрессии способствует лучшему распознаванию страха, гнева и печали.

#### Литература

1. Александров Ю.И., Сварник О.Е., Знаменская И.М. Регрессия как этап развития. М.: Изд-во: Институт психологии РАН, 2017, 191 с.
2. Dickerson В.С. Dysfunction of social cognition and behavior.//Behavioral Neurology and Neuropsychiatry. 2015. Vol. 21. № 3. P.660-677.
3. Hasson-Ohayon I., et al. Neuro-cognition and social cognition elements of social functioning and social quality of life.// Psychiatry Res. 2017. Vol.258. P. 538-543.
4. Herold R., et al. Mentalizing deficit in neurological disorders: a review article.//Ideggyogy Sz. 2015. Vol. 68. P.364-373.
5. Natelson Love M., Ruff G., Geldmacher D. Social Cognition in Older Adults: A Review of Neuropsychology, Neurobiology, and Functional Connectivity //Medical & Clinical Reviews 2015. Vol. 1. № 1. P. 1-8.
6. Reiter A. F., et al. The Aging of the Social Mind - Differential Effects on Components of Social Understanding.// Scientific Reports. 2017. Vol. 7. URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-017-10669-4> (дата обращения:21.11.2017)

Меньшикова Н.Д., Горячева Т.Г.

Сенсомоторная коррекция как способ развития произвольной регуляции и контроля у детей с особенностями речевого развития

ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации» ДЗМ,  
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия  
[Meshnikova191@gmail.com](mailto:Meshnikova191@gmail.com), [goriatcheva\\_tg@mail.ru](mailto:goriatcheva_tg@mail.ru)

**Ключевые слова:** нейропсихология, сенсомоторная коррекция, произвольная регуляция

**Menshikova N.D., Goriatcheva T.G.**

**Sensomotor correction as a method of development of conscious regulation and control in children with features of speech development**

Center of Speech Pathology and Neurorehabilitation,  
Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

**Keywords:** neuropsychology, sensorimotor correction, arbitrary regulation

**Введение.** В связи с развитием неонатологии увеличивается число детей, перенесших перинатальную гипоксически-ишемическую энцефалопатию, системным следствием которой нередко становятся особенности моторного и речевого развития. Речь, как высшая психическая функция, опосредует протекание всей психической деятельности как единой системы. Посредством речи формируются представления об окружающем мире, выстраиваются коммуникации и регулируется поведение. Дети, имеющие особенности речевого развития, в частности, общее недоразвитие речи, сочетающееся с дизартрией средне-грубой степени выраженности, нередко имеют сложности произвольного контроля над поведением и протеканием деятельности. Задержка речевого развития вторично затрагивает формирование остальных высших психических функций, что внешне проявляется в виде недостаточно упорядоченного поведения ребенка. Двигательное беспокойство, повышенная возбудимость, нежелание следовать нормам и правилам, протестные реакции и отказы сопровождают развитие большей части детей, имеющих речевые нарушения.

**Материал и методы.** Рассматривались дети в возрасте 5 лет, имеющие в анамнезе гипоксически-ишемическую энцефалопатию в раннем возрасте (до 1 года). Жалобы родителей включали в себя описания нарушений поведения, повышенное двигательное беспокойство и нежелание следовать социальным нормам. Кроме того, у данной группы детей в неврологическом статусе отмечается статико-моторная недостаточность легкой степени выраженности. Речевой статус исследуемой группы включает в себя общее недоразвитие речи, сочетающееся с дизартрией средне-грубой степени; в нейропсихологическом статусе: мануальную кинетическую и кинестетическую диспраксию, недостаточность произвольной регуляции и контроля. Было проведено нейропсихологическое обследование высших психических функций, далее был проведен курс сенсомоторной коррекции (методика Горячевой Т.Г., Султановой А.С.). В данный комплекс вошли дыхательные и глазодвигательные гимнастики, упражнения, направленные на произвольное напряжение и расслабление частей тела, задания, нацеленные на улучшение координации и формирование реципрокных координаций, на нормализацию функционального статуса подкорково-стволовых структур, а также развитие корково-подкорковых и межполушарных связей.

**Результаты.** По итогам проведенных занятий у 89% детей родителями отмечалось снижение двигательного беспокойства, повышение уровня саморегуляции, возрос период продуктивной деятельности. Кроме того, сократилась частота проявлений протестного поведения, стал ровнее эмоциональный фон. Не отмечалось выраженной динамики у 11% испытуемых, полученные результаты могут быть связаны с недостаточной продолжительностью курса занятий.

**Выводы.** Воздействие на сенсомоторную сферу позволяет компенсировать недостаточность моторной составляющей речевой функции, так как ее базовые уровни формируются и развиваются только через воздействия на тело и в движении. Комплекс сенсомоторной коррекции с позиции физиологии способствует улучшению кровоснабжения головного мозга, снимает мышечные зажимы, формирует базовые двигательные навыки (мышечный тонус, ритмические и циклические движения), участвует в формировании пространственной организации речи и, как следствие, помогает психологической разгрузке, снижается напряжение, тревожность, уменьшаются проявления двигательного беспокойства, возрастают возможности саморегуляции, в поведении появляются

произвольность. В целом можно сказать, что методика сенсомоторной коррекции является эффективным психокоррекционным методом, и ее применение оправдано в работе с детьми, имеющими дизартрию.

**Мерзлякова Д.Р.**

### **Особенности депрессии у педагогов с разным уровнем профессионального выгорания**

ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет», Ижевск, Россия,  
[sagitova\\_77@mail.ru](mailto:sagitova_77@mail.ru)

**Ключевые слова:** синдром профессионального выгорания, депрессия, когнитивно-аффективные проявления депрессии, соматические проявления депрессии.

**Merzlyakova D.R.**

### **Features of depression in teachers with different levels of burnout**

Udmurt State University, Izhevsk, Russia

**Keywords:** burnout, depression, cognitive-affective manifestations of depression, somatic manifestation of depression.

**Введение.** Одним из наиболее актуальных направлений современной психологии является изучение синдрома профессионального выгорания. Синдром профессионального выгорания развивается на фоне хронического стресса и ведет к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов работающего человека. К. Маслач, С.Е. Джексон определили синдром профессионального выгорания как трехмерный конструкт, включающий в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и редуцирование личных достижений [1].

С каждым годом увеличивается число исследовательских работ, посвященных изучению синдрома профессионального выгорания. Однако, недостаточно изученным остается проблема изучения соотношения депрессивных состояний и синдрома профессионального выгорания.

По мнению основоположника изучения выгорания (К. Маслач) для данного феномена характерны чувства, тесно привязанные к профессии. Эта особенность отличает данный синдром от других более общих состояний, таких как депрессия, которые могут быть обусловлены и непрофессиональной жизнью [5].

С.А. Осипова, В.И. Курпатов выявили, что при длительном синдроме выгорания часто развивается депрессивная симптоматика. Чаще это связано с ощущением угрозы потери работы и недостаточным использованием в стрессовой ситуации копинг-механизмов положительной переоценки и планирования решения проблемы [3].

В связи с вышеизложенным возникает необходимость выявления особенности проявления депрессии у специалистов с разным уровнем профессионального выгорания для определения причин негативных личностных изменений у представителей профессий сферы «человек-человек». Это поможет выбрать стратегию и тактику психологической коррекции данных явлений у представительниц социномических профессий.

Существуют множество определений депрессии. В данном исследовании мы придерживаемся определения, данного в словаре практического психолога [4]. Депрессия определяется как аффективный синдром, в основе которого лежат сниженное (утнетенное, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое или безразличное) настроение, изменение мотивационной сферы и когнитивных представлений и общая пассивность поведения.

**Целью** нашего исследования явилось изучение особенности депрессии у педагогов с разным уровнем профессионального выгорания. Была сформулирована следующая исследовательская гипотеза: существует взаимосвязь между компонентами синдрома профессионального выгорания и симптомами и типами депрессии.

**Материал и методы.** Методологической основой при организации исследования явились принципы системной организации психики человека (Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов, В.С. Мерлин), детерминизма (С.Л. Рубинштейн), единства сознания и деятельности (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн).

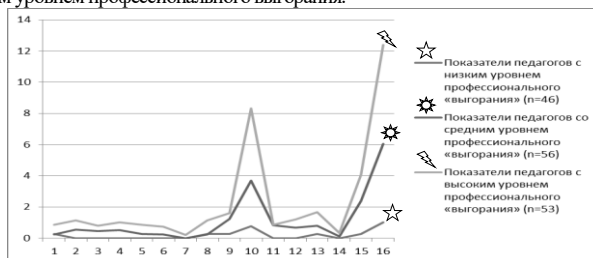
В исследовании приняли участие педагоги общеобразовательных школ, посещавших курсы повышения квалификации в Институте повышения квалификации и переподготовки работников образования Удмуртской Республики. Количество испытуемых – 155 человек.



В исследовании были использованы следующие психодиагностические методики: опросник МВИ в варианте для педагогов и учителей, разработанной К. Масляч и С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой [1], опросник депрессии А. Бека [2].

**Результаты.** Рассмотрим особенности проявления симптомов и аттипов депрессии у педагогов с разным уровнем профессионального выгорания.

**Рис. 1.** Средние арифметические показатели уровня депрессии (шкала депрессии А. Бека) у педагогов с разным уровнем профессионального выгорания.



Категории симптомов и аттипов: 1. грусть; 2. пессимизм; 3. чувство провала; 4. неудовлетворенность; 5. вина; 6. неприязнь к себе; 7. суицидальные мысли; 8. уход от контактов с другими; 9. нерешительность; 10. когнитивно-аффективная субшкала; 11. искаженный образ тела; 12. застой в работе; 13. быстрая утомляемость; 14. потеря аппетита; 15. субшкала соматических проявлений депрессии; 16. уровень депрессии.

Уровень депрессии у педагогов возрастает в зависимости от уровня профессионального выгорания. Чем более высокий уровень профессионального выгорания, тем более высоким становится уровень депрессии (рис. 1). При этом следует отметить, что у подавляющего большинства педагогов уровень депрессии соответствует низкому уровню (94,2 %). Уровень депрессии, соответствующий клиническому уровню, был выявлен у 9 педагогов (5,8 %). При этом распределение уровня профессионального выгорания представлены следующими соотношениями: испытуемые с низким уровнем профессионального выгорания – 29,7 %, испытуемые со средним уровнем профессионального выгорания – 36,1 % и испытуемые с высоким уровнем профессионального выгорания – 33,3%.

**Выводы.** На основании полученных результатов, мы можем предположить, что синдром профессионального выгорания может провоцировать развитие депрессивных расстройств. Мы полагаем, что первичным является развитие синдрома профессионального выгорания, а потом формируются депрессивные расстройства. Синдром профессионального выгорания, являясь негативным личностным образованием, начинает захватывать все сферы личности человека и приводит к формированию депрессивных расстройств.

#### Литература

1. Водопьянова Н.Е. Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2008. — 336 с.
2. Ковалев Ю. В. Депрессия: Справочно-информационные материалы. - Ижевск: Изд-во УдГУ, 1995. – 128 с.
3. Осипова С.А., Курпатов В.И. Синдром «эмоционального выгорания» как премоурбид депрессии // Проблемы исследования синдрома выгорания и пути его коррекции у специалистов помогающих профессий: в медицинской, психологической и педагогической практике: материалы междунар. науч. – практ. конф. / отв. ред. В. В. Лукьянов. - Курск. - С. 126-130.
4. Словарь практического психолога / сост. С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 2007. – 224 с.
5. Maslach C, Leiter M.P. The truth about burnout: How organization cause personal stress and what to do about in. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997. 148 p.

**Мешкова Н.В.**

**К вопросу о взаимодействии враждебности, креативности и ценностей**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

[nmeshkova@yandex.ru](mailto:nmeshkova@yandex.ru)

**Ключевые слова:** креативность, социальное взаимодействие, антисоциальная креативность, враждебность, ценности

**Keywords:** creativity, social interaction, antisocial creativity, hostility, values

В клинической психологии существует достаточное количество исследований, посвященных психосоматике враждебности, в результате которых созданы модели, объясняющие механизмы взаимосвязи враждебности и соматического здоровья человека на материале сердечно-сосудистой патологии и бронхиальной астмы [А.В.Охматовская, 2001]. В то же время исследования, преимущественно зарубежные, демонстрируют связь враждебности с тяжестью аллергий, онкологии, вирусных и др. заболеваний, что дает основания рассматривать враждебность как общий фактор риска, не специфичный для какой-либо отдельной нозологии [С.Н.Ениколопов, А.В. Садовская, 2000].

Особую значимость для психосоматических больных приобретает проблема психокоррекции враждебности. Однако ее решение осложняется наличием у враждебных людей специфической системы убеждений, трудно поддающейся коррекции, и соответствующего ей поведения, за счет чего они не только интенсивно реагируют на конфликты, но сами провоцируют конфликтные ситуации [J. Suls, G. Sanders, 1989].

Тем не менее, некоторые интервенции для управления враждебностью пациентов в рамках психокоррекционной работы могут быть предложены клиническим психологам. К такому выводу мы пришли при исследовании феноменов антисоциально направленной креативности. Суть этого явления состоит в том, что творческое мышление может быть использовано некоторыми людьми для нанесения вреда окружающим людям при решении проблем в социальном взаимодействии [см. Н.В.Мешкова, С.Н.Ениколопов, 2016]. Важная роль в этом случае принадлежит контексту, в котором происходит взаимодействие между субъектами. Результаты зарубежных исследователей демонстрируют, что генерация большого количества креативных идей происходит в ситуации обиды [N. Nao et al., 2016] и угрозы [Mayer, Mussweiler, 2011]. Наши исследования показали, что связь ситуации и антисоциальной креативности опосредуется такими характеристиками как враждебность и ценности личности. Например, у подростков было выявлено сочетание высоких значений беглости (количество решений) в ситуации мести за нанесенный ущерб репутации и значимости для них ценностей достижения [М.Ю. Антропова, Н.В. Мешкова, 2017].

При обследовании осужденных, отбывающих срок в исправительной колонии, были получены значимые различия между выборкой агрессивно-насильственных и корыстных преступников по уровню враждебности и ценности «Универсализм» - Толерантность: у осужденных за корыстные преступления уровень враждебности выше, а ценности «Универсализма» значимо ниже. Кроме того в этой выборке выявлены корреляции беглости (количество решений) в ситуации с негативной коннотацией с враждебностью и гневом [Н.В. Мешкова и др., 2018, в печати].

Приведенные зависимости демонстрируют возможность ситуативного влияния, которое могут оказывать ценности личности на враждебность, снижая или повышая ее, что необходимо учитывать при работе с психосоматическими больными. В данном случае уместно привести пример интервенции, использованной S.Fein и S.Spencer в исследовании влияния угрозы самооценке на предубежденность (враждебное отношение) к представителям стереотипизированной в американском обществе группы [С.Н.Ениколопов, Н.В.Мешкова, 2010]. Процедура заключалась в следующем: испытуемым было предложено проранжировать по степени значимости для них ценности из предложенного списка. Было показано, что актуализация ценностей человека, выполняя роль самосулиния при угрозе самооценке, повышает оценки мишени неприязни, в то время как в контрольной группе неприязнь усиливалась [S.Fein, S.Spencer, 1997].

Таким образом, при разработке психокоррекционного воздействия на психосоматических больных клиническим психологам рекомендуется учитывать ценности враждебной личности с тем, чтобы научить больных управлять собственной враждебностью.

## Литература

1. Антропова М.Ю., Мешкова Н.В. О ситуационных характеристиках креативности в социальном взаимодействии старших школьников [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2017. Том 9. № 3. С. 175–185 doi: 10.17759/psyedu.2017090318
2. Ениколопов С.Н., Мешкова Н.В. Предубежденность в контексте свойств личности // Психологический журнал. 2010. Том 31. № 4. С. 35–46.
3. Ениколопов С.Н., Садовская А.В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2000. № 10.
4. Мешкова Н.В., Ениколопов С.Н. О психологических исследованиях асоциальной креативности // Психологические исследования. 2016. Т. 9, № 50. С. 3. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 03.01.2018).
5. Мешкова Н.В., Дебольский М.Г., Ениколопов С.Н., Масленков А.А. Особенности креативности в социальном взаимодействии у осужденных, совершивших корыстные и агрессивно-насильственные преступления // Психология и право. 2018 (в печати).
6. Охматовская А.В. Психологические особенности враждебности у больных с психосоматическим заболеванием (бронхиальная астма). Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2001. 113 с.
7. Fein S., Spencer S.J. Prejudice as self-image maintenance affirming the self derogating others. Journal of personality and social psychology. 1997, 73, P.31-44.
8. Hao N., Tang M., Yang J., Wang Q., Runco M.A. A New Tool to Measure Malevolent Creativity: The Malevolent Creativity Behavior Scale // Front. Psychol. 2016. Vol. 7. P. 682. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00682
9. Mayer J., Mussweiler T. Suspicious spirits, flexible minds: When distrust enhances creativity // Journal of Personality and Social Psychology. 2011. Vol. 101(6). P. 1262-1277
10. Suls J., Sanders G. S. Why do some behavioral styles place people at coronary risk? // In search of coronary-prone behavior: Beyond Type A. / Под ред. W. Siegman, T. M. Dembroski. Hillsdale, NJ, Erlbaum. 1989. 1-20.

**Миняйчева М.В., Мовина Л.Г., Папсуев О.О.**

**Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия  
[minyaycheva@gmail.com](mailto:minyaycheva@gmail.com)

**Ключевые слова:** шизофрения, социальные когниции, метакогнитивный тренинг, психосоциальная реабилитация

**Minyaycheva M.V., Movina L.G., Papsuev O.O.**  
**The Metacognitive Training for Patients With Schizophrenia**  
V.Serbysky NMRCPN of the MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** schizophrenia, social cognition, metacognitive training, psychosocial rehabilitation

**Введение.** В последнее время исследования социальных когниций и их нарушений при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра становятся все более актуальными как в отечественной психологии, так и за рубежом. На данный момент выделяют четыре домена социальных когниций, в которых больные шизофренией демонстрируют нарушения: 1) атрибутивный стиль; 2) распознавание эмоций другого (процессинг эмоций); 3) социальная перцепция; 4) внутренняя модель сознания другого (Theory of Mind) [1]. Используемый нами метакогнитивный тренинг [5] является современным инструментом психосоциальной реабилитации, который учитывает принципы как берегающе-превентивного подхода [2], так и когнитивной ремедиации в сочетании с тренировкой навыков в условиях повседневной жизни.

**Материалы и методы.** Метакогнитивный тренинг (МКТ), разработанный Ш.Морицем и соавт. [3, 5], состоит из 8 модулей, каждый из которых соответствует перечисленным ранее доменам социальных когниций. В ходе занятий обсуждаются когнитивные искажения больных, их иррациональные убеждения о себе и других, непродуктивные стратегии совладания с неприятными для пациента мыслями и переживаниями. В задачи тренинга входит не только информирование пациентов о существующих когнитивных нарушениях, но и побуждение к критическому осмыслению собственных иррациональных суждений. Тренинг является немедикаментозным методом коррекции специфических когнитивных искажений восприятия социальных ситуаций и стратегий поведения пациента. По мнению авторов программы, повышение метакогнитивной компетентности способно снизить риск повторных обострений [4].

В отделе клинико-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра Московского НИИ психиатрии, по согласованию с авторами, на русский язык было переведено практическое руководство тренинга, а также были адаптированы для русскоговорящей

выборки используемые в тренинге материалы (презентации, листы для самостоятельной работы, совладающие карточки). В исследовании эффективности метакогнитивного тренинга приняло участие 44 пациента с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в возрасте от 18 до 35 лет. Пациенты, включенные в исследование, находились в стабилизированном состоянии (PANSS<80). Допускалось наличие негрубой подострой или резидуальной симптоматики, которая не определяла поведение пациентов и не мешала им участвовать в групповой терапии. Все пациенты принимали медикаментозную терапию и находились на стационарном или полустационарном лечении. Метакогнитивный тренинг проходил 2 раза в неделю по 60 минут в формате закрытой группы по 6-8 человек. Все пациенты были обследованы до и после включения в тренинговую программу. Методы обследования: 1) шкала позитивных и негативных симптомов шизофрении PANSS; 2) опросник оценки выраженности симптомов шизофрении PSYRATS; 3) шкала личностного и социального функционирования PSP; 4) методика понимания намека Hinting task; 5) опросник противоречивых агрессивных намерений АИHQ; 6) тест лица Экмана.

**Результаты.** В попарном статистическом сравнении данных была выявлена следующая динамика. У пациентов улучшились навыки распознавания отрицательных эмоций, таких как печаль, гнев, страх, презрение ( $44,6 \pm 6,8$  vs.  $48,3 \pm 6,3$ ;  $p=0,001$ ). Стоит отметить, что именно эти эмоции хуже дифференцируются пациентами с шизофренией. После прохождения метакогнитивного тренинга у пациентов улучшились показатели общего балла теста Hinting task ( $17,7 \pm 1,7$  vs.  $19,2 \pm 1,13$ ;  $p>0,001$ ), таким образом данные домена внутренней модели сознания другого приблизились к показателю нормы. В домене атрибутивного стиля, по тесту АИHQ, у пациентов снизился показатель, отвечающий за «враждебные намерения в преднамеренных ситуациях» ( $9,0 \pm 2,7$  vs.  $7,3 \pm 2,0$ ;  $p=0,001$ ). В шкале PSYRATS статистически значимо снизились значения нарушения мышления. Также в положительную сторону изменилось социальное функционирование пациентов по шкале PSP ( $55,4 \pm 9,8$  vs.  $68,5 \pm 10$ ;  $p=0,001$ ).

**Резюме.** В результате исследования метакогнитивный тренинг, в качестве психосоциального вмешательства, продемонстрировал свой реабилитационный потенциал. Методики, направленные на оценку социальных когниций зафиксировали положительную динамику по всем четырём доменам. Выявленные улучшения наблюдались в способности распознавания негативных эмоций и понимании намерений других людей, в контексте внутренней модели сознания другого. Также было обнаружено минимальное снижение уровня агрессии у больных шизофренией в преднамеренных ситуациях.

Полученные нами данные свидетельствуют о целесообразности использования метакогнитивного тренинга в качестве реабилитационного вмешательства для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

#### Литература

1. Бурова В.А. Нейрокогниции и социальные когниции у пациентов, страдающих шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 2. С. 86–93
2. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–9.
3. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 33–36.
4. Klosterkötter J. The meaning of basic symptoms for the development of schizophrenic psychosis // Neurol. Psychiatr. Brain Res. 1992. Vol. 1. P. 30–41.
5. Moritz S., Burlon M., Woodward T.S. Metacognitive training for schizophrenic patients. Hamburg, Germany: VanHam Campus Verlag, 2005.

**Москачева М.А., Холмогорова А.Б.**

**Применение IT-технологий в практике помощи больным с тяжелыми психическими расстройствами**

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ Москва, Россия  
[moskacheva.m@gmail.com](mailto:moskacheva.m@gmail.com), [kholmogorova@yandex.ru](mailto:kholmogorova@yandex.ru)

**Ключевые слова:** расстройства шизофренического спектра, компьютеризированные программы тренингов, социальные когниции

**Keywords:** social cognition, schizophrenia spectrum disorders, computerized training program

**Введение.** Первые описания опыта применения компьютерных технологий в лечении психических расстройств относятся к 1996 году и посвящены исследованию эффективности использования IT-технологий в терапии тревожных расстройств [R.T. Costa, A. Sardinha, A.E. Nardi, 2008]. В течение последующих двадцати лет было опубликовано множество научных данных о возможностях применения IT-технологий в практике помощи пациентам с другими психическими расстройствами. Мировым трендом является изучение возможностей применения IT-технологий для компенсации дефицитов когнитивных и социальных навыков, а также способностей в сфере социального познания (нарушения последних в настоящий момент начинают трактоваться как универсальная основа психической и социальной дезадаптации) у больных с расстройствами шизофренического спектра [M. Macedo, A. Marques, C. Queirós, 2015]. Компьютеризированные формы тренингов призваны преодолеть ограничения традиционных: высокие временные, трудовые и денежные затраты, проблемы мотивации участников и переноса полученных знаний в реальную жизнь в силу лабораторного характера обучения [M. Macedo, A. Marques, C. Queirós, 2015; E. Peutoux, N. Franck, 2016]. Применение IT-технологий в практике помощи психически больным позволяет обеспечить индивидуальный подход к пациентам (за счет возможностей получения моментальной обратной связи), доступность помощи (это особо значимо для отдаленных областей и регионов со слабо развитыми службами охраны психического здоровья), повышение мотивации к работе (за счет создания игрового дизайна или погружения в виртуальную среду, близкую к реальной), а также решение задачи психообразования. Обучение с применением IT-технологий возможно как без личного контакта с другим человеком (по типу «человек-машина»), так и под супервизией или в сотрудничестве с психотерапевтом/другим специалистом в сфере охраны психического здоровья. Существующие тренинги могут быть полностью компьютеризированными или сочетать в себе компьютерный и традиционный формат тренинга. Так, программа COG REM является примером тренинга когнитивных и социальных навыков, сочетающего традиционный групповой и компьютерный формат работы. Программа SocialVill – полностью компьютеризированный вариант тренинга (по типу «человек-машина»), направленного на компенсацию дефицитов социальных когниций. Программа RC2S представляет собой компьютеризированный вариант тренинга способностей в сфере социального познания, который необходимо проходить под супервизией и в тесном сотрудничестве со специалистом учреждения здравоохранения. В настоящее время разрабатываются групповые формы тренингов с применением технологий полного погружения в виртуальную реальность [M.A. Москачева, А.Б. Холмогорова, 2016].

Опубликованные в научной литературе результаты исследований свидетельствуют в пользу перспективности применения IT-технологий в практике помощи психически больным, однако данные об эффективности применения компьютеризированных программ тренингов в настоящий момент противоречивы. Одна часть исследований подчеркивает высокую эффективность применения IT-технологий в тренингах когнитивных и социальных навыков, а также способностей в сфере социального познания [M. Macedo, A. Marques, C. Queirós, 2015], другая свидетельствует об обратном [T. D'Amato, et al., 2011]. Возможным объяснением полученных противоречий, по мнению экспертов, является недостаточный учет ограничений применяемой технологии на этапе создания некоторых IT-тренингов. Так, одним из главных ограничений применения IT-программ по типу «человек-машина» является отсутствие непосредственного, «живого» контакта пациента с психотерапевтом и другими участниками тренинга, но именно это и является зоной дефицита и уязвимости больных. Данная гипотеза нуждается в дальнейшей проверке, так как на настоящий момент отмечается дефицит сравнительных исследований эффективности традиционных и компьютеризированных программ тренингов, IT-программ с индивидуальным и групповым форматом работы, программ, прохождение которых возможно самостоятельно, и под супервизией. Еще одним объяснением противоречивости данных об эффективности компьютеризированных программ тренингов может

быть влияние возраста участников. В исследовании Т. Wykes (2009) было показано, что молодой возраст является важным предиктором успеха прохождения IT-тренинга.

**Резюме.** К ограничениям применения IT-программ помимо необходимости учета возраста участников также можно отнести высокую стоимость на этапе создания программы, необходимость технической поддержки, возможность развития побочных эффектов (синдром укачивания, нагрузка на зрение). Однако, как отмечают М. Macedo, А. Marques, et al (2015) применение IT-технологий в компенсации различных дефицитов у больных с тяжелыми психическими расстройствами является довольно перспективным направлением. Часть ограничений применения подобных программ будет преодолена в ближайшее время за счет развития рынка IT-технологий, что определяет активный рост числа соответствующих разработок и публикаций.

#### **Литература**

1. Москачева М.А., Холмогорова А.Б. IT-тренинги – новая тенденция в практике помощи больным с психическими расстройствами и их значение для развития социального познания [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2016. Т. 5. № 4. С. 97–105.
2. Aimé A., Cotton K., Guillard T., Bouchard S. Virtual reality and body dissatisfaction across the eating disorder's spectrum // In: Eichenberg C, editor. Virtual reality in psychological, medical and pedagogical applications. New York: InTech; 2012. Pp. 109–122.
3. Macedo M., Marques A., Queirós C. Virtual reality in assessment and treatment of schizophrenia: a systematic review // J. bras. psiquiatr. 2015. V. 64. № 1. Pp. 70–81.
4. D'Amato T., Bation R., Cochet A., Jalenques I., Galland F. et al. A randomized, controlled trial of computer-assisted cognitive remediation for schizophrenia // Sch. Res. 2011. № 125 (2-3). Pp. 284–290.
5. Wykes T., Reeder C., Landau S., Matthiasson P., Haworth E., Hutchinson C. Does age matter? Effects of cognitive rehabilitation across the age span // Sch. Res. 2009. Vol.113. Pp.252–258.
6. Costa R.T., Sardinha A., Nardi A.E. Virtual reality exposure in the treatment of fear of flying // Aviat Space Environ Med. 2008. № 79(9). Pp. 899–903.
7. Wainer A., Ingersoll B. The use of innovative computer technology for teaching social communication to individuals with autism spectrum disorders // Research in Autism Spectrum Disorders. 2011. V. 5. № 1. Pp. 96–107.
8. Peyroux E., Franck N. Improving Social Cognition in People with Schizophrenia with RC2S: Two Single-Case Studies // Front Psychiatry. 2016 № 7. Pp. 66.

**Назарова И. А., Аболонин А. Ф.**

**Особенности идентичности аддиктивно-криминальных подростков**

ТНИМЦ НИИ психического здоровья, Томск, Россия  
[ianazarova@mail.ru](mailto:ianazarova@mail.ru), [abolonin2004@mail.ru](mailto:abolonin2004@mail.ru)

**Ключевые слова:** идентичность, аддиктивные подростки, проективные психологические методики

**Nazarova I.A., Abolonin A.F.**

**The identity features of addictive-criminal adolescents**

TNRMC Mental Health Research Institute, Tomsk, Russia

**Keywords:** identity, addictive Teens, projective psychological methods.

**Введение.** Личность не существует вне контекста роли, которую играет в жизни. С точки зрения С.Л.Рубинштейна, личность определяется "не только самими по себе свойствами, но и значительностью тех общественно исторических сил, носителем которых она выступает" [6]. "Я" личности регулирует и направляет процессы познания себя и окружающего мира. Все эти определения тесно связаны с понятием идентичность. Идентичность - это "обладание чувством своего присутствия в мире в качестве реальной, живой, цельной и, во временном смысле, непрерывной личности" [4]. Говоря о гендерной идентичности, И.С.Кон определяет маскулинность и фемининность как совокупность телесных, психических и поведенческих признаков отличающих среднестатистического мужчину от женщины, а также нормативные представления и установки о том, какими должны быть мужчины и женщины. Конкретные мужчины и женщины бывают разными и по своему физическому облику, и по своим психическим свойствам, интересам и занятиям, а наши нормативные представления о мужественности (маскулинности) и женственности (фемининности) хотя и отражают некие реалии, в целом являются не чем иным, как стереотипами общественного сознания [2]. В контексте социокультурных различий женщин и мужчин половые роли существуют как стереотипы мужского и женского поведения (маскулинности и фемининности). Различные исследования

показали, что на дифференциацию пола у подростков влияют состав родительской семьи [5], наличие алкогольной зависимости у близких родственников и др. [3, 1]. Само преступление оказывает значительное влияние на субъекта, его совершившего. Преступник не только изменяет окружающую среду, он вместе с тем изменяет свои собственные отношения и самого себя [8]. Литературные данные свидетельствуют о том, что гендерная идентичность и гендерные стереотипы у делинквентных мальчиков и девочек существенно отличаются от таковых у их сверстников с нормативным поведением и могут оказывать влияние на их саморегуляцию и способствовать формированию отклонений в поведении [7]. Учитывая специфику среды, в которой пребывает подросток, гендерная идентичность тесно связана не только с собственным самоощущением но и необходимостью считаться с теми правилами которые характерны для данной среды. Юноше трудно защитить себя от физического и психологического насилия среди сокамерников, если у него имеются собственные представления о понимании собственной «мужественности», которые расходятся с мнением окружающих его осужденных. Такие понятия, как гендерная и криминальная идентичность очень тесно связаны между собой в данной субкультуре. В силу тенденции осужденных к скрытию своих переживаний и психических состояний наиболее информативными, на наш взгляд, являются проективные методы, а именно рисуночные тесты. Отсутствие вопросов, характерных для вербальных тестов, позволяет избежать желания и возможности фальсифицировать данные путём желательных ответов. С помощью проективных методов возможно оценить личность клиента, понимаемой как система отношений к себе и окружающему миру; диагностировать развитие, в том числе, тех или иных нарушений процесса развития; исследовать самовосприятие-самоотношение, представления клиента о себе.

**Целью** нашего исследования стало изучение гендерно-криминальной идентичности подростков правонарушителей, имеющих зависимость от ПАВ, с помощью проективного метода в условиях пенитенциарной среды.

**Материал и методы.** Экспериментально-психологическому обследованию было подвергнуто 155 подростков мужского пола в возрасте от 15 до 19 лет (средний возраст 16,1±0,9) в воспитательной колонии для несовершеннолетних правонарушителей. Выборка проводилась на основании наличия у подростка зависимости или указания на злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе. Преступления, совершенные юношами, соответствовали следующим статьям: 34,7% были осуждены за преступления против жизни и здоровья; 56,7%– преступления против собственности; преступления, связанные с ПАВ, имели 4,7%. Для данной выборки был характерен дистармоничный тип семейного воспитания, высокая алкоголизация родителей, воспитание одним из родителей, низкий образовательный и социально-экономический статус семей. При проведении экспериментально-психологического обследования данной категории подростков был использован метод «рисунок человека» (Венгер А.Л., 2003, Тейлор К., 2005). Данная методика позволяет обследовать особенности личности относительно независимо от интеллектуальных и мотивационных возможностей испытуемых.

**Результаты.** Прежде всего, оценивался способ изображения человека. Рисунок человека в основном был выполнен анфас. Признаки демонстративности (подробно вырисованная одежда, причёска, аксессуары и т.п.) наблюдались в той или иной мере в 62,5% рисунков. Акцентирование на шпирисовке всей нарисованной фигуры или ее части было в 29,6%, что характерно при тревожном состоянии. Ослабленный нажим наблюдался в 35,2% , что было проинтерпретировано, как недостаточность уверенности в себе и часто встречается у пассивных, застенчивых людей. Проявления ригидных черт личности было выявлено в 28,4% рисунков, которые проявляются в обилии однообразных деталей (в навязчивом повторении одного и того же узора на одежде), в повышенной тщательности и аккуратности рисунка. Признаки инфантильности (обилие дополнительных деталей и т.п.) выявились в 13,6%. При анализе такого параметра, как пол изображенного персонажа, было выявлено, что в 51,1% рисунков был изображен человек мужского пола, в 4,55% женского и в 44,35% пол персонажа на рисунке было определить невозможно. Рисунки, в которых отсутствуют признаки, определяющие пол персонажа, характерны для раннего подросткового возраста. Они могут свидетельствовать о несформированности половой идентификации. Когда пол персонажа был понятен и определен, акцентирование сексуальной сферы отмечалось в 42,9%, что считается типичным для подросткового возраста. В некоторых рисунках можно выделить специфическую

особенность изображения человека, в которых нос (как деталь, связанная с половой идентификацией) был нарисован не совсем традиционным способом (в виде фаллического символа). Считается, что испытывающий сексуальные проблемы подросток, вероятнее всего, будет акцентироваться на таких символах, как галстук или карманы брюк, ширинке, а не на носу. В данной когорте исследуемых в силу специфической психологии и миропонимания детали мужской атрибутики, связанные с «офисной» и «джентльменской» одеждой, не приемлемы.

Учитывая специфику данного контингента обследуемых, при анализе рисунков мы выявили следующие проявления агрессивности. Физическая агрессия выявлялась в 34,1% рисунков (изображение кулака, руки, поднятые вверх, закрашенные или подчеркнутые кисти рук, уменьшенный размер головы, изображение оружия). Также об агрессии и враждебности мы можем говорить и в случае изображения соответствующего выражения лица, подобное встречалось в 14,8% изображений. При анализе других аспектов агрессивного поведения было выявлено 14,8% изображений с яркими проявлениями вербальной агрессии, данное обстоятельство проявлялось соответствующим изображением рта. Сильное подчеркивание ушей выявлялось в 63,6% изображений, (характерно для людей, придающих особое значение тому, что о них говорят, т.е. подозрительности). У 8% испытуемых персонаж был нарисован в профиль, что может отражать негативизм. В рисунке человека асоциальность проявляется, прежде всего, в том, что резко нарушены стандартные нормы изображения, определяется пренебрежение к социальным нормам, нарушение социальной иерархии. Среди несовершеннолетних преступников было выявлено 35,2% таких работ.

**Резюме.** Использование проективных методик у данной категории обследуемых позволило выявить существенные психологические особенности без использования средств, требующих от испытуемых значительных мотивационных, временных и интеллектуальных затрат. Исследование показало, что с помощью теста «рисунок человека» можно диагностировать не только особенности личности, но и полоролевою и криминальную идентичность личности. Своеобразие идентичности личности может выступать в качестве мишеней психокоррекционных, психотерапевтических, профилактических мероприятий. При этом для подростков ключевыми задачами должны быть разработка и расширение содержания гендерных стереотипов, с последующей коррекцией представлений о самом себе. Это может способствовать лучшей дифференцировке структур самосознания и идентичности, становлению согласованного и непротиворечивого самосознания и обогащению репертуара их поведения.

#### Литература

1. Аболонин А.Ф., Назарова И.А., Стоянова И.Я., Гусев С.И. Агрессия как фактор возникновения делинквентного поведения (гендерный аспект) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 4 (89). С. 58-66.
2. Кон И.С. Ребенок и общество. – М.: ИЦ Академия, 2003. – 336 с.
3. Курицын А. В. Формирование самостношения подростков, родители которых страдают алкогольной зависимостью // Вестник МГТУ им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. 2012. №3. С.98-106.
4. Лэйнг Р.Д. "Я" и Другие / пер. с англ. Е. Загородной. – М.: Независимая фирма "Класс", 2002. – 192
5. Назарова И.А., Аболонин А.Ф., Стоянова И.Я. Социально-Психологические Факторы Риска Формирования Делинквентных И Аддиктивных Форм Поведения У Юношей И Девушек // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 4 (93). С. 69-75.
6. Рубинштейн С.Л. Теоретические проблемы психологии и проблема личности // Психология личности. Тексты / под ред. Ю.Б.Гипенрейтер, А.А.Пузырева. – М.: МГУ, 1982. – С.28-34
7. Сырковашина К. В., Дворянчиков Н. В. Гендерная идентичность у подростков с делинквентным поведением // Вестник Санкт-Петербургского университета / Гл. ред. Л. А. Вербицкая. — 2008. — С. 222—227. — (Серия 12, Психология. Социология. Педагогика. — Выпуск 1)
8. Чернышева Е. В. Факторная структура я-концепции личности осужденных // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2007. №4. С.40-47.

**Нелобина А.С.**

**Телесный опыт болезни пациента и представление о нем у врача**

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Минздрава России, Москва, Россия

[nelubina-anna@mail.ru](mailto:nelubina-anna@mail.ru)

**Ключевые слова:** телесный опыт, болезнь, пациент, лечащий врач



**Keywords:** bodily experience, illness, patient, therapist

**Введение.** Телесный опыт болезни, приобретаемый пациентом с момента начала заболевания, в процессе его лечения и, возможно, хронификации, является одним из важных факторов, опосредующих поведение больного. Восприятие, вербализация и категоризация телесных ощущений, связываемых пациентом с его состоянием, часто далека от объективной картины заболевания, которая формируется у лечащего врача посредством методов доказательной медицины. Психологические закономерности субъективного восприятия болезни, такие как смешение эмоций и собственно интрацептивных ощущений, нераспознавание или недооценка опасных для жизни признаков болезни, приводит к различным вариантам дезадаптивного поведения больного, его неадекватным ожиданиям от лечения, и вообще от возможностей современной медицины. Со своей стороны, лечащий врач, неверно представляя переживания больного, испытывает сложности с выбором траектории лечения и предупреждения некомплаентного поведения пациента.

Целью нашего исследования стало изучение телесного опыта болезни у пациентов с тяжелым соматическим заболеванием в сопоставлении с объективной картиной болезни, сформировавшейся у их лечащего врача.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 69 человек, разбитых нами на две подвыборки. Первая группа – больные с ишемической болезнью сердца в форме стенокардии напряжения, сочетанной с артериальной гипертензией 2 стадии (51 человек). Вторая подвыборка – лечащие их врачи-кардиологи (18 человек). Исследование проводилось в условиях стационара, индивидуально во время беседы с психологом. Методы и методики исследования: изучение анамнеза, клиническая беседа, психосемантический тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (А.Ш. Тхостов, С.Н. Елшанский, 2003). Последняя методика предьявлялась в карточном варианте, содержащем 80 карточек со словами, описывающими различные интрацептивные ощущения. Для пациентов использовался классический вариант с 6 этапами: 1) отбор телесных ощущений, 2) знакомых, 3) важных /значимых, 4) относящихся к болезни/болезненным, 5) опасных/угрожающих и 6) часто испытываемых. Для выборки лечащих врачей количество этапов было сокращено до 3-х: 1) ощущения, вызванные у пациента болезнью, 2) опасные и 3) часто испытываемые ощущения. По инструкции врачи должны были выбрать ощущения типичного больного с этой патологией. Обработка данных производилась частотным анализом. Подсчитывался средний объем словаря в каждой выборке и описывался состав словаря интрацептивных ощущений – какие именно ощущения выбирались по этапам: «болезненный словарь», «словарь опасных ощущений», «словарь часто испытываемых ощущений» и т.д. Для статистического сравнения выборок пациентов и врачей использовалось угловое преобразование Фишера.

**Результаты.** Вербализация телесного опыта болезни пациентами имеет ряд специфических черт. Во-первых, мы описали феномен «нозоцентричности», при котором словари «подходящих для описания телесных ощущений» и «знакомых» ощущений полностью совпадали - пациент не мог абстрагироваться, и выбирал только те ощущения, которые присутствовали в его непосредственном телесном опыте. Во-вторых, пациенты затруднялись в разделении телесных и эмоциональных ощущений и даже находили для последних локализацию в теле (например, предчувствие локализовалось в области грудной клетки). Пациенты считали эмоциональные переживания симптомами болезни, надеясь, что они пройдут в результате лечения. В-третьих, больными смешивались сами ощущения и названия симптомов и лечебных действий (например, пациенты понимают под словом «давление» не само ощущение давления, а симптом болезни - «повышенное артериальное давление»), а под словом «укол», не ощущение «покалывания», а инъекцию). Словари интрацептивных ощущений, относящихся к болезни, в выборке кардиологических больных объемны и разнообразны и включают помимо собственно телесных ощущений («жар», «боль») ощущения низкого тонуса («вялость», «слабость»), а также эмоциональные переживания («депрессия», «страдание», «предчувствие», «опустошение»).

Словари их лечащих врачей были меньше по объему и очень схожи между собой, поскольку, как нам кажется, кардиологи описывали «типичного больного» с заданной патологией, игнорируя индивидуальные различия. Врачи выбирали слова, похожие на названия симптомов, причем делали это статистически значимо чаще, чем пациенты («боль», «укол», «сжиматься», «биение» при  $p \leq 0,01$ , «давление», «тяжесть», «удушье», «плохо» при  $p \leq 0,05$ ). Из эмоциональных переживаний ведущим симптомом называлась тревога (выбиралась значимо чаще, чем в выборке пациентов при  $p \leq 0,01$ ), что, вероятно связано с ее распространенностью у данных пациентов, проблемами, которые доставляет врачу тревожный больной и широкой практикой назначения седативных препаратов в кардиологии. Следует отметить, что в данном случае, в представлениях врачей наблюдается некоторое смещение – с научной точки зрения, тревога не является собственно симптомом ИБС, и может быть лишь симптомом сопутствующего расстройства, например, тревожного синдрома. Словари опасных, угрожающих ощущений были больше в выборке лечащих врачей, поскольку, как нам кажется, они включают симптомы, способные привести к ухудшению состояния и требующие внимания и срочного обращения за медицинской помощью. Статистически значимо чаще врачи по сравнению с их пациентами выбирали такие ощущения как «боль» (при  $p \leq 0,01$ ), «давление», «укол» (при  $p \leq 0,01$ ), «сжиматься» (при  $p \leq 0,01$ ), «тяжесть» ( $p \leq 0,01$ ). Мы предполагаем, что пациенты с хроническим заболеванием привыкают к своему состоянию и продолжают оценивать как опасные только «боль», «давление» и «слабость». Различие в словарях «часто испытываемых ощущений» заключалось в том, что врачи выбирали ощущения, характерные для типичной картины заболевания, а пациенты отбирали те, которые их беспокоили перед поступлением в больницу и от которых они хотели бы избавиться в процессе лечения.

**Выводы.** Проведенное эмпирическое исследование помогло реконструировать особенности восприятия, категоризации и вербализации проявлений заболевания больными на уровне приобретенного ими телесного опыта болезни и представление о телесном опыте «типичного пациента» у их лечащих врачей. Расхождения в классификации ощущений, относящихся к болезни и опасных для жизни, между пациентом и врачом могут приводить к различным формам дезадаптивного поведения больного, низкой приверженности к терапии, плохому контакту между врачом и пациентом. Предотвратить завышенные или неадекватные ожидания пациента от лечения помогло бы четкое структурирование жалоб пациента врачом уже на этапе сбора анамнеза - разделение их на те, которые поддаются и не поддаются терапии (полностью или частично) и те, которые требуют психотропной терапии и обращению к врачу-психотерапевту. На наш взгляд, сопоставление «объективных» и «субъективных» картин болезни на уровне телесного восприятия при различных нозологиях представляется весьма перспективным, особенно для решения задач профилактики низкой приверженности лечению и дезадаптивного поведения больных.

**Образцова В.С., Пичугина И.М., Иванова Е.М.**

**Индивидуально-личностные особенности пациента как фактор реабилитационного потенциала**

ФНКЦ РР, ФГБНУ НИЦПЗ Москва, Россия  
[vorontsova\\_vs@mail.ru](mailto:vorontsova_vs@mail.ru), [dr.pichugina@gmail.com](mailto:dr.pichugina@gmail.com), [ivalenka13@gmail.com](mailto:ivalenka13@gmail.com)

**Ключевые слова:** реабилитация, психологический реабилитационный потенциал

**Obraztsova V.S., Pichugina I.M., Ivanova E.M.**  
**Individual and personal characteristics of the patient  
as a factor of rehabilitation potential**  
FSCC RR, FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** rehabilitation, psychological rehabilitation potential

При тяжелых соматических и психических заболеваниях, связанных с нарушениями функций организма и психическими расстройствами, крайне актуальным является реабилитация (аффективные и тревожные расстройства, ЧМТ, ОНМК, инсульт и др.). Способность к реабилитации у всех пациентов разная и может зависеть как от уровня дефекта, так и от психологических особенностей. В связи с этим, в научных исследованиях возникает понятие «реабилитационный потенциал» (РП) пациента. Под РП понимают такие биологические и психологические характеристики человека, а также совокупность социально-средовых факторов, которые позволяют реализовать его потенци-

альные способности для успешной реадaptации [4]. Система реабилитационных мероприятий способна в полной мере, или частично, вернуть человеку привычный образ и ритм жизни, продуктивную трудовую деятельность. Психологическое сопровождение выступает одним из важнейших факторов комплексной реабилитации, успешность которой определяется, с одной стороны, эффективностью её организации, а с другой стороны, активностью самого пациента и различными его особенностями. В связи с чем был введен термин «психологический реабилитационный потенциал» (ПРП).

Понятие ПРП рассматривается относительно недавно и сразу стало выступать одной из самых важных составляющих РП [3]. Он определяется комплексом индивидуально психологических черт личности, таких как когнитивные, мотивационные и эмоциональные, а также социально-психологическими факторами (макро- и микросреда), которые являются базовым источником реадaptации к изменившимся условиям жизни в связи с травмой. Для его оценки необходимо определение таких параметров, как уровень развития психомоторики, эмоционально-волевые, интеллектуально-мнестические особенности, индивидуальные свойства личности, трудовой мотивации, свойств нервной системы и темперамента, проведение психологической коррекции, установку инвалида на труд и др. [1].

Порохина Ж. В. разработала практическую модель, чтобы определить уровень ПРП у лиц с ограниченными возможностями (больные с ишемической болезнью сердца). [3]. Данное исследование показало, что медицинский РП в 61,1% был низким, в то время как ПРП был низким только у 22,2% пациентов, что говорит о том, что нередко определяется высокий уровень ПРП при наличии низкого уровня медицинского РП. Это подтверждает факт больших ресурсных возможностей личности в процессе реадaptации [3].

Одним из факторов успешной реабилитации пациента является высокий уровень мотивации, приверженности к лечению и активная позиция по отношению к проводимым реабилитационным процедурам [4]. О.И. Кардаш в своем исследовании показал, что ПРП пациентов, перенесших инсульт, обусловлен определением нозогнозического уровня перенесенного заболевания [2]. К сожалению, зачастую пациенты занимают пассивную или негативную позицию по отношению к лечению, вследствие наличия у них значимых эмоциональных нарушений, развившихся на фоне заболевания [2]. Это является показанием для проведения психологической коррекции и психотерапевтической работы.

Психологическая реабилитация включает в себя коррекцию мотиваций для медицинской и трудовой реабилитации, повышение социальной активности и нормализации отношений с обществом и семьей. Кроме того, при наличии эмоциональных нарушений, для повышения социальной адаптации больного наиболее эффективным методом реабилитации является психотерапия как индивидуальная, так и групповая [1].

Таким образом, оценкой РП является определение соматических и психологических способностей человека, которые сохранились вопреки заболеванию или дефекту. Эти способности служат начальным этапом к восстановлению и прогнозированию уровня возможностей восстановления или компенсации имеющегося дефекта. Роль психологического сопровождения выступает одним из важнейших факторов комплексной реабилитации. Изучение факторов, влияющих на РП и на ПРП, способствуют разработке алгоритма ведения и оптимизации реабилитации пациента при тяжелых соматических заболеваниях и психических заболеваниях.

#### Литература

1. Залученова Е.А. Принципы оценки психологического компонента реабилитационного потенциала / Е.А. Залученова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. – № 2. – с. 29-32.
2. Кардаш О.И. Оценка реабилитационного потенциала в условиях ресоциализации пациентов, перенесших инсульт, средствами оккупациональной терапии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 8-5. – С. 826-830.
3. Порохина Ж.В. Психологический реабилитационный потенциал инвалида (На примере больных с ишемической болезнью сердца): дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10. М., 2004. 183 с.
4. Правовые, организационные и методические основы реабилитации инвалидов. Руководство. Том 1/ А. И. Осадчих, С. Н. Пузин, О. С. Андреева и др.– М.: Медицина, 2005. – С. 303-307.

Одинцова М.А., Радчикова Н.П.

Самоактивация как один из адаптационных личностных ресурсов студентов в инклюзивной образовательной среде вуза

ФГБОУ ВО МГППУ, ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Москва, Россия  
[mar505@mail.ru](mailto:mar505@mail.ru), [nataly.radchikova@gmail.com](mailto:nataly.radchikova@gmail.com)

**Ключевые слова:** инклюзивная образовательная среда вуза, интеграция, студент с инвалидностью, самоактивация, жизнестойкость

Odintsova M. A., Radchikova N. P.

Self-activation as One of the Students' Adaptive Personal Resources in University Inclusive Educational Environment

MSUPE, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

**Keywords:** University inclusive educational environment, integration, disability students, self-activation, resilience

**Введение.** Проблема повышения адаптационных ресурсов личности, гармонизации психического развития и межличностных отношений в процессах предупреждения заболеваний является одним из ведущих направлений клинической психологии. Среди ресурсов можно выделить личностные (психологические, физические, профессиональные) и средовые (доступность всех видов поддержки) (О.В. Власова, Е.А. Климов, Д.А. Леонтьев, В.А. Толочек и др. [1-3]). В данной работе предлагается рассмотреть адаптационные личностные ресурсы студентов (жизнестойкость, личностный динамизм, самоконтроль, эмоционально-функциональное состояние) в инклюзивной образовательной среде вуза. Объединяющей категорией для адаптационных личностных ресурсов может стать понятие самоактивации. С нашей точки зрения, самоактивация основывается на: 1) самостоятельности при решении жизненно важных задач (автономия, независимость, свобода выбора, самоорганизация и т.п.); 2) личностной и поведенческой активности (жажда деятельности, инициативность, ориентация на достижение целей, интерес к жизни и т.п.); 3) стремлении к сохранению оптимального функционального и эмоционального состояния (позитивное отношение к миру и людям, уверенность в собственных силах и вера в свои возможности, несмотря на ограничения, которые создает болезнь). Само инклюзивное обучение также может рассматриваться как средовой адаптационный ресурс для студентов с инвалидностью.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие три группы студентов гуманитарных специальностей: студенты с инвалидностью (N=41); здоровые студенты, включенные в совместное обучение с ними (N=30); здоровые студенты, не включенные в совместное обучение (N=47). Средний возраст участников исследования составил 26 лет, 44 студента (37%) были мужского пола. Выделенные группы были эквивалентны по полу ( $\chi^2=0,52$ ;  $p=0,77$ ) и возрасту ( $F(2,115)=1,17$ ;  $p=0,32$ ). Для измерения различных личностных ресурсов использовались методика самоактивации М.А. Одинцовой, Н.П. Радчиковой [4]; опросник личностного динамизма (Д.В. Сапронов, Д.А. Леонтьев); тест самоконтроля (Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин, Д.Д. Сучков, Т.Ю. Иванова, О.А. Сычев, В.В. Бобров) и тест жизнестойкости (Е.И. Рассказова, Е.Н. Осин). Кроме того, первые две группы студентов отвечали на вопросы специально разработанной анкеты, в которой изучалось их мнение относительно совместного обучения.

**Результаты.** Результаты исследования показали, что значимых различий между тремя студенческими группами немного. Так, группы различаются по личностному динамизму, физической активности, принятию риска и общему уровню жизнестойкости. При этом, как показал апостериорный критерий, статистически значимые различия наблюдаются только между студентами с инвалидностью и здоровыми студентами, включенными в совместное обучение. Таким образом, результаты измерений не дают оснований для принятия гипотезы о каком-либо влиянии совместного обучения на личностные ресурсы здоровых студентов. Результаты анкетирования, наоборот, говорят о том, что подавляющее большинство здоровых студентов крайне высоко оценивают мотивирующее воздействие совместного обучения. Приведем некоторые высказывания: «Более жизнерадостных и умеющих жить людей я не встречала. Люди с инвалидностью невероятно сильны духом, зачастую живут более яркой жизнью, чем многие здоровые. Это достойно восхищения и заставляет не унывать в трудной ситуации» (Ю.Л.); «Я раньше думала, что люди с инвалидностью необщительные,

не целеустремленные и т.д. А оказалось, что они очень добрые, открытые, позитивные и точно знают, чего хотят от жизни» (Н.А.); «Мир людей с инвалидностью богаче, чем у здорового человека. Это мир, в котором нам есть чему поучиться» (А.С.). Можно, следовательно, говорить о «равных среди равных» в том плане, что совместное обучение эффективно для самих студентов с инвалидностью и не становится сдерживающим фактором для их здоровых сверстников.

**Выводы.** Результаты исследования показали, что студенты с инвалидностью не отличаются от здоровых, обучающихся в неинклюзивной среде, но по некоторым характеристикам уступают здоровым, обучающимся совместно с ними. Ресурсный характер инклюзивного образования подтверждается высказываниями самих студентов, включенных в совместное обучение. Противоречивые результаты между эмпирическими данными и теми мыслями и чувствами, которые транслировали сами студенты, включенные в совместное обучение, создают перспективу дальнейших исследований в области инклюзивного образования.

#### Литература

1. Власова О.Г. Психический ресурс субъекта деятельности: системный подход // Известия ТРТУ. – 2006. – № 1(56). – С. 170-177.
2. Куляцкая М.Г. Особенности виктимного и жизнестойкого копинг-стилей преодоления личности в экстремальных ситуациях // Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы, здоровье, развитие. Материалы IV м/н научной конференции. – 2016. – С. 329-331.
3. Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. – 680 с.
4. Радчикова Н.П., Одинцова М.А., Козырева Н.В. Методика самоактивации личности: адаптация на белорусской выборке // Вестник Полоцкого государственного университета. Серия Е. – 2017. – № 15. – С. 77-82.

**Парфенов Е.А., Плужников И.В.**

**К проблеме психологических механизмов нарушений восприятия при расстройствах шизофренического спектра (на модели тактильного гнозиса)**

МГУ им. М.В. Ломоносова, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

[parfenov.ea.2403@gmail.com](mailto:parfenov.ea.2403@gmail.com); [pluzhnikov.iv@gmail.com](mailto:pluzhnikov.iv@gmail.com)

**Ключевые слова:** дерматозойный бред, тактильное восприятие, нейропсихология, психодерматология

**Parfenov E.A., Pluzhnikov I.V.**

**To the problem of psychological mechanisms of perceptual disturbances in the schizophrenia spectrum disorder (on the tactile gnosis model)**

Lomonosov MSU, FSBSI MHRC Moscow, Russia

**Keywords:** delusional infestation, tactile perception, neuropsychology, psychodermatology

Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова [1,2], входят в поле внимания такой науки как психодерматология. Клинико-феноменологическим ядром таких расстройств, требующих мультидисциплинарного подхода к изучению лежащих в его основе опосредованных связей между клинической феноменологией и биологическим компонентом, является дерматозойный бред (ДБ). ДБ – патологическая убежденность в инвазии кожного покрова живыми организмами, как правило, паразитами, сопровождающаяся кознезестезиями. Адекватным методом для выявления мозговых механизмов клинико-психопатологических феноменов ДБ является экспериментально-нейропсихологическое исследование.

Проведенные нейропсихологические обследования тактильной сферы 15 больных (12 женщин и 3 мужчин, средний возраст 65 лет) с диагнозом ДБ обнаружили 2 нейропсихологических симптомокомплекса [3,4].

Во-первых, это симптомокомплекс, связанный с дисфункцией теменных отделов правой гемисферы, включающий в себя нарушения simultанного восприятия стимулов, трудности в определении их локализации, снижение динамических показателей и наличие затруднений при восприятии текстуры.

Во-вторых, это симптомокомплекс, связанный с дисфункцией постцентральной области билатерально, включающий в себя нарушения кинестетического компонента тактильной сферы и тактильную алексину.

Особняком стоят нарушения в произвольной регуляции психической деятельности у данной группы больных, которые проявляются при общении с ними в рамках клинической беседы и об-

следования. В целом можно говорить о наличии у них гипопрофронтальности, что соотносится с результатами нейропсихологического обследования Н.К. Корсаковой [5].

Вышеуказанные данные о дисфункции таламо-париетального комплекса, преимущественно, корковых его отделов, и снижении работы лобных отделов, полностью соотносятся с существующими на сегодняшний день экспериментальными данными [6,7].

Подавляющее большинство больных с ДБ относится к шизофреническому спектру, что оправдывает обращение к школе Ю.Ф.Полякова. Каким же образом можно интерпретировать полученные данные? Согласно Ю.Ф.Полякову нарушения различных видов познавательной деятельности, детерминируемых социальными факторами, является результатом недостаточного опосредования этой познавательной деятельности больных факторами социального опыта [8]. Соответственно, представляется возможным выдвинуть следующую гипотезу о психологических механизмах нарушений тактильного восприятия у больных с ДБ. Дерматозойный бред – относительно редкий (распространенность у амбулаторных больных достигает 1,9% [2]) психопатологический синдром, встречающийся при заболеваниях спектра шизофрении. Больные ДБ – женщины, средний возраст которых 64 года [2]. Для этого возраста считаются нормальными процессы старения и увядания кожи, что, в совокупности с пропагандой со стороны СМИ о необходимости ухаживать за собой и своим телом, создают «напряженную динамическую систему» (К. Левин) с аномальной фиксацией внимания на кожных ощущениях.

Тактильное восприятие является одним из ведущих типов познавательной деятельности, начиная с момента рождения. Постепенно, по мере развития прочих психических функций, данный тип восприятия уходит на второй план, однако большинство паттернов поведения, включающих телесный компонент, обусловлено социокультурными факторами. В позднем возрасте под влиянием нарастания органической дифидитарности на фоне длительно текущего шизофренического процесса у таких больных происходит распад систем знаково-символического опосредования познавательной деятельности, и, как следствие, регресс на более архаичный уровень реагирования, что проявляется в патологических телесных ощущениях на поверхности кожного покрова.

В школе Ю.Ф. Полякова акцент всегда делался на онтогенетических аспектах клинико-психологических феноменов. Большинство исследований этой школы посвящено пациентам молодого – юношеского, подросткового, детского – возраста. Проведенное исследование иллюстрирует тезис, что при шизофрении, даже впервые манифестирующей в позднем возрасте, хорошо изученные механизмы нарушений обращения к социальному опыту, также имеют место. Но в случае ДБ скорее всего речь идет не о недоразвитии указанных механизмов, а о распаде под влиянием, в частности, нейродегенеративных процессов. Тот факт, что поздно манифестирующая шизофрения проявляется именно такими архаичными, доконцептуальными, «внесоциальными» симптомами, доказывает основное положение школы Ю.Ф. Полякова. Обкрадывание тактильной сферы с соответствующими гностическими нарушениями – клинико-нейропсихологическое проявление указанных механизмов. Перспектива дальнейших исследований – изучение резидентных психологических факторов течения болезни пациентов с ДБ, приводящих к тому, что заболевание так долго остается в латентной форме.

#### Литература

1. Смулевич, А. Б., Дороженко, И. Ю., Романов, Д. В., & Львов, А. Н. (2012). Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова). Психические расстройства в общей медицине, (1), 4-14.
2. Романов, Д. В. (2014). Психические расстройства в дерматологической практике (психопатология, эпидемиология, терапия). М., 2014. 353 с.
3. Парфенов, Е.А., Плужников, И.В., & Романов, Д.В. (2016). Нейропсихологический анализ состояния тактильной сферы при дерматозойном бреде и ограниченной ипохондрии (пилотное исследование). Психиатрия, (71), 66-66а.
4. Parfenov, E., Pluzhnikov, I., Lvov, A., & Romanov, D. (2017, July). Tactile perception disturbances in delusional infestation and hypochondriasis circumscripta (preliminary results of neuropsychological examination). In Acta Dermatovenereologica (Vol. 97, No. 7, pp. 887-887).
5. Фролова, В. И. (2006). Кознестезиопатическая паранойя (клинические и терапевтические аспекты дерматозойного бреда). Москва.
6. Eccles, J. A., Garfinkel, S. N., Harrison, N. A., Ward, J., Taylor, R. E., Bewley, A. P., & Critchley, H. D. (2015). Sensations of skin infestation linked to abnormal frontolimbic brain reactivity and differences in self-representation. *Neuropsychologia*, 77, 90-96.

7. Huber, M., Wolf, R. C., Lepping, P., Kirchler, E., Karner, M., Sambataro, F., ... & Freudenmann, R. W. (2017). Regional gray matter volume and structural network strength in somatic vs. non-somatic delusional disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*.
8. Крытская, В. П., Мелешко, Т. К., & Поляков, Ю. Ф. (1991). Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание (Vol. 256). МГУ.

**Переpravina Ю.О.**

**Анализ понятия «принятие решения» в структуре психологической судебно-экспертной оценки дееспособности**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия  
[yuliaperepravina@gmail.com](mailto:yuliaperepravina@gmail.com)

**Ключевые слова:** принятие решения, дееспособность, Мельбурнский опросник принятия решения, комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза

**Perepravina Y.O.**

**The Term “Decision-Making” in structure of psychological diagnostics of persons with mental disorders at assessment of capacity**

V.Serbtsky NMRCPN of the MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** decision making, capacity, Melbourne decision making questionnaire, complex forensic psychological and psychiatric examination

**Введение.** Процесс принятия решений является объектом междисциплинарных исследований и может анализироваться в разных контекстах. С позиций философии, согласно работам Г.В. Сориной (2004), проблема принятия решений рассматривается с точки зрения организации интеллектуальной деятельности, лежащей в ее основе. Таким образом, процесс принятия решений есть форма интеллектуальной деятельности человека, способствующая или закреплению сложившихся форм знания, или выработке новых форм знания. Он «представляет (вне зависимости от сфер, в рамках которых оно используется) определенную мыслительную деятельность, совершаемую субъектом (индивидуальным или коллективным) с целью уменьшения какой-либо неопределенности, неточности, неоднозначности и т.д. в сложившемся положении дел» (Сорина Г.В., 2009). В когнитивной психологии наиболее разработанной и эмпирически поддерживаемой стала психологическая теория принятия решений в условиях неопределенности – «проспективная теория» А. Тверски и Д. Канемана (Корнилова Т.В., 2003). Как психологический, так и философский подход понимают понятие принятия решения как акт выбора и одновременно его результат, отраженные в определенной контекстуально заданной системе координат. Т.В. Корнилова отмечает: «В зарубежных психологических исследованиях понятия принятия решений и выбора функционируют в облики двух основных терминов – Decision making и Choice. Причем в одной и той же книге название может включать один термин, а преимущественно используемым является другой (Hastí, Dawes, 2010)» (Корнилова Т.В., 2003). Одним из предметов экспертного исследования, с позиций общей психологии, выступает нарушение способности субъекта к осознанному принятию решения и его целенаправленному исполнению, реализации как психологического эквивалента юридического критерия оценки сделки и дееспособности (Сафуанов Ф.С., 2015). При экспериментально-психологическом исследовании в рамках комплексной психолого-психиатрической экспертизы (КСПЭ) по оценке дееспособности и дееспособности одним из эффективных методов является Мельбурнский опросник принятия решений (Переpravina Ю.О., 2016, 2017). Целью настоящего исследования выступает сравнение параметров принятия решений у лиц с психическими расстройствами, не способными к совершению сделки, и психически здоровыми лицами.

**Материал и методы.** Основную группу составили 20 подэкспертных, проходившие КСПЭ в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. Критерием включения в группу являлось решение экспертизы о том, что подэкспертный «не мог понимать значение своих действий и руководить ими при совершении сделки» (в соответствии со ст. 177 ГК РФ). Подэкспертные преимущественно относились к таким нозологическим группам, как синдром зависимости, органические психические расстройства (органическое расстройство личности, деменция, эмоционально лабильное расстройство личности), расстройства шизофренического спектра, умственная отсталость. Контрольную группу составили 20 психически здоровых испытуемых. При отборе учитыва-

лось отсутствие у участников исследования психиатрических диагнозов, истории обращения за психиатрической и психологической помощью. В рамках экспериментально-психологического исследования в качестве методов использовались комплект базовых психологических методик, Мельбурнский опросник принятия решений (русскоязычная адаптация Корниловой Т.В.), а также испытуемым предъявлялось задание дать определение понятию «принятие решений». Группы сравнивались по параметрам принятия решения: I – бдительность (вигильность) как свойство, способствующее продуктивному принятию решения, рассматривающееся в виде уточнения целей и задач решения, рассмотрения альтернатив, с поиском информации; II – сверхбдительность как импульсивное принятие решения, обещающее избавление от ситуации; III – прокрастинация как откладывание принятия решения; IV – избегание принятия решений, перекладывание ответственности (Корнилова Т.В., 2013).

**Результаты.** Выявляются значимые различия между группами подэкспертных, которые «не могли понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки», страдающих психическим заболеванием, и группой сравнения (связь между группами статистически значима при уровне значимости  $p < 0.01$ ). Обнаруживается, что для несекспертных подэкспертных, страдающих психическим заболеванием, наиболее характерно проявление стратегии избегания (II) как параметра принятия решений, в то время как для нормативной группы лидирующим является ориентация на продуктивный копинг «бдительность» (I), способствующий конструктивному принятию решения, а также связанного с рациональностью, рефлексивностью, интолерантностью к неопределенности, самоэффективностью, пониманием своих эмоций, что показано в работах автора адаптации методики.

**Выводы.** Для лиц с психическими расстройствами, которые по результатам КСПЭ были признаны не способными к совершению сделки, характерна тенденция избегания принятия решений и перекладывания ответственности на других лиц. Также отмечается, что в отличие нормативной группы, которая дает четкое определение понятию «принятие решений», характеризует его «выбором», «возможностью изменить», подэкспертные, которые «не могли понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки», затрудняются дать определение данному понятию, характеризуют его малосодержательно, семантически (в смысле словом понимании) не насыщено, не могут в большинстве случаев привести конкретные примеры.

**Петрова А. И.**

**Динамика личностного смысла профессии у клинических психологов в процессе обучения в ВУЗе**

ФГБОУ ВО ДВГМУ МЗ РФ г. Хабаровск, Россия

**Ключевые слова:** личностный смысл, смысловое содержание, профессиональное становление

**Petrova. A. I.**

**Dynamics of the personal sense of the profession in clinical psychologists in the process of learning in the university**

FESMU, Khabarovsk, Russia

**Keywords:** personal sense, semantic content, professional formation

Для многих наук, изучающих профессиональную деятельность, является очевидным, что ее успешность во многом обусловлена отношением к ней со стороны субъекта. Пристрастное, избирательное отношение личности к разнообразным объектам и явлениям действительности, включая практикуемые ею виды деятельности, принято обозначать общепсихологическим термином «личностный смысл». Острой проблемой психологических исследований личностного смысла профессии является их отраслевая раздробленность, в то время как он существенно обуславливает производительность труда, дисциплинированность, организационную лояльность, профессиональное здоровье, и прочие аспекты развития и функционирования личности как субъекта профессии на всех этапах ее становления. Этими причинами и обусловлена актуальность заявленной темы исследования. В связи с этим, исследование направлено на изучение динамики личностного смысла профессии студентов специальности «Клиническая психология» на всех этапах обучения и выявление причин, негативно влияющих на их профессиональное самоопределение на разных этапах становления профессиональной деятельности.



**Цель:** проследить динамику личного смысла профессии у клинических психологов в период обучения в ВУЗе от момента поступления до его завершения. **Объект:** личностный смысл профессиональной деятельности студентов-клинических психологов. **Предмет:** динамика личного смысла профессии на разных этапах профессионального становления в процессе обучения в вузе. **Гипотеза исследования:** предполагается, что у клинических психологов в период обучения в вузе смысловое отношение к профессии меняется, а именно: на начальном этапе обучения преобладает отчуждение профессии, а на конечном этапе доминирует увлеченность профессией. При этом динамика личного смысла профессии имеет положительную направленность. Под личностным смыслом профессиональной деятельности в данной работе понимается объективное отношение определенного вида деятельности к процессу практической реализации человеком смысла своей жизни, место и роль этой деятельности в структуре целой жизнедеятельности, ее инструментальное значение для построения индивидуального жизненного пути. Профессиональная трудовая деятельность может приобрести в структуре целостной жизнедеятельности следующий личностный смысл:

1. Позитивный личностный смысл профессиональной деятельности (+). Этот вид смысла профессиональной деятельности сопоставим с таким типом значимого отношения, как «увлечение профессией».

2. Негативный личностный смысл профессиональной деятельности (-). Эта разновидность жизненного смысла профессиональной деятельности сопрягается с «разочарованием в профессии».

3. Отсутствие личного смысла профессиональной деятельности (0). В данной ситуации можно говорить об отчуждении человека от профессии в экзистенциальном смысле.

**Материал и методы.** Для реализации цели и проверки гипотезы нами было проведено исследование, участниками которого стали 69 студентов специальности «клиническая психология» Дальневосточного государственного медицинского университета с первого по шестой курс. С целью определения смыслового отношения к профессии был использован опросник Т. В. Гижук, К. В. Карпинского «Метафоры профессиональной деятельности». С целью определения смыслового содержания профессии был использован метод письменного опроса. Испытуемым было предложено продолжить фразу «для меня клинический психолог это -...». Обработка экспериментального материала осуществлялась с помощью метода контент-анализа текстов испытуемых, разработанного Б.А. Еремеевым.

**Результаты.** Изучив смысловое отношение студентов-психологов к будущей профессии, мы констатировали, что доминирующим критерием на первом курсе является «отчуждение профессии». Схожую динамику мы наблюдаем как на третьем, так и на пятом курсе. Ко второму курсу процесс адаптации к вузу завершается, приходит понимание цели процесса обучения. Это позволяет сформировать осмысленное отношение к профессии. Здесь мы наблюдаем высокую степень принятия профессии («она своя»), то же наблюдается и на шестом курсе профессионального обучения, однако позитивное смысловое отношение к профессии на выпускном курсе будет иметь качественно иной характер. Далее, с третьего по пятый курс, динамика смыслового отношения имеет тенденцию к снижению осмысленности профессии, достигая минимума на пятом курсе (80% отчуждения). На пятом курсе происходит переоценка возможности реализации своего потенциала, причем студенты зачастую перестают видеть возможность самореализации через обучение в вузе. На выпускном курсе преобладание шкалы «увлечение профессией» (54,5%) говорит об успешном разрешении конфликтного личного смысла предыдущего периода с пиком на кризисном пятом курсе.

Результаты исследования смыслового содержания профессии «клинический психолог» методом письменного опроса свидетельствует о том, что у студентов первого курса сложилось лишь небольшое понимание клинической психологии как клиентоориентированной профессии. Для второго курса это, прежде всего, работа в системе «человек-человек» и принятие данной системы как «своей», нацеленность на понимание человека, значимость эмпатии не просто как инструмента работы, а как личностное качество психолога. К третьему курсу формируется представление о клиническом психологе как о значимом («большом») человеке ввиду его значимой («большой») деятельности – помощи людям. Однако среди третьекурсников мы обнаруживаем сомнение: моя ли это профессия, которое к четвертому курсу углубляется. Для студентов четвертого курса оче-

видно понимание клинического психолога как специалиста, получившего знания по психологии. Кроме того, они четко определяют наличие своих проблем («проблема в себе»), что характерно для предкритического периода обучения. Данные, полученные на пятом курсе, позволяют говорить о формальном восприятии профессии «клинический психолог», а как таковое личностное содержание в нем отсутствует. Также можно сделать вывод, что категория «специалист» есть в понимании пятикурсников, но связать его с другими смысловыми категориями профессии они не могут. Качественно иное смысловое содержание обнаруживают студенты шестого курса: профессия принимает глубинное значение, центральным понятием которого является человек как целый мир, который способен рассмотреть клинический психолог.

**Выводы.** На основании проведенного исследования можно сделать вывод о том, что личностный смысл профессиональной деятельности на протяжении обучения в вузе носит динамичный характер. На первом курсе профессионального обучения доминирует отчуждение профессией, а на шестом преобладает увлечение профессией. Смысловое отношение к профессии «клинический психолог» с первого по шестой курс содержит положительно направленные критерии. Кроме того, мы раскрыли содержание динамики личностного смысла профессии «клинический психолог» на каждом этапе профессионального обучения.

**Пискарева Т.К., Ениколопов С.Н.**

**Нарушения гендерной идентичности при эндогенной психической патологии**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[stm8649806@yandex.ru](mailto:stm8649806@yandex.ru), [enikolopov@mail.ru](mailto:enikolopov@mail.ru)

**Ключевые слова:** гендерная идентичность, нарушения гендерной идентичности, эндогенные психические расстройства

**Piskareva T.K., Enikolopov S.N.**

**Gender identity disorders in patients with endogenous psychological pathology**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** gender identity, gender identity disorders, endogenous psychological disorders

**Введение.** Идентичность как динамическое свойство личности обладает рядом свойств: дифференцированностью – диффузностью, фрагментарностью – целостностью, статичностью – динамичностью. Патологии идентичности возникают в случае нарушения баланса модальностей динамичности-статичности, либо низкой степени дифференцированности, т.е. диффузности и низкой степени целостности, т.е. фрагментарности [Г.И. Малейчук, 2001]. Половая идентичность является одной из базовых структур самосознания [С.Н. Ениколопов, Н.В. Дворянчук, 2001]. Для нее характерны все свойства личностной идентичности. Нарушения гендерной идентичности могут принимать различный вид: ригидность идентичности, разорванность идентичности, смешение идентичности, чрезмерная подвижность идентичности. Говоря о гендерной идентичности, следует отдельно обсудить понятие пола. А. И. Белкин [2000] выделяет следующие виды пола: генетический, гонадный, гормональный, гаметный, соматический, гражданский, психический, психосексуальный и социальный. При несовпадении одного или нескольких из видов пола с остальными возникают различные нарушения половой и гендерной идентичности. Данные расстройства также могут возникать в связи с другими причинами: психическими расстройствами и несформированностью личностной идентичности в целом. Как отмечают С.Н. Матвеев и Г.Е. Введенский [2006], необходимо четко разграничивать различные патогенетические варианты изучаемых форм коморбидности нарушений половой идентичности с различными психическими заболеваниями. Авторы показали, что среди пациентов, обратившихся по поводу смены пола, около 86% страдали различными психическими расстройствами, из них 23,5% - расстройствами шизофренического спектра [С.Н. Матвеев, 2009]. В этой связи возникает практическая задача исследования случаев нарушения половой идентичности у больных эндогенными психическими расстройствами.

**Материал и методы.** Были исследованы 15 девушек, проявлявших в своей внешности и поведении выраженные маскулинные черты, а также заявлявших о желании сменить пол, и проходивших лечение в ФГБНУ НЦПЗ с диагнозами: шизофрения, депрессия, биполярное аффективное расстройство, расстройство личности. Исследование включало больных в возрасте от 15 до 26 лет. Гендерная идентичность включает, прежде всего, отнесение человеком себя к какой-либо группе

(мужчины, женщины, трансгендеры и т.д.). Исследованные пациентки, как правило, затруднились обозначить свою половую роль, имели диффузную, смешанную идентичность («я что-то среднее», «недоделанный мужчина», «ни то, ни се»). Это подтверждалось данными полупроективной методики Фигура-Поза-Одежда [Д. К. Саламова, С. Н. Ениколопов, Н. В. Дворяничков, 2001], в которой больные при сравнении себя со схематическими изображениями людей одинаково часто отмечали свое сходство, как с мужчинами, так и с женщинами и с изображениями без признаков пола. При этом в качестве желаемого образа больные значимо чаще выбирали мужские изображения, опираясь в большей степени на фигуру, чем на позу и одежду. Таким образом, желание больных иметь иной гендерный статус тесно связано с желанием изменить свой образ тела. Согласно шкале самооценки собственного тела [О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха, 2006] больные наименее удовлетворены своими вторичными половыми признаками (грудь, живот, ягодицы, таз, бедра, рост). При этом они отметили высокое субъективное значение этих частей тела. Сегменты тела, не связанные напрямую с полом, оценивались больными как более удовлетворительные, но менее значимые, что говорит о сверхценном характере дисморфофобии. Таким образом, можно предположить, что для данных пациенток желание сменить пол является попыткой решения иных психологических проблем.

**Выводы.** Нарушения гендерной идентичности при эндогенных заболеваниях носят преимущественно диффузный характер. Желание сменить пол у больных связано со сверхценной дисморфофобией и является попыткой коренным образом изменить свою личность на некий идеальный образ, созданный в результате диссоциации Я-реального и Я-идеального.

#### Литература

1. Белкин А. И. Третий пол. М.: Олимп, 2000, 432 с.
2. Ениколопов С.Н., Дворяничков Н.В. Концепции и перспективы исследования пола в клинической психологии. Психологический журнал. №3, т. 22, 2001, с.100-115.
3. Малейчук Г.И. Идентичность ранней юности. Клинико-феноменологический подход: Монография.- Брест: БрГУ им. А.С. Пушкина, 2001.
4. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Психопатологическая коморбидность расстройств половой идентичности // Сборник материалов научно-практической конференции «Сексуальная культура современной России». – М., 2006, с.44-46
5. Матевосян С.Н. Психические расстройства с синдромом «отвергания» пола/ авт. д. дисс.М.,2009, 50 с.
6. Саламова Д.К., Ениколопов С.Н., Дворяничков Н.В. Проективная методика «Фигура-Поза-Одежда» // Журнал практического психолога. — 2000. — № 10–11. — с. 87-103.
7. Скугаревский, О.А., Сивуха, С.В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки // Психологический журнал.-№2 (10), 2006.-с. 40-48

**Пичугина М. Н., Горбачевская Н.Л.**

**Психофизиологический подход к оценке адаптации к процессу обучения у детей с расстройствами аутистического спектра**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия  
[zima04@mail.ru](mailto:zima04@mail.ru)

**Ключевые слова:** автономный класс, дезадаптивное поведение, адаптация

**Pichugina M.N., Gorbachevskaya N.L.**  
**Psychophysiological approach to the assessment of adaptation to learning in children with autism spectrum disorders**  
MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** autonomous class in school, non-adaptive behavior, adaptation

**Введение.** Проблема адаптации детей с расстройствами аутистического спектра в условиях общеобразовательной школы особенно актуальна в настоящее время в связи с широким внедрением такого вида инклюзивного образования. В данном исследовании приведен пример подхода к оценке адаптации детей к процессу обучения на основании комплексной оценки их психологических и физиологических характеристик.

**Материал и методы.** В настоящем исследовании представлен первый этап исследования процесса адаптации у детей с РАС на начальном этапе обучения. Психофизиологические особенности были изучены у 4-х детей, обучающихся по индивидуальным программам в автономном классе

общеобразовательной гимназии. Все дети имели диагноз «Общие расстройства психического развития, детский аутизм» (код F84.0 по МКБ-10) [1]. Обучение в малокомплектном классе велось опытным педагогом, ему помогал специалист с дефектологическим образованием. Уровень адаптивных навыков детей оценивался с помощью Шкалы адаптивного поведения Вайнленд-2 [2], невербальный интеллект определялся с помощью Батарей тестов Кауффманов [3], выраженность аутистических нарушений с помощью Социально-коммуникативного опросника SCQ [4]. Эти сведения использовались для разработки индивидуальных образовательных программ. Для определения особенностей функционирования ЦНС было проведено электроэнцефалографическое исследование с использованием сравнительного ЭЭГ-картирования. Для оценки уровня тревожности использовалась оценка проблемного поведения и измерялась частота сердечных сокращений (ЧСС) во время уроков в течение всего дня занятий.

**Результаты.** Исследование невербального интеллекта показало, что его уровень существенно снижен у двух детей и составлял 43 и 53 балла, у остальных двух детей показатели невербального интеллекта были выше (75 и 83 балла), но не достигали нижней границы возрастной нормы. У всех детей по данным Социально-коммуникативного опросника значения превышали необходимый балл (15) для направления ребенка на более детальное исследование (ADOS). В соответствии с полученными данными обучение детей велось по разным программам: двое детей обучались по программе 8.3, двое по программе 8.2. Исследование адаптивных навыков с помощью Шкалы адаптивного поведения Вайнленда позволило оценить четыре основные сферы жизнедеятельности: коммуникацию, повседневные житейские навыки, социализацию, моторные навыки. У всех исследованных детей общий суммарный балл был в границах от 45 до 60, что говорит о низком уровне адаптивных навыков у всех детей этого класса. Поскольку в случае оценки уровня адаптации как низкого возможна более тонкая оценка дефицита адаптации, оказалось, что у 3-х детей дефицит адаптации умеренный (40-54 балла), у одного ребенка дефицит адаптации был оценен как мягкий (56 баллов). Эти сведения были учтены для составления индивидуальных программ по развитию адаптивных навыков как в условиях обучения в классе, так и в домашних условиях. Исследование дезадаптивных поведенческих феноменов показало, что у всех детей встречались проявления дезадаптивного поведения, которые могут быть и у нормально развивающихся детей. При этом, в двух случаях были отмечены более значительные проявления дезадаптации, которые не встречаются при нормальном развитии («проявляет физическую агрессию по отношению к педагогам, демонстрирует расстройства сна, пищевые нарушения, имеет слабую концентрацию внимания, крайне зависим от гаджетов и мультфильмов и др.»). Исследование динамики дезадаптивного поведения может помочь в оценке успешности преодоления трудностей адаптации. Таким же динамическим показателем может быть и оценка частоты сердечных сокращений (ЧСС), записанных в разных условиях обучения, например, на уроках в автономном классе и в обычном классе, где обучаются нормативные дети. По данным J.Lauren [5], этот показатель можно использовать для определения уровня тревожности у детей с РАС. Проведенное у всех детей сравнительное ЭЭГ-картирование показало, что у всех детей имеются те, или иные отклонения от нормативных характеристик ЭЭГ. В двух случаях частота альфа-ритма была снижена, в двух других снижен индекс ритма и его амплитуда. В двух случаях имелись выраженные регуляторные в виде достоверного увеличения или уменьшения значений спектральной плотности определенных частотных диапазонов, в двух случаях имелись ЭЭГ-корреляты изменений по органическому типу. В двух случаях отмечались пароксизмальные реакции на функциональные нагрузки. Планируется динамическое ЭЭГ-обследование, которое поможет оценить изменения характеристик, отражающих психо-эмоциональное состояние ребенка.

**Заключение.** На первом этапе исследования было проведено достаточно полное объективное психофизиологическое исследование детей с РАС на начальных этапах обучения в условиях автономного класса общеобразовательной школы. Это позволило выбрать адекватную образовательную программу для каждого ребенка, основанную на объективно определенном уровне невербального интеллекта. Оценка адаптивных навыков позволила разработать программу по их улучшению как в процессе обучения в школе, так и в домашних условиях. Были выбраны показатели, которые будут использованы для дальнейшего динамического наблюдения.

## Литература

1. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство. Под редакцией Н. В. Симаховой. –М.: Авторская академия, 2013.–264с.: ил.
2. Сайфутдинова Л.Р. Изучение особенностей адаптивного поведения детей старшего дошкольного возраста с нарушениями развития с помощью шкалы Вайлленд . Психологическая наука и образование, 2007, № 5 с.48-55
3. Alan S. Kaufman, Nadeen L. Kaufman ABC –II Kaufman Assessment Battery for Children Second Edition/ /AGS Publishing
4. Паттер М., Бэйли Э., Лорд К. Русское издание подготовили: Александр Моховиков, Ольга Донец, Елизавета Давыдова, Александр Сорокин. SCQ Социально-коммуникативный опросник. Руководство./GUINIOS. Organizzazioni speciali, 2013.
5. Lauren J. Moskowitz, Emile Mulder, Caitlin E.Walsh, Darlene Magito McLaughlin, Jennifer R. Zarcone, Greg Hajcak Proudfit, and Edward G.Cant A Multimethod Assessment of Anxiety and Problem Behavior in Children With Autism Spectrum Disorders and Intellectual Disability;; American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities 118(6):419-34 · November 2013.

**Полякова И.В.**

**Последствия злоупотребления алкоголем: психоэмоциональное состояние**

СмоГУ, г. Смоленск, Россия

[alisapolyak2810@mail.ru](mailto:alisapolyak2810@mail.ru)

**Ключевые слова:** тактильное восприятие, точность восприятия, состояние спокойного бодрствования, эмоциональное возбуждение, устойчивость сознания.

**Polyakova I.V**

**Consequences of alcohol abuse: accuracy of tactical perception**

SmolGU, Smolensk, Russia

**Keywords:** tactile perception, accuracy of perception, state of calm wakefulness, emotional excitement, stability of consciousness.

**Введение.** Теоретический анализ научной литературы по проблеме точности тактильного восприятия как показателя устойчивости сознания позволяет говорить о существовании неразрешенных проблем. Среди них, во-первых, структурно-функциональная организация перцепции и ее влияние на психическое здоровье и особенности развития личности на разных этапах онтогенеза в реализации когнитивных и поведенческих задач. Во-вторых, нарушения и изменения перцептогенеза при неврологических, психических и психосоматических заболеваниях [1]. Наконец, восприятие как и любая другая высшая психическая функция представляет собой некий интегрированный показатель функционирования психики и сознания в целом [2], [5]. Поэтому применение в сфере клинико-психологической диагностики методик, исследующих, в том числе тактильное восприятие, обладает рядом значимых преимуществ. Оно позволяет расширить представления о функционировании психики в норме и патологии, «увидеть межфункциональные связи восприятия ... с другими психическими процессами, ... проанализировать причины, детерминирующие характер этого взаимодействия» [3, с.102].

Исследование высших кожно-кинестетических функций, вслед за А.Р. Лурия [4], традиционно предполагает две самостоятельные части: диагностику осязательной чувствительности и мышечно-суставного чувства. Снижение или изменение чувствительности как правило является показателем поражения соответствующих отделов мозга. Высшие психические функции человека – это «... сложные рефлекторные процессы, социальные по своему происхождению, опосредствованные по своему строению и сознательные, произвольные по способу своего функционирования» [там же, с. 296]. А.Р. Лурия отмечал, что «... дефекты в синтезе осязательного образа» [там же, с.300] имеют различный генезис, мало изучены значение и значимы для понимания картины болезни. Цель исследования заключалась в выявлении специфических особенностей точности тактильного восприятия лиц с алкогольной зависимостью.

**Материал и методы.** Исследование перцептивных особенностей пациентов с алкогольной зависимостью проводилось в декабре 2017 года. В исследовании приняли участие 35 человек, составивших две группы: экспериментальную и контрольную. В контрольной группе было 16 испытуемых, не злоупотребляющих алкоголем (3 юношей и 13 девушек 21-23-летнего возраста), студенты четвертого курса психолого-педагогического факультета Смоленского государственного универси-

тета. Экспериментальную группу составили 19 пациентов, среди них 5 женщин и 14 мужчин в возрасте от 28 до 63 лет, находящихся на стационарном лечении в ОГБУЗ Смоленский областной наркологический диспансер (далее диспансер). Пациенты были обследованы в стационаре в период относительной стабилизации состояния (ближе к выписке). На момент обследования они получали назначенную врачами диспансера терапию. Диагностика проводилась в индивидуальном режиме с использованием специально разработанного измерительного прибора, фиксирующего точность воспроизведения заданного экспериментатором образца. Он представляет собой корпус с габаритными размерами 35x5x5 см. На лицевой панели имеется рычаг, измеряющий тактильные усилия испытуемых, создаваемые давлением больших пальцев кистей рук. Для индикации измеряемой силы к корпусу прибора подключается стрелочный вольтметр. Датчик силы выполнен на мосте из тензорезисторов. Усилия преобразуются в электрическое напряжение, которое измеряется стрелочным вольтметром.

Испытуемых просили, глядя на вольтметр, нажимать на рычаг для достижения заданной экспериментатором отметки на дисплее. Они запоминали собственные ощущения, а затем воспроизводили образец, не ориентируясь на показания вольтметра. Ошибки нажатия (разница между нажатиями) фиксировались прибором [6].

Участникам контрольной группы предлагались две серии аналогичных измерений, которые осуществлялись в разных психоэмоциональных состояниях: спокойного бодрствования и психоэмоционального возбуждения (после кратковременных интенсивных физических нагрузок); в результате чего были установлены особенности ошибок правой и левой рук в различных психоэмоциональных состояниях [7]. Полученные эмпирические данные студентов и пациентов были компаративно соотнесены.

**Результаты.** В исследовании были получены результаты, свидетельствующие о том, что соотношение ошибок точности воспроизведения заданного образца пациентами с алкогольной зависимостью и студентов, не злоупотребляющих алкоголем, отличаются. Коэффициент соотношения средних значений ошибок правой и левой руки (получен путем деления средней ошибки правой руки на среднюю ошибку левой руки) у студентов в состоянии спокойного бодрствования составил 0,6 (то есть, ошибка левой руки превышает ошибку правой руки; чем меньше коэффициент, тем выше точность восприятия и, соответственно, уровень саморегуляции); у пациентов диспансера в состоянии спокойного бодрствования 0,7; у студентов в состоянии психоэмоционального возбуждения - 0,8 [6].

Общезвестно, что психоэмоциональная сфера в юношеском возрасте, особенно у девушек, характеризуется более высокой напряженностью (максимальная интенсивность эмоций у женщин традиционно наблюдается в 15-20-летнем возрасте), чем в зрелом возрасте. Это связывают, в том числе с особенностями физического и полового созревания, недостаточным социальным опытом, которые как бы «снижаются» к зрелому возрасту. Вместе с тем, у группы пациентов был выявлен коэффициент соотношения 0,7, означавший, что они допустили больше ошибок при воспроизведении заданного образца. Поскольку состояние возбуждения после интенсивной физической нагрузки у студентов вызывает повышение коэффициента до 0,8, (то есть он как бы стремится к 1), был сделан вывод о том, что пациенты в состоянии спокойного бодрствования продемонстрировали более низкий уровень саморефлексии и саморегуляции.

Результаты пациентов диспансера свидетельствовали о том, что их состояние следовало понимать как возбужденное, в то время как они определяли его как спокойное. Иными словами, их «нормативный» уровень функционирования по сравнению со студентами был эмоционально напряженным. Общеизвестно, что эмоциональные переживания искажают объективные требования общества и «поддерживают» дизонтогенез. Повышенный коэффициент означает, что рецидив алкоголизма не исключен.

**Выводы.** На основании проведенного исследования точности восприятия можно сделать следующие выводы:

- 1) «нормативный» уровень функционирования обследованных нами лиц с алкогольной зависимостью характеризуется повышенным фоном психоэмоционального напряжения, способствующим дальнейшей деформации и дисфункции личности [8];

- 2) экспресс-диагностика точности тактильного восприятия выявляет уровень психоэмоционального состояния.

#### Литература

1. Балашова Е.Ю. Восприятие времени и некоторые методические возможности его изучения в клинико-психологических исследованиях [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология 2017. Том 6. № 2. С. 97–108.
2. Бочавер К.А., Довжик Л.М. Совладающее поведение в профессиональном спорте: феноменология и диагностика [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 1–18. doi:10.17759/cspe.2016050101
3. Ковалева Е.Л. Копинг-стратегии людей с инвалидностью с разными уровнями ролевой виктимности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология 2017. Том 6. № 1. С. 93–102.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во МГУ, 1962. 433 с.
5. Нартова-Бочавер С.К., Силина О.В. Динамика развития психологических границ на протяжении детства // Актуальные проблемы психологического знания. 2014. Т. 32. № 3. С. 13–28.
6. Полякова И.В. Психологические аспекты физической активности: точность восприятия // Совершенствование системы физического воспитания, спортивной тренировки, туризма и оздоровления различных категорий населения: Материалы XV Юбилейной Всероссийской с международным участием научной конференции / Под ред. С.И. Логинова, Н.В. Пешковой. Сургут: Дефис, 2016. С.251–253.
7. Полякова И.В. Эффективность обучения: особенности взаимосвязи точности восприятия и нервно-психической устойчивости // Психология обучения. 2017. № 8. С. 32–39.
8. Шаповал И.А. Деформации личности как эффект взаимодействия субъективных и социальных миров [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. № 4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n4/Shapoval.shtml> (дата обращения: 06.12.2016).

**Попова Н. В.**

#### Методы исследования суицидального поведения подростков

ГБУЗ НПЦ ПЗ ДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия  
[vega-n@mail.ru](mailto:vega-n@mail.ru)

**Ключевые слова:** подростковый суицид, биографический метод, исследование продуктов творчества

**Popova N.V.**

**Methods of research of suicidal behavior of adolescents**  
SBHI SPCMHC n. a. G. Sukhareva MOH Russia Moscow, Russia

**Keywords:** Adolescent suicide, biographic method, research of creativity products

**Введение.** Проблема подростковых суицидов в последние годы широко обсуждается как специалистами (психологами, психiatрами, педагогами), так и журналистами, родителями и просто «неравнодушными гражданами». Отделение амбулаторной судебной психолого-психиатрической экспертизы (отделение АСПЭ) ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ с 2011 года проводит психолого-психиатрические экспертизы подростков, совершивших суицид (посмертные экспертизы и экспертизы выживших подростков). За это время накоплен исследовательский опыт, апробированы различные методы исследования. Особый интерес представляют биографический метод и метод исследования продуктов творчества, в том числе исследование интернет-активности подростков-суицидентов [2,3]. Биографический метод, широко применяющийся в гуманитарных науках, представляет собой «собрание и анализ данных о жизненном пути человека как личности и субъекта деятельности» [1]. По мнению В. Франкла, «Личность раскрывается в своей биографии. Она открывает себя... свою уникальную сущность только биографическому объяснению, не поддаваясь прямому анализу. В конечном счете, биография - это не что иное, как объяснение личности во времени» [4]. Данный метод применительно к исследованию личности подростков-суицидентов обладает следующими достоинствами: 1) комплексность, т.е. возможность целостно охватить семейную историю, детско-родительские отношения, проанализировать различные аспекты жизненного пути подростка и его взаимоотношения с окружающими; 2) индивидуальный подход, т.е. возможность описания истории уникальной личности во всей ее непохожести и своеобразии, сочетании присущих только ей качеств, способностей и жизненных обстоятельств; 3) возможность типологических обобщений – при анализе большого массива данных появляется возможность

выявить общие, «типические» ситуации и личностные особенности, характерные для данной группы подростков и, зачастую, не очевидные при других способах исследования; 4) биографический метод дает возможность увидеть и описать личность во временном развитии, в динамике; он незаменим при недоступности обычных для клинических психологов методов исследования (клинической беседы, наблюдения и тестирования).

**Материал и методы.** Нами проведен анализ биографий 67 подростков-суицидентов (из которых 59 - погибшие, 8 - выжившие). Возраст - от 12-ти до 17-ти лет. 59,2% - девушки, 40,8% - юноши. Среди способов совершения суицида было наиболее распространено падение с высоты, несколько реже – самоповешение и еще реже - отравление. Для сбора биографических данных нами использовались характеризующие документы, показания родственников, друзей, педагогов и иных лиц из окружения подростка. В дополнение проводились исследования рисунков, дневников, стихов и рассказов, что дало материал для изучения не только личности, но и особенностей мышления. Интернет-переписка подростков позволила оценить особенности взаимоотношений со сверстниками, коммуникативные навыки, а также динамику развития эмоционального состояния, приведшего к трагедии.

**Результаты.** При анализе биографий далеко не всегда прослеживался четко очерченный открытый конфликт подростка с кем-либо или длительная психотравмирующая ситуация, вызванная неблагоприятными внешними условиями. Довольно часто конфликт протекал во внутреннем плане и не был замечен посторонними наблюдателями, хотя находил свое отражение в продуктах творчества подростка. Окружающие отмечали пониженный фон настроения, подавленность, замкнутость таких подростков, своеобразие или узкий круг их интересов, но не придавали этому особого значения, объясняя «переходным возрастом». Пример – слова одной мамы: «Моя дочь была в подавленном состоянии, но я не думала, что это серьезно, она последний год все время была в таком состоянии». Среди родителей бывало мнение, что причиной суицида непременно должна быть какая-то внешняя, неординарная причина – ссора, несчастная любовь, «группа смерти» и т.п. Менее половины рассмотренных биографий содержат указания на прямые суицидальные высказывания подростков. В большинстве случаев окружающими такого не отмечалось. Имеются характеристики школьных психологов (в том числе результаты тестирования), согласно которым данные подростки своим поведением не вызывали никаких подозрений и за психологической помощью никогда не обращались. В то же время, при анализе дневников и интернет-переписки подростков обращал на себя внимание общий минорный тон сообщений, чрезмерно негативная, «трагическая» оценка обычных бытовых ситуаций (из дневника девушки: «Моя жизнь - ад! мне купили не тот мобильный телефон, какой я хотела»), склонность фиксироваться на негативных переживаниях. В динамическом аспекте отмечалось нарастание чувства безысходности, суждение круга возможных решений проблем, нарастание чувства одиночества и ощущения, что их «никто не понимает», негативное или подозрительное отношение к окружающим. Типология семей подростков-суицидентов. Наряду с так называемой «неблагополучной семьей», не обязательно неполной или малообеспеченной, но во всех исследованных нами случаях семей с выраженными конфликтными отношениями и недостаточным вниманием к проблемам ребенка, было выявлено сравнительно новое явление - семья, где ребенку уделяется повышенное внимание. В таких семьях, присутствовал достаточно высокий материальный достаток, ребенку предоставлялись лучшие школы, многочисленные кружки, секции, янги и репетиторы. Родители всячески старались способствовать будущему карьерному росту и жизненному успеху ребенка (как они это понимали), но при этом совершенно не считались со способностями и устремлениями самого ребенка. Пример – родители девочки, учашейся престижной школы (характерен девиз этой школы «Успей стать успешным»), стремились, чтобы их дочь непременно стала экономистом, но девочка хорошо рисовала и мечтала стать дизайнером. Конфликт стал настолько острым, что привел к гибели девочки.

**Выводы.** Биографический метод и метод анализа продуктов творчества кажутся нам очень перспективными для исследования личности и поведения подростков-суицидентов. Данные методы показали интересные результаты не только при проведении посмертной психологопсихиатрической экспертизы, но и при исследовании личности выживших подростков, поскольку позволяли рассмотреть результаты экспериментально-психологического исследования в контексте жизненного пути подростка.



## Литература

1. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. М.: Наука, 1977.
2. Саркисова И.А., Грачева О.С., Горленко М.В., Попова Н.В. Анализ посмертных судебно-психиатрических экспертиз несовершеннолетних //Материалы научно-практической конференции памяти Г.Е.Сухаревой «Актуальные вопросы оказания психиатрической помощи детям и подросткам». М., 2014.
3. Саркисова И.А., Грачева О.С., Усачева Е.Л., Горленко М.В., Попова Н.В., Безменов П.В. Особенности проведения посмертных комплексных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетним. Методические рекомендации. М., 2016.
4. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.

**Посохова С.Т., Колпакова А.Е.**

### Исследование психологических особенностей семейной информационной среды

СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия  
svetpos@mail.ru, belova\_asya@mail.ru

**Ключевые слова:** информационная среда, семья, отношения, родители

**Posobova S.T., Kolpakova A.E.**

### The study of the psychological characteristics of the family information environment

St. Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** information environment, family, relationships, parents

**Введение.** В настоящее время в связи с масштабным развитием информационных технологий, в частности электронных, можно говорить о всеобъемлющем включении информационных технологий во все процессы жизнедеятельности человека на всех этапах его развития. Глобальный процесс информатизации общества меняет привычный облик семьи: родители повсеместно используют цифровые медиа-устройства, получая возможность выхода в интернет для работы, отдыха, общения и получения информации, тем самым воспитывая детей непосредственно и опосредованно в информационном контексте. Информационная среда представляет собой громадное количество разных вариантов, видов, форм и технологий воздействий на человека и как таковая охватывает почти все сферы его жизни, оказывая влияние на личность, на образ жизни, его быт и отношения с окружающими людьми, предметами и даже с самим собой. Важным представляется вопрос о влиянии информационной среды на семью, поскольку семья – главная среда развития человека. Изменяется ли семья и детско-родительские отношения в интернет-среде, каковы ее ценности, ее отношение к ребенку, как изменяются ее воспитательные функции и как под действием этих изменений происходит развитие ребенка? Необходимость изучения влияния информационной среды на детско-родительские отношения и функционирование семьи как системы очевидна в решении важнейших задач по профилактике и психогигиене нарушений в развитии и поведении детей и подростков. Для понимания воздействия информационной среды на развитие ребенка необходимо исследовать содержательные и структурные особенности семейной информационной среды. Ведь, как писал Л.С. Выготский, средовые условия создают «единственное и неповторимое отношение между ребенком и окружающей его действительностью, прежде всего социальной» [1, с. 258]. С этой целью нами была разработана анкета «Семейная информационная среда», предназначенная для родителей. При разработке мы исходили из понимания информационной среды как совокупности технических и программных средств хранения, обработки и передачи информации, а также социально-экономических и культурных условий реализации процессов информатизации (Толковый словарь по информационному обществу и новой экономике. 2007). В понимании среды при ее воздействии на человека мы основывались также на идеях А.Ф.Лазурского о личности в динамике ее приспособления (адаптации) к окружающей среде [2]. Интеграция этих идей позволила нам понимать семейную информационную среду как систему отношений семьи и информационно-технических ресурсов, трансформирующую внутрисемейные процессы, а также вектор взаимодействия семьи с окружающей реальностью. Методологической основой для создания анкеты послужили средовой подход А.Ф.Лазурского, психология отношений В.Н.Мясищев, теория базовых эмоций К.Изарда, теория информационного общества И.Масуды, концепция нового общества Г.Маклюэна [2, 3, 4, 5, 6].

**Материал и методы.** Разработанная анкета состоит из 22 вопросов, из которых 9 – открытые и 13 – закрытые. Она направлена на выявление предпочитаемых каналов получения информации из

разных информационных ресурсов, приоритетов и целей их выбора, уровня вовлеченности в информационную среду родителей и их детей, а также уровня принятия и доверия к определенным источникам информации. Кроме того, анкета раскрывает эмоциональное состояние респондентов во время использования ими интернета, а также переживаемые ими эмоции во время использования интернета их детьми. Созданная анкета была впервые апробирована в общеобразовательных школах г. Санкт-Петербурга в ходе родительских собраний и собраний педагогов. В опросе участвовало 72 респондента.

**Результаты.** По результатам пилотажного исследования интернет занимает в семье лидирующее место среди предпочитаемых источников получения информации: в 87,5% случаях родители отдадут предпочтение интернету, в 58% – телевидению и в 54% – книгам. Однако по уровню доверия к различным информационным ресурсам лидирует книга: 2,8 баллов из максимально возможных, к интернету – 2,6, к телевидению – 2,0, тогда как к радио – 1,85 балла, к прессе – 1,7 баллов, к телефону – 1,6, к кино – 1,3, к наземной рекламе – 1,0 балл. Важно отметить, что при выборе информационных источников наибольшее количество опрошиваемых ориентировались, прежде всего, на скорость получения информации и ее достоверность – 64%. Для 40% респондентов значимым является доступность информации. Примечательно, что для 11% респондентов выбор источника информации постепенно приобретает характер привычки, и выбор информационной среды становится неосознанным. Популярность и низкая цена информационного ресурса являются определяющими для 5,5% и 4% опрошенных соответственно, еще 5,5% респондентов выбирают источник получения информации, исходя из рекомендаций. Важными для понимания формирования информационной среды семьи являются погруженность взрослого в интернет, предпочитаемая им информация и вовлечение им ребенка. Как оказалось, по нашим данным 85% из опрошенных обращаются к интернету несколько раз в день, чаще всего в профессиональных целях, а также для получения информации о событиях и новостях в мире, для общения. Маленькая вовлеченность, в диапазоне один-два раза в неделю, свойственна 11% респондентов, и только 3% используют интернет реже одного раза в две-три недели. Наибольший интерес опрошенные нами родители проявляют к новостной информации, профессиональной, а также к развлекательной и касающейся искусства и культуры.

Всего лишь 3% родителей называют приоритетным при выборе инфоресурса возможность вовлечь в него ребенка, то есть у родителей нет осознанной установки приобщить ребенка к используемому ими источнику информации. Тем не менее, сами взрослые предлагают детям использовать интернет для выполнения школьных заданий по предметам, чтения электронных книг, просмотра развивающих программ и фильмов в 37,5% случаев – постоянно, в 48,6% – иногда и в 14% – редко или не предлагают вовсе. В то же время родители опосредованно наблюдают вовлеченность детей в интернет-пространство: в 70% случаев родители определяют самостоятельную погруженность ребенка как высокую, в 4% – как среднюю и в 5% – как низкую. Причем средний возраст, в котором дети становятся активными пользователями интернета, родители называют 7-8 лет. Уже детям трех лет родители готовы показывать мультики и развивающие фильмы, а с 8-9 лет – дают возможность самостоятельно использовать интернет-ресурсы. Влияние семейной информационной среды на ребенка и его развитие прослеживается в исследовании эмоционального отношения родителей к использованию интернета и пониманию ими риска негативного влияния на поведение детей. По результатам проведенного опроса 40% родителей переживают интерес-волнение во время использования интернета, 30% испытывают удивление, 29% – радость, 10% – отвращение, 8% – печаль, 7% – гнев, 5% – стыд, 4% – презрение и 4% – смущение. Эмоции, которые родители переживают во время использования интернета их детьми, сложно дифференцированы, респонденты определяли их с трудом: из 72 опрошенных лишь 39 дали ответ, 13 из них испытывают печаль, 8 – радость, гнев – 6, а удивление, отвращение, презрение и вину – по 3. Это свидетельствует о многообразии возникающих чувств и эмоций по отношению к использованию ресурсов интернета, о сложной структуре этих чувств и сложности в их дифференциации родителями. Наиболее деструктивной и разрушительной для подрастающего поколения родители назвали информацию, исходящую из групп в социальных сетях, из блогов, из видео, содержащих сцены агрессии, насилия и секса, а также информацию, побуждающую к суицидальному поведению, и пропаганду экстремизма. Внутри семьи родители передают информацию детям чаще всего с помощью телефонного звонка (64%), в форме

личного сообщения (57%) и смс-сообщения (20%). Остальные формы передачи информации, такие как социальные сети, мессенджеры, бумажные записки и передача информации через других взрослых, менее предпочитаемые.

**Выводы.** На основании полученных данных можно говорить о широком использовании интернета в семьях, о его доступности в свободной форме не только для взрослых ее членов, но и для детей с раннего школьного возраста. Благодаря семье уже с детского возраста человек приобщается к интернет-пространству, оно становится частью его культуры и бытия, а главное – существенной частью среды его развития. Таким образом, в процессе разработки и апробации анкеты семейной информационной среды были получены предварительные данные, определяющие последующие направления исследования проблемы семейной информационной среды. Одно из перспективных направлений связано с изучением особенностей детско-родительских отношений подростков в семьях с разной структурой информационно-коммуникационной среды. Открытыми остаются симметричные исследования в изучении родителей и детей в едином семейном информационном пространстве. В перспективных исследованиях необходимо учитывать, что семья может стать как психологическим ресурсом, проводником и поддерживающей силой в освоении ребенком современных информационных ресурсов, так и стать усугубляющим негативное поведение фактором.

#### **Литература**

1. Выготский Л.С. Проблема возраста// Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т.; Т.4. - М.: Педагогика, 1984.
2. А.Ф.Лазурский. Избранные труды по психологии. — М.: Издательство «Наука», 1997.
3. Мясцев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды (под ред. Бодалева А. А) - М.: Модэк МПСИ, 2004.
4. Изард К. Э. Психология эмоций/Перев. с англ. — СПб.: Издательство «Питер», 1999, — 464 с.: ил. (Серия «Мастера психологии»)
5. Маршалл Маклюэн. Понимание медиа: внешние расширения человека = Understanding Media: The Extensions of Man. — М.: Кучково поле, 2007. — 464 с.
6. Masuda Y. The Informational Society as Post-Industrial Society. World Future Society. - 1981.

**Прохорова В.С.**

**Развитие навыков преодоления негативных ситуаций у подростков с ограниченными возможностями здоровья**

ОЧУ «Образовательный центр имени С.Н. Олехника», Москва, Россия  
[vl-45.5\\_9@mail.ru](mailto:vl-45.5_9@mail.ru)

**Ключевые слова:** подростки с ОВЗ, навыки преодоления негативных ситуаций, занятие с элементами тренинга

**Prokhorova V.S.**

**Development of skills of overcoming negative situations in adolescents with disabilities**

OCHU «Educational center named after S.N. Olekhnik», Moscow, Russia

**Keywords:** adolescents with disabilities, skills to cope with negative situations, the lesson with the elements of training

В настоящее время широко распространена практика реализации инклюзивного и коррекционного образования, однако в то же время сохраняется ряд проблем, снижающих продуктивность социальной жизни подростков с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ). Одной из наиболее важных проблем, по нашему мнению, является проблемы адаптации подростков в социальной среде, а именно трудности при преодолении негативных жизненных ситуаций. Подросткам трудно выявить и применить конструктивные стратегии преодоления, а наличие ограничений в здоровье и негативное отношение со стороны окружающих ставит их в затруднительное положение при обращении за помощью к окружающим, и как следствие снижает степень значимости социальной поддержки как ресурса преодоления негативных ситуаций.

К конструктивным стратегиям, по мнению С.С. Гончаровой относятся выбор социальной поддержки, анализ проблем, повышение самооценки, в то время как к деструктивным относятся поиск виновных и самообвинение [1, с. 58-60]. Исследованием факторов приспособления человека к изменениям в социальной среде занимался А.Г. Маклаков, который выделил понятие «личностный адаптационный потенциал». Он отмечал, что чем значительнее способности человека к адаптации, тем больше вероятности, что в трудной ситуации человек сохранит работоспособность и высокую

эффективность деятельности, что чем выше развиты у человека адаптационные способности, тем шире будет диапазон факторов внешней среды, к которым человек может приспособиться [3, с. 15-23].

Исходя из описанной выше проблемы, нами было проведено эмпирическое исследование, направленное на изучение стратегий преодоления негативных ситуаций, используемых подростками с ОВЗ, а также была разработана занятию с элементами тренинга, направленное на развитие навыков преодоления негативных ситуаций подростками с ОВЗ.

Исследование проводилось на базе коррекционных и общеобразовательных школ г. Ульяновска, в котором приняло участие 79 учащихся среднего звена в возрасте 11-17 лет. По итогам исследования нами были выделены стратегии преодоления негативных ситуаций, наиболее часто применяемые подростками. При анализе данных полученных по методике С.С. Гончаровой «Способы преодоления негативных ситуаций» мы выявили, что подростки с ОВЗ чаще прибегают к неконструктивным стратегиям преодоления, а именно к самообвинению и поиску виновных. Данные представлены в таблице 1

Таблица 1. Средние баллы по группам по методике «Способы преодоления негативных ситуаций»

Критерий сравнения	Подростки с ОВЗ	Подростки без ОВЗ
Поиск поддержки	6,1	6,03
Повышение самооценки	7	6,2
Самообвинение	7	5,8
Анализ проблемы	6,04	5,4
Поиск виновных	5,03	4,4

Исходя из полученных выводов, нами было разработано занятию с элементами тренинга, направленное на развитие ресурсов преодоления негативных ситуаций подростками.

#### **Занятие с элементами тренинга, направленное на развитие ресурсов преодоления негативных ситуаций подростками**

Цель данного занятия: способствовать развитию у подростков ресурсов преодоления трудных жизненных ситуаций.

Задачи:

- Проанализировать способы выхода из трудных жизненных ситуаций
- Актуализировать позицию участников, направленную на активное решение проблем конструктивными способами
- Развивать ресурсы преодоления трудных жизненных ситуаций у подростков

Категория участников: занятие рассчитано на подростковый возраст.

Состав групп: Оптимальная численность 5-20 человек. Группы комплектуются на добровольной основе.

Место проведения: учебная аудитория, сенсорная комната (для подростков с ОВЗ)

Техническая база: компьютер \ ноутбук, проектор, доска \ флипчарт, пишущие принадлежности, листы бумаги

Занятие рассчитано на 40 минут.

Содержание занятия

1. Знакомство.

- «Ладонь к ладони»
- «Нить» (дополнительное)

2. Цели группы

- «Пожелания друга»
- «Мои острова» (дополнительное)

3. Основная часть.

- «Мозговой штурм»
- «Моделирование ситуации»

Мини лекция «Конструктивные и неконструктивные способы разрешения трудных жизненных ситуаций»

- «Ахиллесова пята»
- «Ищем ответы»

- «Жизненный луч»
- «Убежище»
- «Волшебный стул»
- 4. Аутотренинг «Когда расцветает Лотос» [2, с. 148-152].
- 5. Рефлексия, сбор обратной связи

После проведения занятия нами было повторно проведено тестирование с использованием методик первичного среза с целью выявления эффективности занятия.

Нами были получены следующие **выводы**. В качестве ресурсов подростки используют стратегию анализа проблемы, что говорит о том, что подростки стремятся к пониманию происходящего, им важно выделить ключевые моменты, сформировать стратегию конструктивного преодоления негативной ситуации. Применение знаний, полученных при прошлом опыте, помогает подросткам не только повысить самооценку, но и установить здоровые межличностные отношения с окружающими, которые впоследствии можно будет использовать как социальную поддержку, выступающую в качестве ресурса преодоления негативных ситуаций.

#### Литература

1. Гончарова, С.С. Процедура создания опросника «Способы преодоления негативных ситуаций»: психометрическая оценка и стандартизация [Текст] / С.С. Гончарова // Психологический журнал. - 2005. - №3(7). - С. 56-68.
2. Грановская, Р.М. Элементы практической психологии [Текст] / Р.М. Грановская. - 2007. - С. 556.
3. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях [Текст] / А.Г.Маклаков // Психологический журнал. - 2007. - №1. - С. 15 - 23.

**Пуговкина О.Д.**

**Когнитивные нарушения как мишени психотерапии хронических депрессивных расстройств**

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,  
[olgapugovkina@yandex.ru](mailto:olgapugovkina@yandex.ru)

**Ключевые слова:** депрессия, хронификация, когнитивные факторы, глобализация, эгоцентризм

**Pugovkina O.D.**

**Cognitive impairments as targets of psychotherapy of chronic depressive disorders**

V. Serbsky NMRCPN of the MOH Russia, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** depression, chronicity, cognitive factors, globalization, egocentrism

Мишени психотерапии депрессивных расстройств затрагивают разные уровни факторов, связанных с риском возникновения и хронификации симптомов: семейным, интерперсональным, личностным, когнитивным. Начиная с 1990-х гг. можно отметить рост интереса ученых к изучению метакогнитивных способностей и процессов саморегуляции при аффективных расстройствах, которое происходит в рамках оформления так называемой третьей волны когнитивной психотерапии, акцентирующей важность изучения различных проявлений когнитивной ригидности, а именно: когнитивной реактивности, снижения осознанности психических процессов и опыта, руминативного мышления и др. [А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, 2015]. Это смещение фокуса изучения связано с необходимостью совершенствования методов помощи пациентам с более тяжелыми, хронифицированными и резистентными формам аффективных расстройств, рост числа которых наблюдается и в популяции и в медицинской практике, несмотря на успехи психофармакологии. Возникает ряд специальных терминов, описывающих метакогнитивные способности («mindfulness») или способность к «осознанному присутствию» и дистанцированному наблюдению опыта, «acceptance» — способность к безоценочному принятию происходящего и др.), которые восходят к принципам поддержания душевного равновесия в рамках восточной философии [А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, 2015].

Эвристичным средством интеграции данных о межличностных дефицитах, формально-динамических когнитивных дисфункциях, нарушениях социального познания при депрессии, по мнению ряда ученых [Дж. МакКаллоу, А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, 2015] является концепция эгоцентрического, преоператорного мышления, восходящая к идеям генетической психологии Ж. Пиаже.

Такие когнитивные нарушения, как когнитивная ригидность (трудность в познавательной подстройке к внешним изменениям ситуации), когнитивная реактивность (низкая осознанность когнитивных процессов), руминации (повторяющиеся бесплодные размышления негативного характера), склонность к глобализированным суждениям при переработке информации о текущих событиях и прошлом опыте, в наиболее дисфункциональных формах встречаются у больных хроническими депрессиями.

В описанный комплекс нарушений дополняется еще рядом черт эгоцентрического, преоператорного мышления: фотографический взгляд на реальность, невнимание к логической аргументации, эгоцентрическое восприятие социальных ситуаций, категоричность суждений. Фокализм как черта эгоцентрического мышления (сфокусированность на себе и убежденность в собственной исключительности) определяет особый стиль восприятия собственных эмоций (в том числе негативных симптомов расстройства) и проявляется в том, что пациенты склонны придавать своим эмоциям исключительное значение, переоценивать их. С этим нарушением тесно связана эмоциональная дисрегуляция в целом – недостаточный самоконтроль в условиях стресса, легкость актуализации состояния беспомощности и безнадежности [Дж. МакКаллоу, 2003; О.Д. Пуговкина, 2014].

Таким образом, многие проявления формально-динамических когнитивных дисфункций, нарушений социального познания и метакогнитивного функционирования при аффективных расстройствах могут быть концептуализированы в рамках комплекса черт преоператорного эгоцентрического мышления. Не отрицая значимости других этиологических факторов возникновения и хронификации аффективных расстройств, можно утверждать, что преодоление глобального эгоцентрического мышления является одной из важнейших задач психотерапии при хронических расстройствах аффективного спектра.

Эгоцентризм и отдельные его проявления выступают мишенями психологической помощи в разных психотерапевтических подходах, примерами которых могут служить диалектическая бихевиоральная терапия М. Лайнен (dialectical behavior therapy – DBT), терапия, основанная на ментализации (mentalization-based therapy – MBT) [А. Бейтман, П. Фонаги, 2014], интегративно ориентированная психотерапия депрессивных расстройств (Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy — CBASP) [Дж. МакКаллоу, 2003] и др. Общей мишенью работы в рамках этих подходов выступает развитие способности к ментализации – улучшение качества внутренней репрезентации текущих событий от уровня категоричного, фрагментарного восприятия («в чем проблема?») к уровню прагматического («что я делаю, что должен сделать в этой ситуации?») и системного восприятия сложных социальных ситуаций («кто что делает в данной ситуации?», «каков вклад каждого участника?»), «каковы будут последствия каких-то конкретных поступков?») [А. Бейтман, П. Фонаги, 2014].

Помимо перечисленных подходов, на преодоление черт глобализированной оценки текущего опыта и преоператорных черт направлены ряд метакогнитивных подходов: терапия, основанная на принятии и взятии обязательств (acceptance and commitment therapy — ACT), терапия, основанная на способности к майндфулнесс (mindfulness-based cognitive therapy — MBCT) и др. Средством преодоления глобального эгоцентрического мышления в рамках данных направлений выступает развитие способности к безоценочному восприятию собственного опыта и текущих событий, развитие навыков разделения объективной и внутренней реальности.

#### Литература

1. Бейтман А., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию. М., 2014.
2. Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии. М., 2003.
3. Пуговкина О.Д. Нарушения социального познания при депрессии: теоретические подходы, методы изучения и выделенные дефициты // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 80-97.
4. Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д. Основные этапы и направления изучения когнитивных дисфункций при депрессиях // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. N 6(35).

*Исследование выполнено за счет гранта Российского Научного Фонда (проект № 14-18-03461)*

Пуговкина О.Д., Романова Е.С.

Склонность к глобализированным суждениям в описании опыта отношений и эмоциональная дезадаптация у подростков

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ  
ФГБУ ВО МГППУ, ГБУЗ МО ПБ 24, Москва, Россия  
[olgarpugovkina@yandex.ru](mailto:olgarpugovkina@yandex.ru), [kbodyagina@mail.ru](mailto:kbodyagina@mail.ru)

**Ключевые слова:** ментализация, глобализация, эмоциональная дезадаптация, подростковый возраст

**Pugovkina O. D., Romanova E.S.**

**Teenager's predisposition to globalized thinking in description of relationship experience and emotional disadaptation**

V.Serb'sky NMRCPN of the MOH Russia, MSUPE, Psychiatric Hospital №24, Moscow, Russia

**Keywords:** mentalization, globalization, emotional disadaptation, adolescence

**Введение.** Одной из важнейших задач подросткового возраста является поиск своей идентичности и интеграция в социальной сфере [Э. Эриксон, 1996; А.Б. Холмогорова, 2016]. От уровня самопонимания, качества и удовлетворенности сферой межличностных отношений во многом зависит эмоциональное благополучие подростков. Основой процессов самопонимания, саморегуляции и понимания опыта отношений является способность к ментализации, или способность строить внутренние репрезентации психического состояния себя и других [А. Бейтман, П. Фонаги, 2004; А.Б. Холмогорова, 2016]. В большом числе эмпирических исследований установлена связь уровня ментализации и качества адаптации [А. Бейтман, П. Фонаги, 2004; А.В. Хачатурова, Е.А. Сергиенко, 2009], а нарушения ментализации зафиксированы при целом ряде психических расстройств [А. Бейтман, П. Фонаги, 2004; О.Д. Пуговкина, 2014; Е.Т. Соколова, К.О. Андреев, 2016; Е.Е. Румянцева, Т.Н. Самарина, 2014]. Разработаны и прошли проверку на эффективность психотерапевтические системы, основанные на развитии способности к ментализации [А. Бейтман, П. Фонаги, 2004].

Процессы ментализации являются фокусом многочисленных исследований на протяжении уже ряда лет. Тем не менее, остаются нерешенными методические проблемы оценки данной способности. Основной метод оценки ментализации – интервью привязанности – представляется громоздким для количественно ориентированных исследований, в то время как опросниковые методики считаются недостаточно валидными, особенно при использовании их в клинических группах [С. Таубнер, Х. Кесслер, А. Бучейм, 2011]. В отечественной психологической школе были разработаны оригинальные приемы оценки способностей к пониманию ситуаций межличностного взаимодействия (ментализации), и шире – переработки социальной информации [Н.П. Щербакова, Д.Н. Хломов, Е.И. Елигулашвили, 1982].

Настоящее исследование направлено на изучение связи способности к ментализации и эмоционального благополучия у подростков. Дополнительной целью исследования была разработка методического приема и параметров оценки ментализации на материале сочинения «История моей дружбы».

**Материалы и методы исследования.** Методический комплекс включал шкалы оценки выраженности симптомов эмоциональной дезадаптации: шкалу депрессии М. Ковак [адаптация С.В. Воликовой, О.Г. Калина, А.Б. Холмогоровой, 2011] и шкалу тревожности А.М. Прихожан [1983]. Для изучения развернутого процесса и особенностей ментализации подросткам давалось задание написать сочинение любого объема и содержания на тему «История моей дружбы». В работе проанализированы материалы обследования 92-х подростков (56 девушек и 36 юношей), учащихся школ ЭУК "Школа развития" ГОУ СОШ г. Москвы и общеобразовательных ГОУ СОШ г. Москвы в возрасте 14-18 лет.

**Результаты.** В опоре на первичный анализ полученных экспериментальных материалов, а также на имеющиеся разработки оценки ментализации, черт преоператорного эгоцентрического мышления в социальном познании, оценки нарративов, концепции глобализации [А. Бейтман, П. Фонаги, 2004; О.Д. Пуговкина, 2014] был сформулирован ряд критериев для качественной экспертной оценки сочинений, из которых наиболее эвристичными выступили: наличие в тексте описания

другого человека; склонность к глобализации, или описание повторяющихся или длительно продолжающихся событий.

Относительно первого критерия было обнаружено, что чем меньше подростки пишут о другом и о совместных действиях и переживаниях, тем выше у них балл по шкале ангедонии ( $p=0,036$ ). Склонность к глобализованным суждениям связана с выраженностью симптомов эмоциональной дезадаптации, в частности с негативной самооценкой ( $p=0,01$ ).

Выявленный паттерн напоминает описание нарушений, наблюдаемых у пациентов с хроническими формами депрессивных расстройств: сфокусированность на себе (эгоцентризм в восприятии межличностных ситуаций) и опора на глобализованные, далекие от конкретных обстоятельств суждения в оценке текущих интерперсональных ситуаций. Эмоциональный фон сочинений не всегда был связан с качеством процессов ментализации, однако этот параметр может выступать достаточно прямым и надежным индикатором эмоциональных нарушений у подростков. Так, у подростков с низким уровнем выраженности симптомов депрессии значительно преобладают сочинения с положительным или нейтральным эмоциональным фоном. По мере роста выраженности симптомов депрессии пропорция меняется и с большей частотой встречаются сочинения с нейтральным или негативным эмоциональным тоном ( $p=0,001$ ).

**Выводы.** 1. Качество ментализации у подростков является одним из факторов эмоционального благополучия. 2. При использовании сочинения как методического приема оценки ментализации наиболее эвристичными представляются показатели: эмоциональный фон, глобализация и децентрация (наличие описания другого человека).

#### Литература

1. Пуговкина О.Д. Нарушения социального познания при депрессии: теоретические подходы, методы изучения и выделенные дефициты // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 80-97.
2. Румянцева Е.Е., Самарина Т.Н. Методика оценки психического состояния другого по выражению глаз у подростков в норме и при шизофрении // Психологическая наука и образование. 2014. № 3. С. 197-207.
3. Соколова Е.Т., Андреев К.О. Особенности ментализации у больных с шизотипическими расстройствами // Психологические исследования. 2016. 9(46).
4. Хачатурова А.В., Сергиенко Е.А. Становление модели психического в условиях семейной депривации // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2009. Т. 6. № 2. С. 161-172.
5. Холмогорова А.Б. Социальное познание как высшая психическая функция и его развитие в онтогенезе / под ред. А.Б. Холмогоровой. М.: Неолит, 2016.
6. Щербаклова Н.П., Хлюмов Д.Н., Елигулашвили Е.И. Изменение перцептивных компонентов общения при шизофрении // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю.Ф. Полякова. М., 1982.
7. Эрикссон Э. Идентичность: юность и кризис: Пер. с англ. / Общ. ред. и предисл. А.В. Толстых. М.: Прогресс, 1996.
8. Bateman A., Fonagy P. Psychotherapy of Borderline Personality Disorder. Mentalization Based Treatment. Oxford. Oxford University Press, 2004.
9. Taubner S., Kessler H., Buchheim A., et al. The Role of Mentalization in the Psychoanalytic Treatment of Chronic Depression // Psychiatry - Interpersonal and Biological Processes. 2011. V. 74.

#### Пушина В.В.

#### Влияние минимальной мозговой дисфункции на формирование зависимости от алкоголя и наркотических веществ

НИГУ им. Н.И. Лобачевского, Национальный исследовательский университет,  
ГБУЗ НО «Наркологическая больница», Нижний Новгород, Россия  
[vpushina@rambler.ru](mailto:vpushina@rambler.ru)

**Ключевые слова:** минимальная мозговая дисфункция (ММД), синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), типы минимальной мозговой дисфункции (ММД), курительные смеси, синдром зависимости от алкоголя

**Pushina V.V.**

#### The influence of minimal brain dysfunction on the formation of alcohol and drug addiction

Nizhny Novgorod State University. N. I. Lobachevskogo,  
National research University, GBUZ NNR "Narcological hospital" Nizhny Novgorod, Russia

**Keywords:** minimal brain dysfunction (MBD), attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), types of minimal brain dysfunction (MBD), Smoking blends, syndrome of dependence on alcohol



**Введение.** Современная цивилизация открывает новые возможности повышения уровня и качества жизни, а также порождает и отрицательное влияние на здоровье человека: резко растет число детей с различными патологиями, нарушениями и расстройствами в развитии [1,2,3]. По данным обследования детей в Нижнем Новгороде у 60% из них отмечаются различные психические отклонения [5]. Наибольшую группу составляют дети с легкими нарушениями в созревании и функционировании мозга [4, 6]. Легкие расстройства поведения и обучения без выраженных интеллектуальных нарушений, возникающие в силу недостаточности функций центральной нервной системы (чаще всего резидуально-органической природы) называются минимальными мозговыми дисфункциями (ММД) или синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). В настоящее время ММД рассматривается, как следствие ранних локальных повреждений головного мозга, выражающихся в возрастной незрелости отдельных высших психических функций и их дисгармоничном развитии. При ММД наблюдается задержка в темпах развития функциональных систем мозга, обеспечивающих такие сложные интегративные функции, как речь, внимание, память, восприятие и другие формы высшей психической деятельности. Общее интеллектуальное развитие у детей с ММД находится на уровне нормы, но при этом они испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации. Вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции тех или иных отделов коры больших полушарий мозга у детей с ММД имеются нарушения двигательного и речевого развития, формирования навыков письма (дисграфия), чтения (дислексия), счета (дискалькулия). В дефектологической и психиатрической научной литературе описываются два типа ММД, которые легко выделяемы по поведенческим признакам: астеничный и гиперактивный (реактивный). Трудно отличимыми от нормы по внешнему поведению встречаются три типа ММД, которые представляют собой более легкие формы нарушений: ригидный, активный, субнормальный [6]. Существуют несколько вариантов прогноза ММД. Со временем симптомы исчезают у 25-50% детей, когда они становятся подростками и взрослыми. Симптомы различной степени тяжести продолжают оставаться у 50% и более, но без признаков развития психопатологии. У таких людей наблюдаются проблемы в повседневной жизни, выражено чувство «нетерпеливости и неумононости», импульсивность, социальная неадекватность, чувство низкой самооценки, большая частота несчастных случаев, разводов, перемены мест работы. У данных детей во взрослом состоянии могут быть тяжелые осложнения в виде личностных или антисоциальных изменений, алкоголизма и даже психических расстройств.

**Материал и методы.** Нами были обследованы: 30 подростков, употребляющих курительные смеси (средний возраст 16,1 лет) и 30 подростков, не употребляющих психоактивных веществ, в возрасте 16-17 лет, но имеющих в анамнезе минимальную мозговую дисфункцию; 40 взрослых мужчин с синдромом зависимости от алкоголя (средний возраст 30,5 лет).

Цель исследования: определение типов профилей минимальной мозговой дисфункции. Методика исследования - тест Тулуз-Пьерона.

**Результаты исследования.** Анализ исследования типов профиля ММД у подростков, употребляющих курительные смеси, показал, что у 100% случаев имеется ММД по реактивному типу. Средние значения скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона по группе подростков, употребляющих курительные смеси  $V=31,46$ , точность выполнения  $K=0,91$ , что соответствуют слабому уровню выполнения.

Результаты исследования подростков, не употребляющих психоактивные вещества, но имеющие слабые способности успеваемости в общеобразовательной школе, показали, что в 80% случаев у них выявлен реактивный профиль ММД, у 20% - астеничный тип. Средние значения скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона по группе подростков, не употребляющих ПАВ  $V=46,1$ , точность выполнения  $K=0,91$ , что соответствуют слабому уровню выполнения.

У матерей, имеющих сыновей с ММД, во время беременности и родов были следующие нарушения: токсикоз первого триместра беременности; риск выкидыша, преждевременное отхождение вод, прокол пузыря, стимуляция родов, кесарево сечение.

Проведенные нами исследования анамнеза взрослых мужчин, зависимых от алкоголя, показали, что в 90% случаев у их матерей во время беременности также были перинатальные нарушения в виде гипоксии, перинатальной энцефалопатии, обвитие пуповиной или угроза выкидыша, стимуляция родов. Результаты исследования мужчин, зависимых от алкоголя, с помощью теста Тулуз –

Пьерона, показало, что в 57 % случаев у мужчин отмечается типологический астеничный профиль ММД и в 43 % случаев – реактивный тип. Средние значения скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона зависимы от алкоголя мужчинами равны  $V=41,7$ , что соответствует слабому результату. Точность выполнения данного теста соответствует  $K=0,95$  средней возрастной норме. Следовательно, можно сделать вывод, что реактивный и астеничный типы ММД могут оставаться в подростковом и взрослом возрасте и способствовать нарушению адаптационных механизмов, что может стать причиной правонарушений, развитием влечения к алкоголю и наркотическим веществам.

**Выводы.** Для подростков, употребляющих курительные смеси, характерны проявления ММД по реактивному типу. Для мужчин, зависимых от алкоголя, характерны проявления астеничного и реактивного типа ММД. Проявления реактивного и астеничного типов ММД могут оставаться в подростковом и взрослом возрасте, способствовать нарушению адаптационных механизмов, формированию влечения к алкоголю и наркотическим веществам. Следовательно, усилия специалистов должны быть направлены на своевременное выявление и коррекцию ММД, на необходимость единства семьи и образовательных учреждений в создании положительного эмоционального климата окружающего ребенка.

#### Литература

1. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 480 с.
2. Габдракипова В.И. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (с учетом их половых различий). Программа, методические рекомендации / В.И. Габдракипова, Э.Г. Эйдемиллер. – М.: УЦ «Перспектива», 2009. – 44 с.
3. Дети с СГВД: причины, диагностика, комплексная помощь: Учебное пособие / Под ред. М.М. Безруких. – М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2009. – 248 с.
4. Лохов М.И. Плохой хороший ребенок. (Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи) / М.И. Лохов, Ю.А.Фесенко. – СПб.: ООО «ЭЛСИ-СПб», 2005. – 320 с.
5. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – № 9. – С. 4 – 8.
6. Яскова Л.Я. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций. Методическое руководство. – СПб.: ИМАТОН, 2000. – 96 с.

**Пятицкий Н.Ю.**

**Конституциональная концепция Е. Kretschmer и экспериментально-психологические исследования**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[piatnits09@mail.ru](mailto:piatnits09@mail.ru)

**Ключевые слова:** конституциональные типы, Э. Кречмер, шизотимы, циклотимы, психологическое тестирование типологических различий

**Pyatnitskiy N. Yu.**

**Constitutional concept of E. Kretschmer and experimental-psychological studies**  
FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** constitutional types, E. Kretschmer, schizothym, cyclothym, psychological testing of typological differences

Первые издания монографии Е. Kretschmer [5, 6, 7] «Строение тела и характер» еще не содержали экспериментально-психологических исследований, подтверждающих существование двух описанных им биотипов: шизотимов и циклотимов. Однако, основы направления для экспериментально-психологических исследований были в них уже заложены, что наиболее определенно отражено в главе «Гениальные люди», в которой Е. Kretschmer [5] останавливается на особенностях разницы восприятия и мышления (на современном языке когнитивных аспектах) у выдающихся литераторов, художников, ученых и политических деятелей. Так, например, Е. Kretschmer [5] отмечает среди художников повышенное восприятие формы шизотимами (от которой они могут и отказываться), напротив, для циклотимов важнее цвет. В области науки у шизотимов преобладает абстрактное познание, понятийно-систематический подход и метафизическое мышление, у циклотимов – наглядно-эмпирический подход. При этом за счет включения кататимных механизмов [11] у шизо-

тимых ученых может возникать логическая размытость направления мыслей, ведущая к мистической ирреальности (шизотимный круг, по Е. Kretschmer [5], полон антитез). Особенности циклоидной и шизоидной аффективности, впоследствии также доступные экспериментально-психологическому исследованию, также подробно описаны Е. Kretschmer уже в первом издании «Строение тела и характер»(1921) [5]. Так, «диатетическая» пропорция или пропорция настроения, присущая циклоидам, не предполагает «нервности», в том числе и в эксперименте, а «психэстетическая» пропорция, или пропорция чувствительности, наряду со слабо выраженной «диатетической», присуща шизоидам. Это предполагает, что физиологические или двигательные проявления шизоидной «нервности» можно измерить. Также для будущих экспериментально-психологических исследований важен постулируемый Е. Kretschmer [5] различный психический темп шизотимов и циклотимов: вязкость и скачкообразность у первых и колебательная быстрота или медлительность у вторых. С выделением через 15 лет после первого издания «Строение тела и характер» Е. Kretschmer и W. Enke [8] третьей конституции, аффинной атлетическому телосложению – «вискозной», экспериментально-психологические исследования биотипов Е. Kretschmer значительно умножаются. Даже для самой характеристики атлетического типа Е. Kretschmer [9] не ограничивается, как это делал ранее для циклотимных пикников и шизотимных лептосомов, клинико-описательным подходом, обращается к данным экспериментально-психологических исследований. Так, атлетики по тесту Роршаха «укладываются в шизотимный тип с преобладанием восприятия движения и безразличия к цвету, с небогатой фантазией. У них выражена склонность к персеверации». Следует отметить, что еще ранее для описания «опилептоидного», «глишироидного» конституционального типа к систематическому использованию теста Роршаха прибегала ученица Е. Bleuler, российская и швейцарская психиатр F. Minkowska [12,13]. Возможно, Е. Kretschmer не упоминает ее в цитируемом издании «Строение тела и характер»[9] из-за нежелательности ссылок на психиатров еврейского происхождения в Германии того времени (1944 г.). Для характеристики атлетического типа Е. Kretschmer [9] обращается и к данным «психогальванического тестирования», согласно которому атлетиков можно отличить от «нервных» лептосомов. Атлетики не отвечают на мелкие раздражители за счет большей стабильности и вялости их эмоциональной жизни по сравнению с лептосомами (пикники не являются «нервными» по сути за счет другой плоскости своего темперамента). При психогальванической пробе у атлетиков раньше других типов прекращается начальное возбуждение, и, как правило, присутствует последующий период покоя, а малое напряжение от ожидания сопоставимо с таковым у пикников. По сравнению с другими двумя типами, латентное время до наступления реакции на незначительные раздражители у атлетиков самое длительное. С тестом на конструирование атлетик справляется шизотимным образом: упрямо и педантично.

С точки зрения Е. Kretschmer [9] результаты всех указанных экспериментально-психологических тестов подтверждаются наблюдениями за атлетиками в реальной жизни, в которой им свойственны спокойствие и малая чувствительность к раздражителям.

Психологические исследования с применением теста Роршаха групп лептосомов и пикников, включающих как здоровых, так и психопатов, а также перенесших психозы, стали производиться уже в первые годы после первого издания монографии «Строение тела и характер»[5](1921). Так, Е. Munz [14] отмечал, что разница в восприятии и представлениях, как и в аффективности, между представителями вышеназванных группы, выявляемая по тесту Роршаха, достаточна глубока: среди пикников ни один не отказался от прохождения тестирования, немалое число астеников отказалось от тестирования. При описании образов астеникам свойственна сухая деловитость, порой педантичность, пикникам – наивная чувственная позиция. Также у пикников повышена частота цветowych и световых особенностей описания картин, предпочтение предметов и ландшафтов, видение в картине единого всеохватывающего образа, с которым связываются ее отдельные детали. У лептосомов на первый план выступают ответы с характеристиками движения, определением фигур людей, лиц, танцоров, рожки, сновидных образов, нереальных картин, с меньшей тенденцией к восприятию единого образа, с преобладанием отдельных гетерогенных вещей, сосуществующих рядом (феномен «расщепления» по Е. Bleuler[3]). При этом типичная соматопсихическая комбинация присутствовала, согласно Е. Munz[14] в 87% процентах наблюдений (из общего числа 100 исследуемых).

Проводились также пробы с тахитоскопом и световой доской, согласно которым внимание циклотимов оказалось более отвлекаемым, чем шизотимов, что позволило Е. Kretschmer [9] подтвердить вывод о более экстенсивном типе понимания циклотимов (что еще ранее на «клиническом уровне» отмечалось им у гипоманиакальных литераторов и ученых) и более интенсивном – элективным, сопровождающимся абстрактно-аналитическим расщеплением явлений, – у лептосомов. Персеверативная тенденция также была сильнее выражена у лептосомов, что по Е. Kretschmer [9] свидетельствует об их большей вязкости. При этом у лептосомов возможно и возникновение бессмысленных и «опосредованных» ассоциаций, в десятки раз реже наблюдающихся у пикников.

Результаты теста Роршаха в разнице чувствительности к цвету и форме, по способности к «расщеплению» у больных шизофренией и циркулярным психозом идут параллельно таковому у здоровых лептосомов и пикников.

Интересно, что исследования психомоторики конституциональных типов оказались опережающими в Советской России, что произошло благодаря работам М.О. Гуревич, Н. И. Озерского, С. Г. Жислина [1, 2]. Этот факт отмечал не только «политически неангажированный» Е. Kretschmer [9], но и видоизменивший конституциональную типологию Е. Kretschmer K. Conrad [4], разделивший идеи «нордического германского превосходства». Позже большой вклад российской школы в исследования психомоторики отметит в 26-ом издании монографии «Строение тела и характер» сын Е. Kretschmer - W. Kretschmer [10]. В целом же, в исследованиях психомоторики конституциональных типов было установлено, что пикники легче переключаются на чужой предложенный ритм, нежели лептосомы, которым тяжелее изменить собственный темп (имеющий обычно большую скорость, чем у пикников). Лептосомы превосходят пикников в тонкой моторике кисти, в общей же моторике пикники, наоборот, отличаются большей гармоничностью и естественностью движений. Лептосомы дольше «вращаются», но работают экономичнее, отличаясь хорошими мануальными навыками (исследование проводилось на рабочих, занятых обработкой металла) при общих неловких и тяжелых движениях. Атлетики употребляют большую силу, но быстрее истощаются; а пикники быстро входят в работу, работают неторопливо, но длительно, и отличаются большей моторной одаренностью, чем лептосомы и атлетики, лишь в мануальных навыках уступая лептосомам.

#### Литература

1. Гуревич М. О., Озерский Н. И. Психомоторика. Анатомо-физиологическая основа психомоторики и ее соотношение с телосложением и характером. – Москва. – Государственное медицинское изд. - 1930.
2. [Жислин С. Г.] Jislis S. G. Koerperbau, Motorik, Handschrift (aus der Moskauer psychoneurologischen Kinder-Klinik. Prof. Dr. M. O. Gurewitsch) // Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie. – 1925. – Bd. 98. – S. 518-523.
3. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Handbuch der Psychiatrie (Herausgeb. von G. Aschaffenburg). Spezieller Teil. – 4. Abteilung, 1. Haelfte. – Leipzig und Wien. – Franz Deuticke. – 1911.
4. Conrad K. Der Konstitutionstypus als genetisches Problem. – Berlin. – Julius Springer. – 1941.
5. Kretschmer E. Koerperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. – Berlin. – Springer. – 1921.
6. Kretschmer E. Koerperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. – Berlin. – Springer. – 1922.
7. Kretschmer E. Koerperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. – Fuenfte und sechste unveraenderte Auflage. – Berlin. – Verlag von Julius Springer. – 1926.
8. Kretschmer E., Enke W. Die Persoenlichkeit der Athletiker. – Leipzig. – Georg Thieme Verlag. – 1936.
9. Kretschmer E. Koerperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. – Siebenzehnte und achtzehnte verbesserte und vermehrte Auflage. – Berlin. – Springer Verlag. – 1944.
10. Kretschmer E. Koerperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. 26. Auflage, neubearbeitet und erweitert von Wolfgang Kretschmer. – Berlin – Heidelberg – New York. – Springer-Verlag. – 1977.
11. Meier H. W. Über katathyme Wahnbildung und Paranoia // Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie. – 1912. - № 13. – S. 555-610.
12. Minkowska F. Recherches genealogiques et Problems touchant aux caracteres (en particulier a celui de l'epileptoidie) // Annales. Medico-Psychologiques. – 1923. - Vol. 81. - № 2. - P. 149-170.
13. Minkowska F. La constitution epileptoïde et le trouble générateur de l'épilepsie essentielle // Evolution Psychiatrique. – 1932. - Vol. 2, № 4. – P. 69-79.
14. Munz E. Die Reaktionen des Pyknikers im Rorschachschen psychodiagnostischen Versuch // Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie. – 1924. – Bd. 91. – S. 26-92.

**Разорина Л.М., Разорина Д.Н.**

**Задачи исследования психологического благополучия и здоровья молодежи**

ФГБОУ ВО "СГУ им. Питирима Сорокина", Сыктывкар, Россия  
l-ras@mail.ru, dn-razorina@yandex.ru

**Ключевые слова:** здоровье, молодежь, ценности

**Razorina L.M., Razorina D.N.**

**Objectives of the psychological well-being and health of young people research**

Sorokin Syktyvkar State University, Syktyvkar, Russia

**Keywords:** health, youth, values

В современной сложной международной обстановке, которая описывается как «Третья мировая информационно-психологическая война» [В.Лисичкин, Л.Шелепин, 1999]; гибридные войны, цифровая цивилизация, международный терроризм и др., объектом атаки становится не только территория и богатые природные ресурсы, но общественное и индивидуальное сознание человека, прежде всего, молодого. Именно молодые люди и их сознание, которое формируется сегодня и сейчас, определяют будущее страны и мира. С точки зрения национальных интересов крайне важно вырастить и воспитать молодое поколение в культуре общечеловеческих и гуманистических ценностей. Рост популярности и влияния средств массовой информации на формирование общественного мнения сочетается с распространением идеи «пятнадцать минут славы», причем цена этой славы и содержание послания часто выносятся за скобки. Популярность нередко обретается благодаря эксплуатации табуированных тем и моделей поведения. Так, некоторые представители молодого поколения интернет-блогеров обретают известность за счет демонстративного выпячивания своей нетрадиционной сексуальной ориентации, скандального или шокирующего поведения и оскорбительных выпадов в адрес конкретных лиц или групп населения ради популярности. Подобная ситуация обостряет зародившийся еще на волне перестройки плюрализм мнений, размывая границы разумного и допустимого.

Разнообразие транслируемых различными каналами информации идей позволяет достаточно легко управлять подростками и молодежью посредством давления на их интересы. Нашумевшая история с «синими китами», вовлекавшими детей в игры на выживание, привлечение в террористические организации посредством торговли ценностями под лозунгом: «Мир жесток и бездуховен, но мы-то знаем, что такое ценности!». Это сложное и неоднозначное влияние социального плюрализма и взрывного применения цифровых и манипулятивных технологий обращено к молодым людям, не имеющим достаточного жизненного (социального и профессионального) опыта, выработанных ценностных и социальных ориентиров, находящихся на стадии интенсивного формирования личности, обращенных, по оценке В. Э.Чудновского [2006], в свой внутренний мир. Отсюда и специфика взаимоотношений с внешним миром и социальной средой.

С одной стороны, на фоне этого возникают феномены, которые характеризуют как социально-психологическую дезадаптацию [Г.А.Амбрумова и др., 1981], социально-патопсихологические феномены [А.Ш.Тхостов, 2017], дизонтогенез, буллинг, моббинг и многое другое. Они имеют сложное системное строение, не укладываются в рамки отдельных научных дисциплин, требуют системного анализа и комплексных программ коррекции. Вместе с тем, обнаруживаются как отклонения в адаптации [Л.М.Разорина, Д.Н.Разорина, 2013], так и отклонения в отдельных характеристиках нормативной деятельности [Л.М.Разорина, 2016 и др.].

С другой стороны, сложный и актуальный сегодня феномен «духовной безопасности» не ограничивается созданием безопасной среды. Он связывается с сохранением и укреплением нравственных ценностей страны, культурного и научного потенциала, способностью решать стоящие перед ней задачи [А.А.Возмитель, 2006]. Одним из важных психологических факторов его возникновения и обеспечения является внутренняя готовность к безопасному взаимодействию с социальным окружением, что не всегда учитывается методиками и программами копинг-поведения. В силу особенностей социальной ситуации и возрастных особенностей становления молодежи и подростков формировать собственное представление об идеалах и ценностях, способность ориентироваться в современной ценностной ситуации. Однако, в связи с возникшими изменениями в личности, поведении (а в ряде случаев) и в психике подростков и юношей нельзя ограничиться

только ориентацией на нормативы развития. Необходим учет возникших отклонений и участие специалистов разных профилей, теоретиков и практиков, чтобы обеспечить системное исследование и коррекцию здоровья молодежи в соответствии с определением здоровья ВОЗ как «состояния полного физического, духовного и социального благополучия».

В качестве основной методики изучения личностных особенностей представления о здоровье и отношения к нему необходимо разработать при непосредственном участии клинических психологов, осведомленных в клинических проблемах разных возрастов, специальную методику для диагностики социальной ориентировки в сфере нравственного и физического здоровья на базе ценностно-нормативного метода Г.Е.Залесского [1984], [Л.М.Разорина, 2010]. Такой подход предполагает и создание метода обработки результатов, который позволит решать проблемы как индивидуального анализа, так и оценки масштабов и качественных характеристик явления. Наш опыт оценки результатов исследований показывает, что продуктивным будет использование параметров золотого сечения [Л.М. Разорина, 2016]. Однако установление границ перехода из одного состояния качества в другое требует достаточно большой экспериментальной выборки в отношении разных возрастов.

Тем не менее, такая задача психологического обеспечения здоровья и защиты молодежи от манипуляций, сформулированная практикой, решаемая. И она не может решаться на основе волонтерской деятельности специалистов. Ее решение, с одной стороны, требует координированных совместных усилий медицинских, педагогических, возрастных психологов и социологов на базе деятельностного подхода с привлечением педагогов для разработки реабилитационных и абилитационных программ как главного средства защиты сознания молодежи от разрушительных воздействий информационной среды. С другой стороны, для работы над системными проблемами нужно готовить молодых специалистов, способных работать в новой системной реальности, способных взаимодействовать не только в клинических и лабораторных условиях, но и в условиях организации практической помощи, использования и обучения технике принимающего общения (термин Д.Н.Разориной). Предстоящее принятие закона «О психологической деятельности» также с необходимостью должно учитывать эту новую системную реальность.

#### Литература

1. Амбрумова Г.А. и др., Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопр. психол. 1981. №4. С.91-102.
2. Возмитель А.А. Духовная безопасность: социологический анализ // Мир России. 2006. №. С.147 -159.
3. Залесский Г.Е. Психология мировоззрения и убеждений личности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1994.
4. Лисицкий В., Шелепин Л. Третья мировая информационно-психологическая война. М., 1999.
5. Разорина Л. М. Ценностно-нормативный метод Г. Е. Залесского как технология исследования в психологии личности // Экспериментальная психология в России: традиции и перспективы. Мат-лы Всерос.науч. конф. 18-19 ноября. Москва, ИП РАН, 2010. С.724-729.
6. Разорина Л. М. Перспективы нормативной диагностики С.Я.Рубинштейн (на примере методики Сэва-Рубинштейн) // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: Мат-лы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (29-30 ноября 2016 г., Москва). М., 2016. С. 289-292
7. Разорина Л. М., Разорина Д.Н. Специфика социально-психологической адаптации первокурсников к вузу // Адаптация личности в современном мире: Межвуз. сб. науч. тр. Вып.6. Саратов: Науч. книга, 2013.
8. Тхостов А.Ш. Возможности и перспективы социальной патофизиологии // Вестн.Моск. ун-та. Сер.14. Психология. 2017. №1. С. 36-50
9. Чудновский В. Э. О некоторых "болевых точках" становления личности // Психол.журн. 2006. №3. С.5-17.

**Рогачева Т.В.**

**Результативность реабилитационного процесса: к постановке проблемы**

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов», Екатеринбург, Россия  
[TVRog@yandex.ru](mailto:TVRog@yandex.ru)

**Ключевые слова:** результативность, реабилитационный процесс

**Rogacheva T. V.**

**The effectiveness of the rehabilitation process: problem statement**

GAU "Regional centre of rehabilitation of the disabled", Ekaterinburg, Russia

**Keywords:** effectiveness, rehabilitation process

Российская практика оценивания процессов социальной направленности, результатом которых выступают улучшение социального функционирования человека, восстановление или компенсация способностей или максимальное приспособление к новым условиям до сих пор рассматривается, по словам Т.Ч.Амалиева, «как затратная, а критерием эффективности часто является экономия на содержании и снижении удельных затрат» [1,5]. Это подтверждается мониторингом результативности реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов. Так, по Нижегородской области в 2010 году только у 2,2% инвалидов достигнуто полное восстановление нарушенных функций, результаты медицинской реабилитации отсутствуют у 18,9%, социальной реабилитации – у 19,4% инвалидов [3, 17].

С учетом многообразия опубликованных монографий и статей на тему эффективности и результативности деятельности социальных организаций, разноплановости проводимых исследований, неизбежна множественность трактовок понятий «результативность» и «эффективность», а также методов, методик и мер измерения. Итог — отсутствие четкого однозначно трактуемого определения данных понятий. В научной литературе, освещающей проблемы оценивания, понятия «результативность» и «эффективность» часто употребляются как синонимы. М. Лебас и К. Юске указывают на то, что «...термин результативность представляет собой одно из "слов-чемоданов", внутрь которого каждый помещает подходящие ему понятия, перекладывая заботу об определении на контекст» [8, 126]. Чаще при операционализации понятия эффективности «принято различать результативность (effectiveness) и экономичность (efficiency) ее деятельности» [6, 51]. Первая измеряет степень достижения установленных для организации целей. Вторая же, сопоставляя получаемые анализируемой единицей результаты со значениями факторов (обычно затратами ресурсов), при которых они были достигнуты, дает представление о том, насколько экономично она функционирует.

Обычно социальная деятельность сопряжена с созданием специфических для нее результатов, как правило, принимающих форму услуг. Организация при этом выступает в роли преобразователя имеющихся у нее на «входе» предлагаемых реабилитационных мероприятий в получаемые на «выходе» результаты оказания реабилитационных услуг. Таким образом, в самом общем виде содержание задачи оценки результативности деятельности организации сводится к определению продуктивности и качества осуществляемого ею преобразования предлагаемых услуг в получаемые результаты.

На сегодняшний день международным стандартом для описания состояния реабилитируемого и определения целевых показателей его реабилитационного маршрута является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [5], которая обеспечивает единство методических подходов к реабилитации. МКФ базируется на тесной интеграции медицинской модели и социальной модели инвалидности для объединения различных сторон функционирования инвалида – биологической, личностной и социальной. В МКФ включены аспекты здоровья человека, обозначенные термином «домены здоровья». Домен это сфера проявления признаков здоровья или болезни, а также факторов, определяющих здоровье или болезнь, практический «набор» для оценивания результативности реабилитационного процесса:

- а) взаимосвязанные физиологические функции и анатомические структуры;
- б) действия, задачи и сферы жизнедеятельности;
- в) внешние природные и культурные условия;
- г) внутренние индивидуально-психологические особенности.

Следовательно, в МКФ предлагается био-психо-социальный подход к человеку, и можно говорить о том, что именно МКФ стала более широкой классификацией «составляющих здоровья» инвалида, что позволяет ей выступать инструментом объективной оценки как качества, так и результативности реабилитации и абилитации инвалидов.

Стоит отметить, что критерии оценивания результативности (эффективности) реабилитации в медицине и в социальной сфере отличаются друг от друга. Поэтому можно выделить два подхода к оцениванию результативности, которые условно обозначены нами как медицинский и социальный. В русле медицинского подхода авторы предлагают в качестве основного критерия оценки результативности реабилитации показатель «выздоровление». Наиболее полно данный подход представ-

лен в работе А.Н. Ильницкого [2], который выдвигает пять основных показателей течения хронического заболевания, которые классифицируются следующим образом:

1. По характеристике обострений заболевания.
2. По характеристике временной нетрудоспособности.
3. По числу обращений в поликлинику в период между обострениями заболевания.
4. По характеристике последствий заболевания (по функциональным классам).
5. По формированию инвалидности.

Представители социального подхода к оценке результативности реабилитационного процесса в основание ставят другие критерии. Л.Н.Клячкин и А.М.Щегольков [7, 224] предлагают оценивать результат реабилитации по трем критериям:

- субъективной самооценки клиента;
- оценки результата реабилитации по сопоставлению его с объективными параметрами исходного состояния клиента;
- сопоставления достигнутого результата с прогнозируемым, т.е. с целью реабилитации.

Таким образом, оценивание результативности, с точки зрения данных авторов, представляет собой своеобразную шкалу от категории «выздоровление» до категории «ухудшение» [7, 276].

#### **Литература**

1. Амалиев Т.Ч. Проблемы оценки результативности прикладной научной деятельности. М.: ОО ПП Сервис, 2014. – 16 с.
2. Ильницкий А.Н. Критерии эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.33 / Минск. гос. мед. ин-т. - Минск, 2000. - 20 с.
3. Каратаева О.А., Сергеева Т.Н., Герман С.В. Организация мониторинга эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов в Нижегородской области // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. - № 4. – С.15-18.
4. Клячкин Л.Н., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. М.: Медицина, 2000. – 328 с.
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ, 2001. – 346 с.
6. Фраттура Л. Инфографическое семейство индикаторов функционирования (FAFI): как измерить результативность на практике при использовании МКФ // Инвалидность и реабилитация. Мат-лы научно-практической конференции с международным участием. СПб.: Перо, 2016. – С.224-235.
7. Клячкин Л.Н., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. М.: Медицина, 2000. – 328 с.
8. Lebas M., Euske K. A conceptual and operational delineation of performance. In: Neely A. (ed.). Business Performance Measurement: Unifying Theory and Integrating Practice. Cambridge University Press: Cambridge, 2007. – P.125–139.

#### **Рошина И.Ф**

#### **Психологическое сопровождение пациентов с мнестико-интеллектуальным снижением в позднем возрасте: особенности тренинга когнитивной сферы**

ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** когнитивное снижение в позднем возрасте, тренинг когнитивной сферы

**Roshchina I.F.**

#### **Psychological support of patients with a mnestic and intellectual decline in old age: features of cognitive training**

FSBSI MHRC, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** cognitive decline old age, cognitive training

**Введение.** Современные эпидемиологические и клинические исследования в геронтологии показывают, что постоянная высокая психическая (мнестико-интеллектуальная) активность снижает риск развития деменции в позднем онтогенезе. Более того, регулярный когнитивный тренинг способен замедлять прогрессирование деменции, т.е. тренировка памяти и других когнитивных функций обладает нейропротективным потенциалом. С этой точки зрения именно когорты пожилых лиц с синдромом мягкого когнитивного снижения (МС) и любой другой мнестико-интеллектуальной дефицитарностью должны быть целевой группой для психологического сопровождения психологом, в том числе для проведения клинико-психологических тренингов когнитив-



ной сферы. В отечественной нейрогеронтопсихологии анализ и описание структурно-функциональных особенностей познавательной сферы при нормальном и патологическом старении осуществляется с использованием концепции трех структурно-функциональных блоков мозга (ФБМ) А.Р.Лурии (1). Эта модель позволяет рассматривать возрастные изменения в рамках единой методологии, а также описать типологию нормального старения (1,2).

Основные психологические принципы тренинга когнитивной сферы у пациентов с мнестико-интеллектуальным снижением в позднем возрасте: 1. Принцип квалификации дефекта. Прежде, чем приступить к когнитивной тренировке, специалист клинический (медицинский) психолог должен провести тщательный синдромный нейропсихологический анализ нарушений психической деятельности, который предполагает качественный анализ деятельности пациента: оценку не только результата деятельности, но и всего процесса деятельности, оценку допущенных ошибок, выявление нарушенных нейропсихологических факторов, выявление не только нарушенных, но и сохранных компонентов психической деятельности.

2. Принцип опоры на сохранные психические функции (сохранные формы вербальной и невербальной деятельности пациента). У пациентов с синдромом МСИ остаются сохранными многие компоненты психической деятельности (гнозис, кинестетический праксис, многие компоненты речи, письмо, чтение, элементарный счет и др.).

3. Принцип опоры на предметную деятельность. Занятия когнитивного тренинга должны включать собственную деятельность пациента (как вербальную, так и невербальную).

4. Принцип учета личности пациента. Когнитивный тренинг должен проводиться с учетом всего опыта жизни и деятельности конкретного пациента, его мотивации.

5. Принцип контроля. Этот принцип (П.К.Анохин, Н.А.Бернштейн, А.Р.Лурия) обеспечивает своевременную коррекцию допускаемых ошибок. Контроль может быть самостоятельным и внешним (со стороны психолога).

6. Принцип опоры на разные уровни организации психических функций. Когнитивный тренинг должен включать задания на упрощенные, автоматизированные и произвольные уровни реализации психической деятельности.

7. Принцип «от простого к сложному». Известный дидактический принцип должен учитываться и в занятиях когнитивного тренинга применительно к каждому пациенту.

8. Регулярность проведения когнитивного тренинга. Только в случае проведения регулярных занятий по когнитивной тренировке можно ожидать существенного и длительного эффекта.

Когнитивный тренинг должен быть направлен на все три составляющие психической сферы: 1. нейродинамические параметры деятельности, 2. произвольную регуляцию, контроль и программирование деятельности,

3. операциональные (структурные) компоненты психической активности,

Занятия когнитивной тренировкой должны проводиться ежедневно, желательно в первую половину дня. Длительность каждого занятия может варьировать от 15-20 минут до 40-50 минут (в зависимости от состояния пациента). Первые занятия могут быть более короткими, в дальнейшем следует увеличить время занятий до оптимальной длительности для конкретного пациента, при которой он не испытывает выраженной усталости. Нагрузка на одну психическую сферу не должна быть чрезмерной, поэтому нужно комбинировать задания, опирающиеся на разные психические функции (вербальные задания чередовать с невербальными и др.). Особенно важно неоднократно возвращаться к выполнению наиболее трудных для данного пациента заданий, чтобы добиться максимально хорошего их выполнения. Структура каждого занятия может состоять из вводной и основной части. В начале каждого занятия следует обсудить текущее самочувствие пациента, его ориентировку в месте и времени. Затем перейти к выполнению заданий на тренировку когнитивных функций. По окончании каждого занятия пациенту дается «домашнее задание», выполнение которого проверяется на следующий день после вводной части занятия. «Домашние задания» могут быть направлены на актуализацию:

- памяти на прошлое (вспомнить устно или записать сюжет хорошо известной большому количеству, сказки, стихотворения и др., подготовить к следующему занятию рассказ о событиях его жизни, воспоминания об известных исторических событиях),

- памяти на текущие события (закрепление, повторение заданий, которые выполнялись на предыдущем занятии).

Тренировка нейродинамических параметров психической активности требует выполнения заданий в разном темпе, переключение внутри одной деятельности, переключение с одного вида деятельности на другой. В случаях затруднений следует стимулировать пациентов выполнять задания с громким проговариванием, т.е. речевой (произвольной) регулирующей деятельностью. К этому компенсаторному приему пациенты часто прибегают самостоятельно, что существенно облегчает выполнение сложных видов деятельности. Важной составляющей психической деятельности является контроль за ее протеканием. Психолог должен стимулировать пациентов самостоятельно осуществлять как текущий контроль, так и контроль за результатами деятельности. Перед каждым новым заданием следует обсудить программу этой деятельности.

#### Литература

1. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 3-4. С.4-8.
2. Корсакова Н.К. Типология нормального старения и факторы риска декомпенсации: нейропсихологический подход. «Нейрореабилитация - 2011». Материалы III-го Международного конгресса. М. 2011. С.77-78.
3. Рощина И.Ф., Жариков Г.А. Нейропсихологический подход в диагностике мягкой деменции у лиц пожилого и старческого возраста // Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. № 2. С. 34-40.

**Русаковская О.А.**

**Исчерпывается ли ограниченная дееспособность проспективной несделкоспособностью?**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ,

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** экспертологические понятия, ограничение дееспособности, проспективная несделкоспособность

**Rusakovskaya O.A.**

**Is diminished capacity in Russia reduced to prognosticate financial incapacity?**

V.Serbosky NMRCPN of the MOH Russia, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** forensic competence concepts, diminished capacity, prognosticate financial incapacity

В основе судебно-психиатрической экспертизы лежит выделение экспертологических понятий, в которых правовое значение определенных установленных законом категорий насыщается клинико-психологическим содержанием, определяя в дальнейшем методологию экспертного исследования [1, 2]. Юридическим критерием ограничения дееспособности вследствие психического расстройства, сформулированным в п.2 ст. 30 ГК РФ, является способность «понимать значение своих действий и руководить ими лишь при помощи других лиц». В настоящее время в качестве экспертологического понятия, соответствующего данной правовой категории, используется следующее: «ограничение способности гражданина к осознанному принятию решения или его реализации при совершении крупных имущественных сделок». Соответственно, предметом экспертизы является прогностическая оценка способности гражданина, страдающего психическим расстройством, совершать в будущем крупные имущественные сделки [3, 4]. При этом «ограничение дееспособности» рассматривается не как «свойство психического состояния человека, неспособного в полной мере осуществлять осознанную регуляцию любых значимых с точки зрения права действий», а как функциональная мера суда, направленная на защиту имущественных интересов гражданина [3]. Основным аргументом такого подхода является то, что на данном этапе ограничение дееспособности лиц с психическими расстройствами касается только имущественного права и не распространяется на иные сферы социальной деятельности.

Однако, как мне представляется, сведение ограничения дееспособности к проспективной неспособности понимать значение своих действий и руководить ими при совершении крупных имущественных сделок не является бесспорным.

Во-первых, Гражданский Кодекс является законом, регулирующим исключительно гражданско-правовые отношения, т.е. отношения, связанные с различными видами собственности. В связи с этим установленное в ГК ограничение гражданских прав, касающееся лишь имущественного права, а именно возможности самостоятельного совершения крупных имущественных сделок, не обязательно является исчерпывающим. Вполне вероятно появление в ближайшем будущем в других

законодательных актах статей, ограничивающих также неимущественные права лиц, чья дееспособность ограничена. Данная тенденция существует уже сейчас. Так, согласно пункту 8 Приказа от 17.03.2016г. № 217 Министерства образования и науки Российской Федерации «О внесении изменений в порядок формирования, ведения и использования государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей...», к детям, оставшимся без попечения родителей, причисляются, в том числе, дети, у которых мать или отец признаны ограничено дееспособными. При этом в ст. 121 Семейного кодекса, которая положена в основу данного пункта, в перечне обстоятельств, в связи с которыми ребёнок признаётся оставшимся без попечения родителей, ограничение дееспособности родителя в связи с психическим расстройством не выделяется.

Во-вторых, предполагалось, что введение правовой категории ограничения дееспособности приведет к уменьшению количества лиц, которые в связи с признанием их недееспособными утрачивают гражданские права почти во всех сферах социальной жизни (право распоряжаться своей пенсией, проживать самостоятельно, заключать трудовой договор, вступать в брак, воспитывать детей, голосовать и т.д.) [5]. Однако анализ 45 судебно-психиатрических заключений из нескольких регионов РФ за 2015-2016гг., в которых экспертами было рекомендовано ограничение дееспособности, показывает, что такие заключения давались во многих случаях в отношении лиц, чья способность принимать решения не была нарушена ни в каких других сферах, кроме распоряжения своим имуществом. Имеющиеся у них психические нарушения не относились к категории тяжелых (трем испытуемым был установлен диагноз легкой умственной отсталости, одному - шизофренического расстройства) и не препятствовали достаточному уровню их социальной адаптации (семеро испытуемых работали, двое из них вполне успешно справлялись с воспитанием детей). При этом имеющиеся у них психические расстройства действительно сопровождалась неспособностью понимать значение своих действий и руководить ими при совершении крупных имущественных сделок. Таким образом, если под основанием для ограничения дееспособности мы понимаем недееспособность гражданина, группа лиц, чьи гражданские права будут ограничиваться, не уменьшится, а увеличится.

В-третьих, несводимость ограничения дееспособности к проспективный несделкоспособности косвенно подтверждает судебная практика. Анализ 42 судебных решений, вынесенных в 2015-2016 гг. по гражданским делам о признании гражданина недееспособным/дееспособным или об ограничении дееспособности в связи с психическим расстройством, в которых экспертами было дано заключение о неспособности гражданина понимать значение своих действий и руководить ими при совершении крупных имущественных сделок (т.е. было рекомендовано ограничение дееспособности), показал следующее.

В 8 гражданских делах, где предметом иска было ограничение дееспособности гражданина, исковые требования были удовлетворены во всех случаях (100%). В 5 случаях, когда исковым требованием было «восстановление дееспособности» гражданина, основания иска были изменены и дееспособность гражданина была ограничена в 2 случаях, в одном случае в удовлетворении иска было отказано и заявителю был сохранен статус недееспособного, в двух случаях исковые требования были удовлетворены полностью и гражданин был признан дееспособным. Таким образом, при рассмотрении дел о признании недееспособного гражданина дееспособным суд не учел рекомендацию экспертов ограничить дееспособность гражданина в 60%. Из 29 случаев, когда иском требованием было признание гражданина недееспособным, только в 6 случаях (20,69%) суд, получив экспертное заключение о целесообразности ограничения дееспособности гражданина в связи с его неспособностью понимать значение своих действий и руководить ими при совершении крупных имущественных сделок, предлагал заявителям изменить исковые требования. Из них в 3 случаях заявителями согласились на изменение оснований иска, и дееспособность гражданина была ограничена (10,3%); в 3 случаях заявители предпочли отказаться от иска. В 8 случаях в удовлетворении исковых требований было отказано, и гражданин сохранил свой гражданско-правовой статус (27,6%), т.е. рекомендацию экспертов суд не учел. В 15 случаях исковые требования были полностью удовлетворены, и решением суда гражданин был признан недееспособным (52%), при этом вновь суд не учел рекомендации экспертов.

Таким образом, если в гражданских делах по заявлению об ограничении дееспособности решение суда в 100% соответствовало экспертному заключению, то в гражданских делах по заявлениям

о признании гражданина недееспособным/дееспособным решение в 62% ему не соответствовало. По нашему мнению, приведенные цифры свидетельствуют, с одной стороны, о неразработанности судебной практики в сфере ограничения дееспособности, но с другой стороны, они отражают недостаточную убедительность для судей наших экспертных выводов и, соответственно, недостаточную разработанность экспертных критериев.

#### Литература

1. Grisso T. Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments. N.Y., 1986
2. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата. М.: Издательство Юрайт, 2014. 421 с.
3. Сафуанов Ф.С., Харитонова Н.К., Зейгер М.В., Переправина Ю.О., Христофорова М.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам об ограничении дееспособности вследствие психического расстройства: проблемы и перспективы // Российский психиатрический журнал. 2016. №2. С. 37-43.
4. Харитонова Н.К., Сафуанов Ф.С., Королева Е.В., Рукавская О.А., Васянина В.И. Правовые и судебно-психиатрические вопросы при лишении и ограничении дееспособности лиц с психическими расстройствами в свете ФЗ № 302 от 30.12.12г.: Информационное письмо. - М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. - 15 с.
5. Пояснительная записка к изменениям в Гражданский Кодекс РФ, касающимся реформирования парадигмы «недееспособности» [Электронный ресурс] // <http://www.osoedetstvo.ru/post/2011/05/reformirovanie-paradigmy-deesposobnost-nedeesposobnost-proekt-izmeneniy-v-grazhdanskiy> (дата обращения: 04.02.2018)

**Рукавская О.А., Андрианова С.А., Журавлева Е.В., Ныркова А.А., Корнева А.А.**

**Особенности родительского отношения матерей, страдающих параноидной шизофренией**

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** родительское отношение, «Родительское сочинение», параноидная шизофрения матерей

**Rusakovskaya O.A., Andrianova S.A., Juravleva E.V., Nyrkova A.A., Korneva A.A.**

**Attitude of paranoid schizophrenic mothers' toward child**

V.Serbsky NMRCPN of the MOH Russia, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** parental attitude toward child, «Parental composition», paranoid schizophrenic mothers

**Введение.** Существенным препятствием для разработки методологии судебно-психиатрических и комплексных психолого-психиатрических экспертиз по спорам об ограничении родительских прав является недостаточность научных данных о воспитании детей родителями, страдающими психическими расстройствами. В исследованиях, которые проводятся в рамках семейной психологии и психологии развития, наличие у родителей психического расстройства, в большинстве случаев, при формировании выборки является критерием исключения. В исследованиях, проводимых в рамках судебной психиатрии, выборка формируется из родителей, совершивших противоправное деяние в отношении ребёнка, или тех, в отношении которых решается вопрос об ограничении родительских прав, при этом из поля зрения выпадают матери и отцы, являющиеся «достаточно хорошими» родителями. Таким образом, родители, страдающие психическими расстройствами, оказываются «невидимой популяцией». Одной из важнейших категорий родительства является «родительское отношение» - целостная система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков [1, 2]. Исследований, направленных на изучение особенностей родительского отношения в семьях, где мать или отец страдают психическим расстройством, недостаточно, что определяет их актуальность. Целью настоящей работы явилось предварительное изучение особенностей родительского отношения матерей, страдающих параноидной шизофренией, с помощью модифицированной методики «Родительское сочинение» [3].

**Материал и методы.** Основную группу испытуемых составили женщины, страдающие параноидной шизофренией, имеющие детей в возрасте от 0 до 18 лет и находящиеся на лечении в психиатрическом стационаре (N=31). Контрольную группу составили матери несовершеннолетних детей, не страдающие психическими расстройствами и имеющие детей такого же возраста (N=20). Наряду с традиционными параметрами (распространенность определенных содержательных категорий, эмоциональный знак высказываний, особенность временной перспективы, центрированность высказываний) нами оценивалось количество паралогичных высказываний и частота использования

внутренних предикатов, относящихся к ребенку и к самому родителю [4]. В связи с неравенством на данном этапе исследования количества испытуемых в основной и контрольной группе сравнивались отношение количества определенных высказываний к количеству испытуемых в группе.

**Результаты.** Первое, что обращало на себя внимание - большее количество высказываний с отрицательным эмоциональным знаком в группе матерей, страдающих шизофренией: 33/31 в сравнении с 3/20 в контрольной группе. К подобным высказываниям мы относили такие, как «я всегда замечала его ленивость», «скорее всего, он любит, чтобы мама громко не разговаривала», «когда я думаю о своем ребенке, то вижу черные углы», «родилась с удивительно красивым лицом, а теперь оно стало меняться». Наибольшее количество высказываний с отрицательным эмоциональным знаком было в первых трех шкалах: «Открытая шкала», «Сравнительная оценка ребенка», «Значимые характеристики ребенка». В основной группе выделялись 2 испытуемых, у которых количество эмоционально негативных высказываний было особенно велико (5 и 8). У них же было наибольшим количество паралогичных высказываний. У матерей основной группы было меньше высказываний, центрированных как на себе (152/31 против 103/20), так и на ребенке (159/31 против 142/20). Если в контрольной группе было в целом больше высказываний, центрированных на ребенке, чем на себе, то в основной группе в некоторых шкалах ответы, центрированные на ребенке, вообще отсутствовали, а центрированные на себе встречались в большом количестве: 6/31 при продолжении фразы «Я хотела бы, чтобы...», 11/31 при продолжении фразы «Самое трудное, что пережил мой ребенок». В последнем случае содержание высказываний часто касалось психического здоровья матери или ее госпитализаций в психиатрические больницы. Интересно, что двух шкалах блока «Идеальные ожидания» соотношение между высказываниями, центрированными на себе и ребенке, в группах было обратным. При продолжении фраз «Я всегда мечтала о том, что...» и «я была бы рада, если бы...» у матерей, страдающих шизофренией, было 38/31 высказываний, центрированных на ребенке, против 13/20 в контрольной группе; высказываний, центрированных на себе: 18/31 и 32/20, соответственно. При сопоставлении содержательных категорий выявлялось следующее. У матерей основной группы во многих высказываниях звучали опасения в связи с имеющимся у нее заболеванием или психическим здоровьем ребенка. Данные высказывания наиболее часто встречались в «Открытой шкале», в блоке «Возможные страхи и ожидания» и в блоке «Анамнестические данные». Относительно значимых характеристик ребенка или имеющихся ожиданий высказывания пациенток часто были крайне конкретны: «мой ребенок силен в математике», «скорее всего, она вырастет балериной», «... будет водить автобус», тогда как в высказываниях контрольной группы чаще звучали обобщенные личностные характеристики: «мой ребенок силен в познании нового». Та же тенденция к конкретным ответам отмечалась в блоке реальных требований. По количеству высказываний, обращенных в прошлое или будущее, больших отличий между группами выявлено не было, тогда как высказываний, относящихся к настоящему времени в основной группе было меньше (32/31 против 30/20). Паралогичные высказывания в контрольной группе не встречались. В основной группе их было 13.

Как мы и предполагали, количество высказываний, которые содержали внутренние предикаты, относящиеся к ребенку, было значительно меньше в основной, чем в контрольной группе (25/31 и 28/20). Одно из возможных объяснений этого - нарушения эмоциональной сферы больных шизофренией и их меньшая способность к эмпатии [5, 6]. Однако этому объяснению противоречит следующее: количество женщин в основной группе, ни разу не использовавших внутренние предикаты, относящиеся к ребенку, составило 13 человек (42%), а в контрольной - 8 человек (40%), т.е. относительное количество таких испытуемых в группах не различалось. Так же группы практически не различались по частоте использования внутренних предикатов, относящихся к себе (29/31 и 21/20). Вероятно, использование внутренних предикатов является одной из базовых личностных характеристик и не связано с дефицитарной симптоматикой.

#### Литература

1. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения : дис. ... канд. психол. наук. – Москва, 1986. – 206 с.
2. Овчарова Р.В. Родительство как психологический феномен: учебное пособие / Р.В. Овчарова. – Москва : Московский психолого-социальный институт, 2006. – 496 с.
3. Шведовская А.А. Особенности переживания детско-родительских отношений и взаимодействие с родителями детей старшего дошкольного возраста: дис. ... канд. психол. наук. – Москва, 2006. – 206 с.

- 4.Новикова-Грунд М.В. Уникальная картина мира индивида и ее отображение на тексты: на примере текстов людей, совершивших ряд суицидальных попыток. М.: Левь, 2014. 188 с.
- 5.Рычкова О.В. Эмоциональные составляющие нарушений социальной перцепции при шизофрении. // Социальная и клиническая психиатрия - 2012. – Т.22 - №4. - С.22-26.
- 6.Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического спектра // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 6(29). – С. 10 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpri.ru> (дата обращения: 05.02.2018).

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-013-00921 А.*

**Русина Н.А.**

**К вопросу о подготовке и переподготовке клинических психологов**

ЯрГМУ, Ярославль, Россия

[rusinana@ysmu.ru](mailto:rusinana@ysmu.ru)

**Ключевые слова:** клинический психолог, профессиональный стандарт медицинского психолога, обучение, образовательный стандарт

**Rusina N. A.**

**On the issue of training and retraining of clinical psychologists**

YSMU, Yaroslavl Russia

**Keywords:** clinical psychologist, professional standard of medical psychologist, training, educational standard

**Подготовка клинических психологов.** Проблема обсуждалась неоднократно на многочисленных конференциях и в печати. Но мало что изменилось в самой сути. В настоящее время обсуждается проект ФГОС3++. На наш взгляд, это шаг назад. Предложенный стандарт показывает, что клинический психолог ничем не отличается от психолога. Сферы деятельности, в которой предполагается участие клинического психолога, затрагивают те же сферы, что и обычного психолога, в т.ч. культуру и искусство, административно-управленческую и офисную, обеспечения безопасности, сервиса, а также сквозные сферы, такие, как управление коммуникацией, сопровождения бизнес-процессов и обеспечения служебной деятельности. Для чего тогда вообще нужна подготовка по клинической психологии, получение клинико-психологических знаний, практик в медицинских учреждениях? Во всем мире клинический психолог на порядок выше по уровню квалификации, чем обыкновенный психолог. Не случайно обученный клинический психолог имеет квалификацию «специалист». Предыдущий ФГОС3+ просуществовал год. Жесткая регламентация выпуска нового ФГОС диктуется сверху, но она происходит в отсутствие профессионального стандарта по медицинской психологии. Поэтому принятие данного ФГОС не отвечает той деятельности, которую реально исполняют медицинские психологи в различных сферах здравоохранения, образования, МЧС, спорта, УФСИН. Наделение программ профессиональными компетенциями образовательными учреждениями приведет к тому, что студент не сможет переводиться в случае необходимости в другой вуз, тем более что предметы и их объем уже сейчас определяют образовательные учреждения. Отсутствие координированной деятельности профессионального сообщества медицинских психологов на уровне страны затрудняет принятие профессионального стандарта медицинского психолога. К его разработке должны быть привлечены именно работающие медицинские психологи с опытом работы. Министерство здравоохранения контролирует деятельность медицинских психологов. Все приказы для медицинских психологов идут от Минздрава. Для аттестации, обучения и оценки их работы, аккредитации рано или поздно потребуются профессиональный стандарт. Принят приказ Минздрава о том, что, начиная с 2020 года, специалисты категории «Прочие» также будут подлежать аккредитации, как и врачи. Медицинские психологи относятся к этой группе по разным квалификационным справочникам. Вот почему так важен профессиональный стандарт по медицинской психологии. Финансирует работу медицинских психологов Минздрав, места для подготовки клинических психологов в медицинских вузах выделяет Министерство образования, но с учетом предложений Минздрава. А Минздрав сейчас опирается на потребности регионов. Обучение только в столичных классических университетах для многих желающих является невыполнимой задачей, поэтому региональный компонент по клинической психологии не будет выполняться. На наш взгляд, на данный момент существуют две модели подготовки клинических психологов:

модель классического университета, где подготовка ориентирована в большей степени на научно-практическую деятельность, и модель медицинских университетов, где подготовка ориентирована в значительной мере на клинично-психологическую деятельность. В классических университетах имеется хорошая научно-практическая база, а в медицинских вузах есть клинические базы, которые предоставляются только студентам медицинских вузов. Надо сохранить обе модели.

Теперь о требованиях к кадровому составу: В ФГОС 3++ введено избыточное требование: 25% преподавателей с научной степенью по медицинской психологии. Ни в одном ФГОС ни по одной из специальностей, в т.ч. и по медицинским, такого требования нет. Вместо этого требования следовало бы ввести во ФГОС требование к участию в учебном процессе медицинских психологов - практиков. А для преподавателей психологов, преподающих дисциплины медицинской психологии, пожелать наличие переподготовки по клинической психологии. Это надо сделать, пока не произойдет полная смена кадров. В настоящее время количество защитных советов резко уменьшилось, и находятся они только в ведущих классических вузах страны. Процент защит по медицинской психологии очень не высок: 4-6 % от общего числа. Даже в рамках группы специальностей научных работников 19.00.00 - психологические науки, к которым и относится данное направление подготовки, группа 19.00.04 Медицинская психология содержательно ограничивает квалификацию кадров ППС образовательной программы. Паспорт ВАК «Медицинская психология» <https://teacode.com/online/vak/p19-00-04.html> описывает клинично-психологическую проблематику, которая явно не исчерпывает основное содержание специализаций подготовки по образовательным программам клинической психологии, регламентированные действующим ФГОС ВО: «Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях», «Нейропсихологическая реабилитация и коррекционно-развивающее обучение», «Клинично-социальная реабилитация и пенитенциарная психология», «Психология здоровья и спорта». Поэтому имеет смысл расширить требования к наличию степеней шифрами 19.00.01 - общая психология, психология личности, история психологии, 19.00.06 – юридическая психология; 19.00.13 – психология развития и т.д. И учесть наличие научных работ у преподавателей по клинической психологии.

**Переподготовка и повышение квалификации.** Медицинский психолог отличается по менталитету, по профессиональной этике, по клинично-психологическим знаниям и умениям от психолога, работающего в других сферах. Критерии: отношение к человеку как к пациенту в широком смысле слова, а не как к клиенту службы немедицинской сферы, оказание помощи «не по запросу», а «по состоянию» человека. В настоящее время психологи-консультанты и педагоги-психологи идут работать медицинскими психологами. Но без диплома о переподготовке по клинической психологии путь в учреждения Минздрава закрыт. Проверка ряда психологических служб ЛПУ выявляет в ряде случаев непрофессионализм специалиста, когда отсутствие клинично-психологических знаний, аттестации психологов на категорию, повышения квалификации, соблюдения приказов Минздрава. Университеты системы Минобразования принимают на переподготовку и социальных педагогов, и других специалистов с высшим образованием. Коллеги отмечают, что в магистратуру по психологии чаще приходят специалисты с непсихологическим образованием, чем бакалавры с базовым психологическим образованием. Далее они идут на переподготовку по клинической психологии. Вместе с тем согласно п.15 ст. 108 ФЗ Закона об образовании в редакции в редакции от 03.02.2014 N 11-ФЗ «лица, имеющие высшее профессиональное образование, подтверждаемое присвоением им квалификации "дипломированный специалист", имеют право быть принятыми на конкурсной основе на обучение по программам магистратуры, которое не рассматривается как получение этими лицами второго или последующего высшего образования». То есть прохождение магистратуры по психологии не означает получение ими высшего образования по психологии. А значит, они не могут быть приняты на переподготовку по клинической психологии. Медицинские вузы не принимают никаких других специалистов на переподготовку, кроме психологов с высшим образованием. Аккредитации специалистов по медицинской психологии оградит приток в нашу сферу неподготовленных специалистов.

**Выводы:** 1. Необходимо продолжать широкую профессиональную дискуссию по вопросу разработки профессионального стандарта медицинского психолога. 2. При обсуждении проекта ФГОС3++ предложить ФУМО внести изменения в требования к кадровым условиям реализации

программы, либо оставить требования в рамках действующего стандарта. 3. Разработать требования к переподготовке по клинической психологии в соответствии с Законом об образовании.

**Русина Н.А., Абдулганниева С.А.**

**Уровень семейной тревожности как фактор психотравмирующей ситуации при гематологических заболеваниях у детей**

ЯрГМУ, Ярославль, Россия  
[rusinana@ysmu.ru](mailto:rusinana@ysmu.ru)

**Ключевые слова:** гематологические заболевания, дети, родители, уровень семейной тревожности

**Rusina N. A., Abdulganieva S. A.**

**The level of family anxiety as a factor of the psychotraumatic situation in hematological diseases of children**

YSMU, Yaroslavl Russia

**Keywords:** hematological diseases, children, parents, family anxiety level

**Введение.** В России в год регистрируется до 3000 случаев вновь выявленных лейкозов у детей младше 14 лет. Если ребенок страдает врожденным заболеванием или тяжелая болезнь носит хронический характер, семьи зачастую оказывается на длительное время в облаке психотравмирующей ситуации и нуждается в психологической помощи. Несмотря на значимость вопроса, не так много исследований, посвященных исследованию особенностей семей больного. Результаты исследований часто встречаются лишь в абзацах учебников, в коротких главах монографии и редких журнальных статьях. Мы выбрали в качестве изучения один из аспектов проблемы - уровень семейной тревожности родителей, поскольку семейная тревожность может оказаться общей для всех членов семьи, предъявляющих порой совершенно разнообразные жалобы в социальной, эмоциональной, поведенческой, соматической и других сферах [2].

**Материал и методы.** Родители 20-и детей (экспериментальная группа), проходивших лечение в отделении гематологии и химиотерапии Областной детской клинической больницы г. Ярославля (ср. возраст родителей 35,3 лет, детей - 6,8 лет), родители 20-и здоровых детей (контрольная группа), проходивших медицинский осмотр в Городском центре здоровья (ср. возраст родителей 35,8 лет, детей - 6,8 лет). Методики: «Анализ семейной тревоги Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса; «Человек под дождем» Е.С. Романовой и Т.И. Сьзько. Программа Statistica 8: корреляционный анализ (непараметрическая версия, ранговый коэффициент корреляции Спирмена), U-критерий Манна-Уитни. Использование методики «Человек под дождем» дает возможность составить целостный психологический портрет клиента, что впоследствии позволяет проводить психокоррекционную работу. С точки зрения содержательной, качественной обработки авторы [1] выделили 12 значимых для исследования симптомокомплексов: трудности общения, враждебность, импульсивность, конфликтность в семье, тревожность, депрессивность, недоверие к себе, эмоциональная холодность, чувство незащищенности, чувство неполноценности, инфантильность, благоприятная ситуация. Количество пунктов в симптомокомплексе от 3 до 8, что затрудняет процесс сравнения. Поэтому мы перевели данные в проценты. Первоначально отмечали, какое количество признаков каждого симптомокомплекса выявлено в каждом рисунке (например, в рисунке N мы нашли 4 признака из 8 признаков симптомокомплекса тревожность). Далее перевели это значение в проценты (что означает, что у N симптомокомплекс тревожность представлена в 50%). Далее перешли к нахождению среднего значения в группе. Средние значения сравнивались по U-критерий Манна-Уитни.

**Результаты.** Между группами по общему тестовому показателю, включающему показатели чувства вины, тревожности и напряженности, получены достоверные различия ( $p < 0,05$ ). Родители в экспериментальной группе испытывают чувство беспомощности и ощущение неспособности вмешиваться в ход событий в семье. Гематологическое заболевание ребенка становится источником постоянного психологического давления. Им приходится прилагать усилия, чтобы сдерживать чувства фрустрации, раздражения, агрессии. Родители, особенно перед детьми, желают показать, насколько они сильны и смогут побороть тяжелые заболевания, но делают это без внутренней уверенности. Внешняя смелость в борьбе с болезнью оборачивается внутренней напряженностью и тревогой. Родители пребывают на лечении вместе с детьми на протяжении длительного времени.



Они вынуждены отлучиться от других членов семьи, уйти с работы; у них сужен круг общения. Показатель общей семейной тревожности в экспериментальной группе выражается в умеренной предрасположенности к преобладанию отрицательно окрашенных переживаний, связанных с семейной жизнью. Достоверные различия по показателям чувство неполноценности ( $p < 0,01$ ); инфантильность ( $p < 0,05$ ); конфликтность в семье ( $p < 0,001$ ); тревожность ( $p < 0,001$ ). Родители испытывают неослабевающее чувство собственной неполноценности, рассматривая себя как ответственных за произошедшее, усиливается самокритика, растет чувство неудовлетворенности собой, перерастающее во всепоглощающие страдания и переживания по поводу поступков и ошибок, приведших, как они считают, к заболеванию ребенка. Чувство неполноценности может вызвать преувеличенную родительскую заботу. При этом серьезность заболевания, особое отношение медицинского персонала к пациенту, более внимательное отношение со стороны родственников в совокупности снижает уровень ответственности родителя и становится фактором для проявления инфантильности. Тревожность, чувство собственной неполноценности в сочетании с инфантильностью поведения усиливаются раздражительностью, вспышками гнева, которые позже вызывают раскаяние. В экспериментальной группе показатель «конфликтность в семье» имеет положительную корреляцию с субшкалой «тревожность» и со шкалой «общий уровень семейной тревожности». Тревожность переносится на окружающих чувством страха, незащищенности, беззащитности. Тревожные опасения за состояние ребенка усиливают негативные переживания родителя. Возрастание переживаний приводит к возрастанию конфликтности в семье; отсутствие готовности членов семьи поддерживать друг друга обостряет ситуацию. Проявляются тенденции отрицательных корреляционных связей: субшкала «вина» - симптомокомплекс «недоверие к себе»; субшкала «вина» - симптомокомплекс «импульсивность»; шкала «общий уровень семейной тревожности» - симптомокомплекс «импульсивность». У родителей больных детей проявление импульсивности и недоверия к себе отрицательно взаимосвязано со склонностью к отрицанию своей виновности в отношении неудач в семье. Тенденцию к отрицательной взаимосвязи импульсивности и семейной тревожности в экспериментальной группе можно объяснить тем, что родители не предаются тяжелым переживаниям в случае неконтролируемых вспышек раздражительности, объясняя свое поведение тяжелой ситуацией. В экспериментальной группе получены значимые положительные корреляционные связи между тревожностью/общим уровнем семейной тревожности и конфликтностью в семье/ количеством детей; отрицательные связи - между импульсивностью и количеством детей в семье/образованием, между возрастом родителей и субшкалой «Тревожность». Для нашей выборки со средним уровнем образования (СПО) характерно стремление выполнять быстрые действия, даже в тех случаях, когда требуется тщательные рассуждения. Если в семье два и более ребенка, родителям приходится уделять больше ресурсов на обдумывание проблем перед тем, как принимать решение. Это связано с возрастающим чувством ответственности перед каждым членом семьи. Чем больше детей в семье, тем выше тревожность родителей и тем сильнее чувство незащищенности. В семье, где один из детей болеет, у родителей возникает опасения за здоровье других детей.

**Выводы.** 1. Уровень семейной тревожности выше у родителей детей с гематологическим заболеванием. 2. В экспериментальной группе сильнее выражена шкала «общий уровень семейной тревоги». 3. В экспериментальной группе сильнее выражены симптомокомплексы «чувство неполноценности», «инфантильность», «конфликтность в семье» и «тревожность».

#### Литература

1. Романова Е.В., Сытько Т.И. Проективные графические методики. Методические рекомендации. В 2-х частях. - СПб, 1992.
2. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. - СПб, 2008.

**Русина Н.А., Оленчук А.Б., Усубова З.Р.**

**Психологические особенности пациентов с болезнями соединительной ткани**

ЯрГМУ, Ярославль, Россия  
[rusinana@ysmu.ru](mailto:rusinana@ysmu.ru)

**Ключевые слова:** синдром гипермобильности суставов, дисплазия соединительной ткани, прокрастинация, тревожность, самооценка, перфекционизм.

**Keywords:** syndrome of joint hypermobility, connective tissue dysplasia, procrastination, anxiety, self-esteem, perfectionism

**Введение.** Болезни соединительной ткани генетически детерминированы и доставляют пациентам большие проблемы. Затруднена ранняя диагностика. Синдром гипермобильности (СГМС) суставов обнаруживается у 15% обследуемых. Распространенность проявлений недифференцированной ДСТ по данным Г.И.Нечаевой составляет около 20% при выборке из 3000 подростков и лиц молодого возраста. У пациентов с ДСТ наблюдается астенический синдром, который сопровождает их на протяжении всей жизни. Отмечается зависимость выраженности клинических проявлений астении от возраста: чем старше пациенты, тем больше субъективных жалоб. ДСТ не выделена в отдельную рубрику в МКБ-10, что затрудняет ее своевременное диагностирование и лечение. В каждом случае необходимо определить индивидуальные психологические, поведенческие особенности пациента, его готовность выполнить совет врача. Значимым фактором становится изучение психологических особенностей пациентов. У больных с ДСТ формируются такие психологические особенности как сниженное настроение, потеря ощущения удовольствия и интереса к деятельности, эмоциональная лабильность, пессимистическая оценка будущего, нередко с идеями самобичевания и суицидальными мыслями. В условиях стресса у людей с ДСТ появляются клинические признаки недостаточности механизмов компенсации и адаптации. В работе с такими больными необходима помощь клинического психолога.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие студенты 1 – 6 курса лечебного факультета и факультета клинической психологии ЯГМУ, а также интерны и ординаторы, обоютого пола, в возрасте от 18 до 25 лет. Исследуемая группа составила 80 человек. Для постановки диагноза СГМС используются шкалой Бейтона (баллы от 4 и выше) и признаком наличия боли в суставах. В исследовании оказалось 39% обследуемых с искомыми баллами, из них 48 % с признаком боли в суставах, т.е 19% обследуемым из общей выборки был поставлен диагноз СГМС. Из 80 обследуемых только у 5 респондентов можно подтвердить отсутствие недифференцированной ДСТ. В диагностический комплекс вошли: опросник «Шкала оценки прокрастинации PASS» (Procrastination Assessment Scale-Students (PASS)) - авторы Solomon L.J., Rothblum E.D., в адаптации Зверевой М.В.), методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн, методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, методика измерения перфекционизма Р. Слейни «Почти совершенная шкала». Для математической обработки были применены компьютерные средства (пакет SPSS v.20.0; приложение Microsoft Office Excel 2010). Использовались непараметрический критерий Манна-Уитни, коэффициенты корреляции Пирсона, дисперсионный анализ ANOVA.

**Результаты.** Высокий уровень ситуативной тревожности наблюдался у 20 человек (46%), средний уровень – у 23 человек (52%), низкий уровень у 1 испытуемого (2%). Высокий уровень личностной тревожности проявили 28 человек (64%), средний – 16 человек (36%), низкий уровень не был диагностирован ни у одного испытуемого (0%). Завышенная самооценка наблюдалась у 7 человек (26%), средняя – у 19 человек (38%), заниженная – у 18 человек (36%). По методике измерения перфекционизма эмпирические значения коэффициента превышают критические по таким показателям как «Стандарты и порядок», «Расхождение», «Отношения», «Перфекционистская тревога», «Прокрастинация», при этом, со шкалами «Стандарты и порядок», «Отношения», «Перфекционистская тревога» наблюдается прямая корреляция, а со шкалами «Расхождение» и «Прокрастинация» - обратная корреляция. Это свидетельствует о том, что существует статистически значимая взаимосвязь между данными показателями и уровнем самооценки у обследуемых, которая выражается в следующем: 1) чем выше уровень самооценки, тем более высоким является стремление к стандартам и порядку, перфекционизму в отношениях; 2) чем выше уровень самооценки, тем более высокий уровень перфекционистской тревоги; 3) чем ниже уровень самооценки, тем выше проявление в структуре перфекционизма таких показателей, как расхождение и прокрастинация.

При помощи дисперсионного анализа ANOVA получены следующие результаты. Первая зависимая переменная - уровень самооценки. Предикторы в модели: (константа) – самоконтроль, социальная тревожность. Это означает, что уровень социальной тревожности влияет на уровень самооценки исследуемых, тоже можно сказать и о влиянии самоконтроля на уровень самооценки. Таким образом, наибольший вклад в формирование самооценки вносят такие факторы прокрастинации, как самоконтроль и социальная тревожность. Вторая зависимая переменная – личностная тревожность. Предикторы в модели: социальная тревожность, ситуативная тревожность и общая частота прокрастинации. Результаты анализа свидетельствуют о влиянии уровня социальной тревожности, ситуативной тревожности и общей частоты прокрастинации на личностную тревожность. Таким образом, наибольшее влияние на показатель личностной тревожности оказывает общая частота прокрастинации. Подтверждено влияние личностной тревожности на ситуативную тревожность исследуемых. Третья зависимая переменная – невротический перфекционизм. Предикторы в модели: социальная тревожность, импульсивность, лень. Таким образом, социальная тревожность, импульсивность, лень влияют на невротический перфекционизм исследуемых.

Применив коэффициент корреляции Пирсона, мы обнаружили наибольшую взаимосвязь шкал социальная тревожность и невротический перфекционизм,  $r=0,705$ , что соответствует высокому значению. Таким образом, при повышении социальной тревоги повышается уровень невротического перфекционизма и наоборот. Степень их выраженности коррелирует между собой. Уровень значимости  $p<0.001$  – высокая достоверность. Выявлена взаимосвязь между шкалами лень и вызов:  $r=0,509$ , что соответствует среднему значению и означает, что при повышении показателя лени повышается показатель вызов и наоборот. Уровень значимости  $p<0.001$ . Между шкалами личностная тревожность и вызов  $r=0,409$ , что соответствует слабому значению. Слабая корреляция обнаружена между шкалами импульсивность и вызов,  $r=0,404$ . Это означает, что данные особенности личности влияют друг на друга, но незначительно. Уровень значимости  $p<0.001$ , высокая достоверность. Получен отрицательный  $r=-0,565$  между шкалами самоконтроль и лень, при повышении уровня самоконтроля исследуемого понижается уровень лени и наоборот. Между шкалами самоконтроль и вызов также отмечается  $r=-0,402$ . Уровень значимости  $p<0.001$  – высокая достоверность. Корреляция между шкалой самооценки и прокрастинацией не обнаружена. Также отмечен высокий уровень влияния социальной тревожности на такие шкалы как самооценка, личностная тревожность, невротический перфекционизм. Наиболее же зависимыми от других личностных факторов являются шкалы – самооценка и личностная тревожность. На основе этого можно сделать вывод, что, самооценка все же является «слабым звеном» в структуре личности, попадающим под влияние других личностных факторов. Применив критерий U Манна-Уитни, получили вывод, что при феномене прокрастинации уровень самоконтроля у мужчин выше, чем у женщин.

**Выводы.** Изучая феномен прокрастинации, мы выяснили, что данная проблема является актуальной не только для людей, страдающих болезнями соединительной ткани, но также и для здоровых людей. Наибольшее влияние на показатель личностной тревожности оказывает общая частота прокрастинации. Наибольший вклад в формирование самооценки вносят такие факторы прокрастинации, как самоконтроль и социальная тревожность. Показатель прокрастинации (уровень самоконтроля) у мужчин выше, чем у женщин. Дальнейшее исследование будет осуществлено по группам пациентов среди общей выборки.

**Рыжов А.Л.**

**Перспективы техники репертуарных решеток в патопсихологии**

МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва, Россия,

[andrey.ryzhov@gmail.com](mailto:andrey.ryzhov@gmail.com)

**Ключевые слова:** патопсихологическая диагностика, качественный анализ, репертуарные решетки

**Ryzhov A.L.**

**Perspectives of repertory grids technique in abnormal psychology**

Lomonosov MSU, Moscow, Russia

**Keywords:** abnormal psychology, qualitative methods, repertory grids

Специфика предмета исследования в рамках оригинального методологического подхода, сложившегося в отечественной патопсихологии, связана с ее ориентацией, как подчеркивалось Ю.Ф.

Поляковым, на исследование протекания психических процессов [1] с целью раскрытия механизмов, лежащих в основе наблюдаемых психопатологических феноменов, понимаемых как конечный продукт искаженной психической деятельности. Наиболее продуктивным экспериментально-патопсихологический метод показал себя при дифференциально-диагностическом изучении расстройств, проявляющихся в своеобразии познавательных процессов (шизофрения, органические расстройства, расстройства развития и пр.).

В то же время на современном этапе актуальными являются задачи, связанные с включением психологической оценки в коррекционную и консультативную практику, а также исследованием расстройств, при которых мы не вправе ожидать стойких отклонений в особенностях повседневного функционирования вне острой фазы (например, аффективных расстройств). В этом случае так или иначе требуется обращение к самому содержанию представлений, убеждений, установок, т.е. исследование самих «идеальных» феноменов, что обуславливает все большее привлечение в инструментарий патопсихолога опросников, основанных на самоотчете, а так же проективных техник, интеграция которых в структуру патопсихологического заключения или дизайны исследований, претендующих на экспериментальную методологию, зачастую отличается эклектичностью и неограниченностью.

В этом контексте оправдано привлечь внимание к методологии репертуарных решеток [2,3], использование которой в отечественной клинической психологии ограничивается отдельными примерами. Метод направлен на изучение «персональных теорий» по поводу людей, ситуаций, аспектов собственной личности или любых других значимых феноменов, позволяя известную широту применения, кроме оригинального RepTest'a, описанного Келли (включая простые, доступные для детей и лиц с когнитивным снижением варианты). Акцент на исследовании «персональных конструкций» позволяет рассматривать не только содержание субъективных представлений, но и характер самого процесса оценивания. При возможностях количественной обработки данных, метод характеризуется приматом качественного анализа и клинической, идиографической направленностью (в противовес методологии психосемантического исследования). Работа, как с аналитическими индексами, так и с непосредственным «сырым» материалом, позволяет легко интегрировать результаты в структуру патопсихологического заключения и интервенций. Важным является понятие «диапазона пригодности» персональных конструкций, параллель которому можно увидеть в принципе «функциональную пробу»: выявления тех умственных операций и мотивов, которые присущи человеку в реальной жизнедеятельности.

Выделим некоторые направления исследований, при которых использование методологии Келли представляется наиболее продуктивным:

1. Исследования нарушений мышления. В исследованиях Д.Баннистера была продемонстрирована «пространность» конструирования пациентами с шизофренией, проявляющаяся в низкой интенсивности (взаимосвязи) конструкций, низкой устойчивости конструкций и элементов (различия в оценках при повторном заполнении), и их отклонении от социальных стандартов, что повлекло создание GTTD, стандартизованного теста определения нарушений мышления [3, стр. 183]. В то время как лежащие в основе метода предположения могут быть переосмыслены с позиций концепции нарушений актуализации следов прошлого опыта при шизофрении, его достоинства связаны с перспективами исследования выраженности нарушений мышления в зависимости от оперируемого материала (конкретность-отвлеченность, эмоциональная нагруженность, социальное содержание). Отдельный интерес представляет то, как проявляются при заполнении решеток допонятийные формы мыслительных процессов (сам Келли [2, стр. 152] указывал на методику Выготского-Сахарова, как прототип репертуарного теста). Решетки также могут эффективно применяться при исследовании ригидности, прежде всего в области социального интеллекта.

2. Исследования самооотношения и самооценки являются другой традиционной сферой применения решеток [4, стр. 89-94]. Особо ценна возможность сочетания анализа выраженности расхождений между оценками «актуального» и «идеального» Я, с определением тех значимых параметров (конструктов), которые определяют это рассогласование. Так, с использованием техники имплицитных решеток Д.Хинкла [3, стр. 65], можно модифицировать методику исследования самооценки по Дембо-Рубинштейн для исследования роли отношения к телу в структуре самооотношения. Испытуемый сам содержательно определяет полюса каждой из шкал (что наиболее значимо, как

показатель здоровья, ума, внешности, успешности, характера, счастья и пр.), затем отмечает актуальное и идеальное положение на шкалах (что затем переводится в балльные оценки и подсчитываются индексы расхождения). На следующем этапе предъявляются карточки с записанными на них названиями полюсов шкал, а испытуемого просят предположить, где бы мог располагаться на каждой из шкал человек, про которого известно только то, что написано на карточке. Число отметок (импликаций) полюсов каждой из шкал на других шкалах рассматривается, как показатель значимости конструкта. В сравнительном исследовании (диплом А. Адиловой, 2017) девушек, осуществивших риноластику и девушек, имеющих телесные модификации, было показано, что в двух группах наиболее «имплицитными» являются конструкты, связанные с телом, но в первом случае преобладают конструкты, относящиеся к внешности, а во втором - к здоровью.

3. Исследования влияния аффективно-окрашенных представлений. Показано, что аффективно окрашенные представления могут, как определять содержание преобладающих конструктов, так и влиять на характер оценок как, например, отклонение от гипотезы «золотого сечения» в распределении позитивных-негативных оценок при депрессии, по Дж. Адамсу-Веберу [3, 135]. Существует большое количество примеров применения решеток в данном ключе с использованием разного материала для оценивания. Например, в исследовании оценок принимающими (приемными) родителями детских фотографий [5] была показана пригодность техники репертуарных решеток для выявления таких феноменов, как актуальность и трудность сдерживания специфических переживаний (связанных с депривационной проблематикой или проблемами доверия), присутствие ригидных ожиданий и стереотипов восприятия ребенка, что важно для прогноза риска вторичного отказа.

#### Литература

1. Поляков Ю.Ф. Теоретико-методологические проблемы патопсихологии // Е.Т. Соколова Е. Т., В.В. Николаева. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М, 1995. - с.9-26.
2. Kelly, G. The psychology of personal constructs. V.1., NY: Taylor & Francis, 2003.
3. Fransella F., Bell, R.& Bannister, D. A manual for repertory grid technique. Chichester: John Wiley & Sons, 2004.
4. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – МГУ Москва, 1989. – с. 210.
5. Жуйкова Е.Б., Печникова Л.С., Рыжов А.Л. Оценивание детских фотографий как метод исследования ожиданий и установок родителей к (потенциальному) приемному ребенку. Национальный психологический журнал. - (6 печати)

**Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.**

**Экспериментально-психологическая методика диагностики социальной тревоги «Социальные ситуации оценивания»**

Алтайский государственный университет, Барнаул, Россия.  
[olgasagalakova@mail.ru](mailto:olgasagalakova@mail.ru), [truevtsev@gmail.com](mailto:truevtsev@gmail.com)

**Ключевые слова:** социальная тревога, экспериментальная методика сортировки карточек (ситуаций оценивания)

**Sagalakova O.A Truevtsev D.V.**

**Neural mechanisms of self-focusing in social anxiety disorder**

Altai State University, Barnaul, Russia.

**Keywords:** social anxiety, experimental cards sorting test (evaluation situations).

Для диагностики нарушений регуляции и избирательности психической деятельности при социальной тревоге (СТ) / социальном тревожном расстройстве (СТР), согласно основным принципам патопсихологического эксперимента, необходимо моделирование социальных ситуаций. Разработанная и апробированная методика сортировки ситуаций оценивания [4] основана на принципах культурно-деятельностного подхода (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьев) [2], теории психосемантики (В.Ф. Петренко) [3], экспериментальной патопсихологии (Б.В. Зейгарник, др.) [1], патопсихологической модели СТ/СТР [4-5]. Методика основана на принципах: 1) пристрастного конструирования реальности, 2) мотивационной сортировки объектов, 3) принципе приписывания семантических характеристик объектам оценивания, достраивания социальной ситуации с помощью набора возможных поведенческих исходов, др. На основе результатов экспертного опроса лиц с СТ/СТР выявлены наиболее часто встречающиеся ситуации, вызывающие тревогу, опасения, чувство неловкости и стыда. Ситуации изображены в виде сюжетов, в наборе – 44 карточки (Сагалакова, 2016) [4].

Таблица 1. Списки ситуаций в наборе.

Карточки-ситуации для мужчин и женщин (по 7)	Карточки-ситуации <i>общие</i> (один набор – 30 карточек)	
1) позвонить по справочному номеру для выяснения информации, 2) спросить у прохожего маршрут, 3) пойти на праздник (вечеринку), 4) оказаться в неловком положении у всех на глазах (устье), 5) подготовка к сдаче экзамена, 6) употреблять пищу на людях (в кафе), 7) произносить тост.	1) работать под наблюдением начальника, 2) творчески работать под чьим-то наблюдением, 3) расплачиваться в магазине на кассе, 4) выбирать покупки в магазине, 5) сдавать экзамен (ожидание экзамена), 6) отказать друзьям пойти в клуб, 7) неловкая ситуация (вернуться, пройдя мимо требуемого места), 8) показать свой страх на людях, 9) оказаться в неловком положении (разлить кофе), 10) в ожидании собеседования, 11) пригласить на танец (принять приглашение на танец), 12) не смотрит в глаза при общении, 13) знакомится с девушкой(парнем), 14) заполнять квитанцию в организации, 15) ехать в общественном транспорте,	16) выражать чувства (на свидании), 17) выступать перед аудиторией, 18) непосредственное общение (поддерживать разговор), 19) возврат некачественной покупки в магазин, 20) встреча/знакомство с человеком, 21) неловкость за другого, 22) отстаивать мнение в коллективе, 23) на приеме у врача, 24) сдавать экзамен / писать контрольную, 25) близкое общение на свидании, 26) на собеседовании, 27) обсуждение проделанной работы, 28) примерять одежду перед покупкой, 29) прийти с докладом к начальнику, 30) оказаться в неловкой ситуации (повредить чью-то вещь).

Экспериментально-психологическое обследование СТ состоит из нескольких этапов. *На первом этапе* испытуемый знакомится с серией сюжетных картинок небольшого размера, на которых схематически изображены разные типы ситуаций оценивания. Когда все карточки разложены по группам испытуемого просят назвать полученные типы ситуаций и кратко описать их. Если испытуемый затрудняется объединить карточки (много групп), то можно направлять испытуемого к объединению их в группы («чем они похожи», т.д.). *На втором этапе* анализируется каждая образованная группа. Испытуемого просят описать главное действующее лицо ситуации (о чем думает он, его «собеседник», его желания в ситуации, переживания, вероятный исход ситуации (протокол - Табл. 2).

Таблица 2. Протокол фиксации результатов на первом и втором этапе.

Группа ситуаций (название и номер по очередности образования испытуемым). Перестройки в группах на 1 этапе	Ситуации, входящие в группу	Комментарии испытуемого по ходу выполнения / характеристика в ситуации или образованных групп	Уточняющие вопросы экспериментатора/ комментарии экспериментатора	Мысли участников группы / отдельных ситуаций	Эмоции / и поведение участников группы / отдельных ситуаций

*На третьем этапе* испытуемого просят проранжировать данные группы по трем позициям: 1) выраженность тревоги и страха в ситуациях, 2) избегание ситуаций (или стремление к избеганию), 3) желание участвовать при гарантии успешного исхода ситуаций (Табл. 3).

Таблица 3. Протокол обследования на третьем этапе.

Группа ситуаций (название)	Степень выраженности тревоги и страха (рейтинг)	Степень выраженности стремления к избеганию этих типов ситуаций (рейтинг)	Степень желания участвовать в данном типе ситуаций при гарантии успешного исхода (рейтинг)	Другие рейтинги, выявленные индивидуально в ходе беседы (рейтинг)

*Четвертый этап.* Далее из трех верхних групп в иерархии рейтинга «желание участия при уверенности в успехах» испытуемому предлагается выбрать по одной карточке, которая ему больше всего запомнилась, «бросилась в глаза». Эти ситуации соответствуют мотивационным приоритетам испытуемого. После выбора ситуаций их просят назвать, результаты вносятся в протокол (Табл. 4).

Таблица 4. Протокол наблюдения (четвертый этап).

Название ситуации и группы	Эмоции, переживания Персонажа ситуации	Мысли, размышления персонажа о себе, других, ситуации в целом	Исход (прогноз) ситуации

Данные всех этапов обобщаются, непротиворечащие друг другу результаты представляются в виде заключения по методике, протокол обследования прилагается. *Возможен пятый этап обследования*, который не является обязательным. Этот этап реализуется после проведения других мето-

дик исследования психической деятельности через 30-40 минут. Предлагается вспомнить, какие группы были выделены ранее (мотивационная пристрастность припоминания). Определены типы оснований сортировки ситуаций: 1) эмоционально-оценочные, четко очерченная высокая роль оценивания в наименовании ситуации и эмоций; 2) факты сюжета ситуации, наименование ситуаций или деятельности в них; 3) смешанный тип (и фактические, и эмоционально-оценочные названия).

*Эмоционально-оценочные или категориально-функциональные основания.* При специфической форме СТР, страхе и тревоге в определенных ситуациях – именно эти ситуации группируются по «эмоциональному» признаку, остальные могут группироваться по содержательному принципу. При оптимальной системе регуляции деятельности по решению социальных задач при оценивании (при оптимальном, низком уровне СТ) характерна сортировка ситуаций по «смысловому» основанию. Мотивационного противоречия при низкой СТ не определялось. Особенности сортировки ситуаций связаны с задачами возрастного развития и актуальной системой социальных отношений. Страх оценивания более выражен в тех ситуациях, которые представляют для актуального возраста основную ситуацию социального развития и ту систему отношений, в которые включен человек. Невозможность отнести одну ситуацию ни к одной образованной группе («отдельная карточка») свидетельствует о ее высокой мотивационной значимости, личностной включенности испытуемого в ситуацию, даже если он дает ей смысловое наименование. Анализ *рейтингов «страх в ситуации», «избегание в ситуации», «желание участвовать при уверенности в успешном исходе»* и их системного соотношения проводится с целью определения мотивационного противоречия в смыслообразовании, целевого расхождения между образом желаемого и предполагаемого результата деятельности. Испытуемого просят распределить образованные группы по мере выраженности страха, избегания и желания участия в них с позиции того, как это для других людей, чтобы создать позицию «отстранения» с целью преодоления установочных результатов.

#### Литература

1. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. Москва: Изд-во МГУ, 1971. - 100с.
2. Николаева В.В., Арина Г.А., Печникова Л.С. Культурно-деятельностная парадигма в клинической психологии // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – N 4 (6) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 05.02.2018).
3. Петренко В.Ф. Основы психосемантики. — СПб.: Питер, 2005. — 480 с.
4. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Патопсихология социальной тревоги и социального тревожного расстройства. [монография] – Томск: Изд-во Том. ун-та. 2016. – 140с.
5. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2017 — № 117 (4) — С.15-22.

*Публикуется при поддержке гранта РФФИ (17-29-02420)*

**Саковская В.Г., Иванова Н.В.**

#### Психологическое содержание юмора у подростков с умственной отсталостью

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России;  
Санкт-Петербургское ГБУЗ "ПНД № 5", Санкт-Петербург, Россия  
[veragenadevna@rambler.ru](mailto:veragenadevna@rambler.ru)

**Ключевые слова:** функции юмора, исследование юмора, адаптация подростков, дизонтогенез

**Sakovskaia V.G., Ivanova N.V.**

#### Psychological content of humor in adolescents with mental retardation

FSBI SPPI ME Ministry of Labor and Social Protection of the Russia; Outpatient Department of the State Budgetary Healthcare Institution City Psychological Dispensary № 5  
Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** functions of humor, humor research, adaptation of adolescents, dysontogenesis

**Введение.** Необходимость успешной интеграции подростков с разным видом дизонтогенеза в современный социум делает приоритетным исследование их личностных ресурсов. Одним из компонентов адаптационного потенциала подростков с проблемами в развитии можно рассматривать юмор. Юмор наряду с другими психологическими феноменами может обеспечивать подросткам дополнительный ресурс успешной адаптации в социальной среде. Юмор понимается как свой-

ство психики; способ познания окружающего мира и взаимоотношений между людьми; способ защиты и самопрезентации личности.

В жизни и деятельности человека юмор выполняет разнообразные функции. В обобщенном виде они могут быть сведены к регуляции социального взаимодействия, самораскрытия личности, поведения и психофизиологического состояния, а также к защитной, адаптационной и воспитательной функции. Привлечение к исследованию подростков с легкой степенью умственной отсталости позволило определить роль интеллектуальной детерминанты в проявлениях юмора.

**Материал и методы.** Цель исследования заключалась в раскрытии психологического содержания юмора у подростков с отклонениями в развитии. В эксперименте участвовало 100 учащихся старшего (15-16 лет) школьного возраста, из них 50 подростков с легкой степенью умственной отсталости и 50 подростков с нормальным психическим развитием (25 девочек и 25 мальчиков в каждой группе). Отбор подростков в экспериментальную группу осуществлялся на основании клинического диагноза, зафиксированного в медицинской карте ПНД, совместно с экспертами - психологами и педагогами, постоянно работающими с подростками, которые обучались в коррекционных учреждениях VIII вида г. Санкт-Петербурга. В исследовании участвовали наиболее мотивированные подростки, которые не испытывали особых трудностей в понимании инструкции и выполнении заданий. Контрольную группу составили учащиеся с нормальным психическим развитием, обучающиеся в общеобразовательных школах г. Санкт-Петербурга, успешно справляющиеся со школьной программой. Исследование было добровольным, добровольство была достигнута договоренностью о конфиденциальности. Проявления юмора исследовались с помощью стандартизированной беседы (авторский вариант Ивановой Н.В.), ассоциативного теста (модификация теста К. Юнга), теста юмористических фраз А. Г. Шмелева, В. С. Болдыревой, монотематических рисунков Х.Бидструпа. Для обработки эмпирического материала применялись методы многомерной вариационной статистики, кластерный анализ.

**Результаты.** Несмотря на различия в интеллектуальных способностях, подростки имели достаточно разнообразные и в ряде случаев сходные представления о юморе. Подросткам доступно понимание ключевых категорий комического – «юмор» и «человек, обладающий чувством юмора». Но для подростков с нормальным психическим развитием важен не только эмоциональный, но интеллектуальный и этический компонент юмора, и, как показал кластерный анализ, их ассоциации отражают большую личностную зрелость. Для раскрытия психологического содержания юмора были определены вопросы, используемые при индивидуальной беседе, например: "С какими словами, по-твоему, связано слово «юмор»? Как выглядит человек, с чувством юмора? Какие сказки ты знаешь? Назови из них самые смешные. Какие события смешные?" и др. Подростки обеих групп смешной назвали сказку «Колобок». В этой сказке их смешат качества, присущие главному герою: простота, излишняя доверчивость, беззаботность и неоправданная самоуверенность. Умственно отсталые подростки также смешной назвали «Сказку о попе и работнике его Балде». Они выделяли два эпизода, которые их смешили: черти, прячущиеся от Балды, и щелчки как расплата за труд. Возможно, смешным они находят агрессивное поведение людей. Довольно часто они смеялись над сказкой «Теремок». Смех у них вызывали, прежде всего, имена героев («сайчик-побегайчик», «писичка-сестричка», «лягушка-квакушка», «мышка-норушка» и т.д.). Для подростков с нормальным психическим развитием смешными оказались сказки «Три толстяка» и «Мойдодыр», находя комическое во взаимоотношениях между персонажами. Важно отметить, что для всех подростков источником смеха выступают внешние признаки человека: речь, внешний облик, манера поведения. Не случайно, всеми подростками клоун рассматривается как носитель юмора. Смешными также кажутся подросткам и определенные личностные характеристики человека: простота, доверчивость, беззаботность. Но сниженный интеллектуальный потенциал, видимо, затрудняет дифференциацию комических ситуаций. Смешными для умственно отсталых подростков кажутся как доброта, так и агрессия. Смех вызывают у них и некоторые состояния человека, которые больше достойны сочувствия, чем осмеяния, например, болеющий, плачущий, падающий человек. Таким образом, характерным признаком юмора умственно отсталых подростков можно определить эмоциональную синкритичность, отражающую трудность соотнесения юмора с социальным контекстом ситуаций, недостаточно сформированную чувствительность к смысловым нюансам комического, как в межличностных отношениях, так и в познании окружающей их действительности. Поэтому



вопрос о смешных событиях, происходящих вокруг, для умственно отсталых подростков оказался наиболее сложным. Подростки с нормальным психическим развитием смешное видели в ситуациях, требующих определенного абстрагирования от конкретной ситуации; смешными для них были такие сферы как: семейные неурядицы, деньги, мода, в том числе и смех над собой; они смеются над выступлениями политиков, предвыборными депутатскими программами. В меньшей степени они видят возможность использования смеха при достижениях профессиональной карьеры, реже они видели смешное в искусстве, и менее смешной им кажется человеческая глупость. Кроме того, подростки с нормальным психическим развитием не рассматривают систему взаимоотношения полов как смешную. Анекдот и шутки представляют собой наиболее доступное средство выражения юмора, особенно для подростков, имеющих отклонения в развитии.

**Резюме.** Умственно отсталые подростки способны использовать некоторые проявления юмора, но взаимосвязь проявлений юмора и адаптационных возможностей слабо выражена. Они менее чувствительны к комическому в разных жизненных ситуациях, им трудно соотносить юмор с социальным контекстом ситуаций. Кроме того, отсутствие необходимого диагностического инструментария ограничивает исследование адаптационного потенциала у подростков с отклонениями в развитии.

**Саковская В.Г., Жаркова Л.Г., Подколзина Л.Г.**

**Эмоциональные состояния учащихся с отклоняющимся поведением**

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России  
Санкт-Петербургский институт культуры, Санкт-Петербург, Россия  
[veragenadevna@rambler.ru](mailto:veragenadevna@rambler.ru)

**Ключевые слова:** эмоциональные состояния, агрессивность, тревожность, настроение, отклоняющееся поведение

**Sakovskaia V.G., Zharkova L. G., Podkolzina L. G.**

**Emotional state of students with deviant behavior**

FSBI «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, Saint-Petersburg Institute of Culture, Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** emotional states, aggression, anxiety, mood, deviant behavior

**Введение.** Реформы школы, которые активно идут в последние годы, большое внимание уделяют улучшению познавательных процессов старшеклассников, и значительно меньше – эмоциональным состояниям. Требования и заказ социума на знания и умения, и недооценка эмоциональной сферы человека заявляют о себе отклонениями в поведении. Грамотное отношение к внутреннему миру, эмоциям школьников становится актуальным для сохранения их физического и психического здоровья, для нормальных отношений в семье и школе. **Материал и методы.** Целью исследования был сравнительный анализ эмоциональных состояний старшеклассников центра обучения с отклоняющимся поведением и общеобразовательной школы. В эксперименте участвовало 210 школьников старших классов в возрасте от 16 до 20 лет. Из них - 106 учащихся 9-11 классов центра (экспериментальная группа), 104 - учащихся 9-10 классов школы (контрольная группа). В экспериментальной группе юноши составили 67 чел. (63,2 %), девушки - 39 чел. (36,8%); в контрольной - юноши 42 чел. (40,4%), девушки – 62 чел. (59,6%). Исследование проводилось на базе центра обучения с отклоняющимся поведением и общеобразовательной школы одного из районов г. Санкт-Петербурга. Исследование было добровольным, добровольность была достигнута договоренностью о конфиденциальности. В исследовании эмоциональных состояний старшеклассников использовались следующие методики: тест-опросник Спилбергера-Ханина для исследования ситуационной и личностной тревожности; опросник Басса-Дарки для исследования агрессии; САИ для исследования самочувствия, активности, настроения. Из методов обработки данных применялся корреляционный и факторный анализ (статистическая программа SPSS-11).

**Результаты.** Исследование уровня тревожности, как фундаментального эмоционального состояния, у старшеклассников центра и школы, показало, что им свойственно повышенное состояние тревожности. В экспериментальной группе уровни ситуационной тревожности в процентном отношении распределились следующим образом у юношей: высокий – 14,9%, средний – 50,8%,

низкий -34,3%; у девушек: высокий -30,8%, средний - 51,3%, низкий - 17,9%. В контрольной группе - у юношей: высокий - 7,1%, средний - 54,8%, низкий -30,1%; у девушек: высокий - 8,1%, средний - 61,3%, низкий - 30,6%. В экспериментальной группе уровни личностной тревожности составили у юношей: высокий - 23,9%, средний - 59,7, низкий -16,4%; у девушек: высокий - 28,2%, средний - 61,5%, низкий - 10,3%. В контрольной группе у юношей: высокий - 9,5%, средний - 64,3, низкий - 26,2%; у девушек: высокий - 4,8%, средний - 79,1%, низкий - 16,1%. Количество испытуемых с высоким уровнем ситуационной тревожности выше в экспериментальной группе, по сравнению с контрольной группой, у юношей - в 2,1 раза, у девушек - 3,8. Количество испытуемых с высоким уровнем личностной тревожности также выше в экспериментальной группе, у юношей в 2,5 раза, у девушек - в 5,9.

Максимальные и минимальные значения физической, косвенной и вербальной агрессии в экспериментальной и контрольной группе практически не различаются. Результаты средних значений физической агрессии в экспериментальной и контрольной группе составили соответственно у юношей 6,6 и 6,5 балла, у девушек - 5,9 и 5,2 балла; косвенной агрессии у юношей 5,3 и 5,1 балла, у девушек - 5,3 и 5,0 балла; вербальной агрессии у юношей 8,3 и 8,4 балла, у девушек - 7,6 и 8,2 балла. И только средние значения вербальной агрессии юношей и девушек центра ниже, чем в школе, особенно у девушек.

Интересны минимальные значения настроения в экспериментальной и контрольной группе у юношей - 3,8 и 5,6 балла, у девушек - 4,4 и 4,5 балла; таким образом, самый сниженный фон настроения в группе юношей центра.

У юношей центра наиболее прочные достоверные взаимосвязи обозначились между косвенной агрессией и обидой (0,421); косвенная (-0,246) и физическая агрессия (-0,246) отрицательно коррелирует с самочувствием; вербальная агрессия достоверно связана с подозрительностью (0,306), виной (0,470) и негативизмом (0,249). У юношей школы вербальная агрессия коррелирует с подозрительностью (0,315), косвенной агрессией (0,407), обидой (0,355), раздражением (0,439), виной (0,527), негативизмом (0,408), личностной (0,391) и ситуационной тревожностью (0,317). У девушек центра достоверные связи выявлены у раздражения: с физической агрессией (0,319), косвенной агрессией (0,493), вербальной агрессией (0,436) и подозрительностью (0,413), которая коррелирует с обидой (0,326). У девушек школы раздражение коррелирует с личностной (0,421), ситуационной тревожностью (0,509), вербальной агрессией (0,526), физической (0,466) и косвенной агрессией (0,302), негативизмом (0,354), обидой (0,456), подозрительностью (0,354); настроение связано с самочувствием (0,658) и активностью (0,724), и отрицательно коррелирует с личностной (-0,295) и ситуационной тревожностью (-0,325); вина имеет выраженные достоверные связи с негативизмом (0,327), ситуационной (0,269) и личностной тревожностью (0,270).

Эмоциональные состояния девушек общеобразовательной школы наиболее насыщены достоверными связями, по сравнению с другими группами. В целом, эмоциональные состояния старшеклассников центра обучения с отклоняющимся поведением обладают менее развитой системой связей по сравнению с эмоциональными состояниями старшеклассников школы.

Были сформированы три основных фактора эмоциональных состояний: первый фактор - «раздражительно-обидчивый», второй - «тревожный», третий "САН", охватывающий значения самочувствия, активности настроения. Из факторного анализа эмоциональных состояний старшеклассников следует, что в состав всех трех факторов вошли: у юношей центра - физическая агрессия; у юношей школы - вербальная агрессия, ситуационная и личностная тревожность. У девушек центра - вербальная агрессия и раздражение; у девушек школы - вербальная агрессия, личностная тревожность, раздражение и обиды. Как следует из результатов, во всех группах старшеклассников значительный вес в факторных нагрузках несут ситуационная и личностная тревожность, различные виды агрессии.

**Резюме.** На основе проведенного исследования следует отметить отсутствие резких границ в результатах эмоциональных состояний между старшеклассниками центра обучения с отклоняющимся поведением и общеобразовательной школы. Вместе с тем, полученные данные свидетельствуют о более значительном неблагополучии в эмоциональных состояниях старшеклассников центра обучения с отклоняющимся поведением.

Таким образом, старшеклассники нуждаются в психологической помощи, оказание которой должно проводиться с учетом разной степени проявления эмоциональных состояний (тревожности, агрессивности, раздражения, обиды, колебания настроения) у старшеклассников центра обучения с отклоняющимся поведением и старшеклассников общеобразовательной школы.

**Самищенко С.С.**

**О корреляции дактилоскопической формулы человека и его девиантного поведения**

РФЦСЭ при Минюсте РФ, Москва, Россия

[samischenko@yandex.ru](mailto:samischenko@yandex.ru)

**Ключевые слова:** папиллярные узоры, девиантное поведение, корреляция

**Samischenko S.S.**

**Correlation of fingerprint formula man and his deviant behavior**

RFCFS of the Ministry of Justice, Moscow, Russia

**Keywords:** papillary patterns, deviant behavior, correlation

**Введение.** Отклоняющееся от нормы, в негативном плане, поведение человека одна из самых серьезных проблем современного общества. Причины девиантного поведения людей делятся на две группы – социальные и биологические. Биологические причины девиантного поведения человека определяются многими факторами, в том числе особенностями деятельности мозга человека. Корреляция морфофункциональных особенностей головного мозга человека с некоторыми характеристиками папиллярных узоров отмечается в научной литературе. Это обусловлено тем, что они совместно формировались в филогенезе и развиваются из одного зародышевого листка в эмбриогенезе.

Нами поставлена **задача** исследовать корреляции количественных и качественных характеристик дактилоскопических формул человека с некоторыми видами девиантного поведения человека. Положительные результаты похожих научных исследований имеются в литературе [1,2,3].

**Материалы и методы.** Базовым объектом исследования были избраны отпечатки пальцев мужчин в возрасте от 18 до 27 лет. Расовый и национальный состав был пропорционален составу молодого мужского населения России. Общее количество исследованных объектов 2.849.318. Непосредственно исследовались комбинации папиллярных узоров на концевых фалангах пальцев рук, названные дактилоскопической формулой человека [2]. На этой группе исследовалось нормальное распределение дактилоскопических формул.

Для обработки дактилоскопических материалов были созданы специализированные компьютерные программы. В буквенном выражении дактилоскопическая формула выглядит как последовательный ряд букв, обозначающих типы узоров: З – завитковый узор, У – ульнарная петля; Р – радиальная петля; Д – дуговой узор. Буквы записываются последовательно, начиная с большого пальца правой руки и заканчивая мизинцем левой. Например, формула Альберта Эйнштейна выглядит следующим образом – ЗЗУЗУЗЗЗЗУ.

В качестве групп сравнения выступали группы лиц с девиантным поведением: серийные убийцы-маньяки (n = 35) (далее «маньяки»); дети с девиантным поведением (n = 90) (далее «плохие дети»). Отпечатки пальцев этих групп обрабатывались с использованием тех же методик, что и отпечатки «нормальной» группы.

**Результаты.** Теоретически количество вариантов дактилоскопических формул при исследовании четырех вариантов типов узоров на десяти пальцах могло достигнуть  $4^{10}$ , то есть – 1.048.576. Однако в исследованном массиве объемом 2.849.318 дактилокарт встретились только 32.342 варианта дактилоскопических формул, то есть всего 3,084%. Частоты встречаемости установленных формул колеблются в пределах от максимальной 4.31127 (десять ульнарных петель) до 0,000035% (единичные формулы). Все формулы были сведены в единый список и ранжированы по частоте встречаемости.

Оказалось, что 90% исследованных индивидов имеют, примерно, 1200 наиболее часто встречающихся формул. Остальные формулы (более 31 тысячи) встречаются лишь у 10% индивидов. Проведенные исследования дали представление о популяционной норме распределения дактилоскопических формул среди молодого мужского населения России.

По результатам проведенных исследований была создана специализированная компьютерная программа «Дактоформула», которая позволяет устанавливать частоту встречаемости любых сочетаний папиллярных узоров на концевых фалангах пальцев рук человека [4].

Для сравнительных исследований показателей нормального распределения дактилоскопических формул и распределения дактилоскопических формул в группах с девиантным поведением все дактилоскопические формулы были разделены на три группы по частоте встречаемости. Частыми обозначены 30% формул с частотами встречаемости от 4,311 до 0,555%, в качестве средних приняты 40% формул с частотами встречаемости от 0,55 до 0,0681%, редкие формулы составили 30% от общего количества формул и имели частоту встречаемости от 0,068 до 0,000035%.

Данные о частоте встречаемости формул в «норме» и в группах «маньяки» и «плохие дети» сведены в общую таблицу.

Таблица. Сравнение частоты встречаемости дактилоскопических формул в норме и группах «маньяки» и «плохие дети»

№ п/п	Частота встречаемости формул	Норма N = 2.849.318	«Маньяки» N = 35	«Плохие дети» N = 90
		в %		
1	«Частые»	30	14,3	27,3
2	«Средние»	40	37,1	6,8
3	«Редкие»	30	48,6	54,5
4	«Специфические»	0	0	11,4

Сравнительные исследования частоты встречаемости формул в норме с частотами встречаемости формул в группах лиц с девиантным поведением показало, что в группе «маньяки» отмечается более чем двукратное падение частоты встречаемости частых формул (2,1), в группе «плохие дети» снижения количества таких формул практически не наблюдается (1,1). «Средние» формулы по частоте встречаемости остались на том же уровне в группе «маньяки» (1,08) и практически в шесть раз уменьшились в группе «плохие дети» (5,9). «Редкие» формулы в группе «маньяки» выросли в 1,6 раза, а в группе «плохие дети» в 1,8 раза. Однако самое удивительное, что в группе «плохих детей» имеют место специфические формулы в количестве 11,4%, то есть такие формулы, которые не встречаются в двух других группах.

#### **Выводы.**

1. Сравнительные исследования дактилоскопических формул у лиц, входящих в группы с девиантным поведением, показало, что в этих группах имеются существенные отклонения от нормального распределения дактилоскопических формул. Это является основанием для признания факта некой природной предрасположенности к девиантному поведению индивидов, имеющих редкие дактилоскопические формулы.
2. Качественные и количественные характеристики дактилоскопических формул детей с девиантным поведением, в большей степени отличаются от нормальных, чем взрослых субъектов с девиантным поведением.
3. Полученные данные уже сейчас можно использовать для диагностики и прогнозирования девиантного поведения человека в рамках научно-практической деятельности в таких сферах как педагогика, криминология, криминалистика и других.
4. В качестве одного из инструментов диагностических и прогностических исследований дактилоскопических формул человека может быть использована программа «Дактоформула».

#### **Литература**

1. Богданов Н.Н., Самищенко С.С., А.И. Хвилья-Олингер Дерматоглифика серийных убийц / Вопросы психологии, № 4, 1998. С. 61-65.
2. Самищенко А.С. Сравнительные исследования дактилоскопических формул человека // Закон и право, 2014. № 11. С. 136-138.
3. Самищенко С.С., Толстухина Т.В. Папиллярные узоры как маркер адаптационного фенотипа человека / Известия ТулГУ. Экономические и юридические науки. Юридические науки. – Тула: Изд-во ТулГУ, 2015. Вып. 1. Ч. II. С. 19-24.
4. Самищенко А.С. Диагностическое и идентификационное значение дактилоскопических формул // Закон и право, 2014. № 4. С. 117-118.

Самойлова В.М., Дементей Н.В.

Особенности реализации социально-бытовых навыков у старших дошкольников с РАС

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** социально-бытовые навыки, старшие дошкольники с

РАС, показатели моторной ловкости, дефицитность психофизиологических предпосылок для формирования социально-бытовых навыков

Samoylova V.M., Dementei N. V.

Features of realization of social skills at the senior preschool children with ASD

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** social life skills, preschool children over five with ASDs, rates of motor agility, lack of psycho-physiological presupposition for formation of social life skills.

**Введение.** Социально-бытовые навыки – это разновидность адаптивного поведения, которое также включает общение и социальные навыки; это часть культуры. При отсутствии желания входить в культуру ребенок ими не овладевает. При нормальном развитии ребенок овладевает большинством социально-бытовых навыков в естественной среде, наблюдая за взрослыми и общаясь с ними. Складываясь в результате повторений, *навык становится потребностью, привычкой. Навык позволяет ребенку делать все ловко, точно, быстро* [3, с.12]. Общеизвестно, что формирование социально-бытовых навыков у дошкольников с РАС отстает во времени, их выполнение характеризуется неловкостью, трудностями актуализации навыков в изменённых условиях. На скорость формирования и точность выполнения навыка влияет уровень развития речи, общей и мелкой моторики, особенности мотивационной структуры, состояние когнитивных процессов ребенка и, прежде всего, внимания и мышления [5]. Дошкольник-аутист практически не направлен на освоение навыков необходимых для самостоятельной жизни. У аутичного ребенка социально-бытовая адаптация требует регулярных, систематично построенных и длительных усилий специалистов и близких. Социально-бытовые навыки дошкольников с РАС имеют разные формы дефицитности, ими могут быть как недостаток овладения навыком, так и недостаток применения навыка [6]. Недостаток овладения навыком подразумевает отсутствие определенного навыка или поведения. Недостаток применения навыка подразумевает, что навык или поведение знакомы ребенку, но он их не показывает и не использует. Причиной неспособности применения навыка могут быть: несформированность мотивации, тревожность, повышенная сенсорная чувствительность. Признаком разделения между недостатком овладения навыком и недостатком его использования может служить способность дошкольника демонстрировать навык со многими людьми и во многих ситуациях [2]. Для нас было важно понять, существуют ли психолого-физиологические предпосылки для овладения социально-бытовыми навыками у дошкольников с РАС? Мы полагали, что при высоком уровне развития этих предпосылок ребенок может овладевать навыками самостоятельно в ограниченные сроки [1].

**Материал и методы.** С этой целью нами было решено провести обследование уровня сформированности предпосылок социально-бытовых навыков у дошкольников с РАС. Объектом исследования стали психофизические процессы старших дошкольников с РАС, являющиеся необходимым условием овладения социально-бытовыми навыками. За предмет исследования мы взяли уровень сформированности тех психических явлений, что служат условием овладения социально-бытовыми навыками. Исследование проводилось в ДО № 3 инклюзивной школы № 1321 («Ковчег»). Нашими испытуемыми были старшие дошкольники с расстройством аутистического спектра 13 человек, из которых 6 человек – из старшей группы, 7 человек – из подготовительной группы. Средний возраст испытуемых – 6 лет 2 мес. 4 воспитанника подготовительной группы и 3 воспитанника старшей группы пользовались для взаимодействия PECS и употребляли некоторые фразы при общении. Они же дополнительно обучались в центрах, оказывающих помощь детям с аутизмом. Остальные дети обучались только в нашем саду. Они при взаимодействии пользовались высокочастотными упрощёнными фразами. Наше изучение социально-бытовых навыков проводилось в несколько этапов: изучение документации, беседа с педагогами группы, наблюдение за поведением детей во время режимных моментов, экспериментальное обследование

**Изучение документации.** Ознакомившись с документацией, мы выявили, что основная часть детей может выполнять отдельные социально-бытовые навыки. Однако, наши испытуемые со значительными трудностями применяли основные социально-бытовые навыки в повседневной жизни, хотя при организующей и направляющей помощи интересующие нас действия выполнялись. Около половины наших испытуемых не умели самостоятельно одеваться и раздеваться (5 чел.) и большинство не были способны убирать свои вещи и играть (9 чел.).

**Беседа** с педагогами выявила тот факт, что практически все дети владеют в той или иной степени интересующими нас социально-бытовыми навыками, но их не применяют в повседневной жизни самостоятельно. Педагоги также отмечали моторную неловкость детей, низкую спонтанность их речи.

**Наблюдение** за поведением детей во время режимных моментов подтвердило слова специалистов и воспитателей. Дети способны к выполнению основных социально-бытовых навыков при постоянном контроле за их деятельностью со стороны педагогов, родителей, при организующей помощи в виде визуального ряда.

Таким образом, мы можем сделать важный вывод: использование дошкольником с РАС навыков самообслуживания зависит от организации его деятельности со стороны его ближайшего окружения. Для исследования уровня сформированности предпосылок овладения социально-бытовыми навыками мы модифицировали шкалу определения уровня психофизического развития дошкольников Э.М. Кафьяна и Р.Н. Азаряна [4, с.77 – 92]. Каждый из разделов модифицированной оценочной шкалы включал по 10 заданий. Всего заданий в оценочной шкале – 50. Выполнение каждого задания оценивается по пятибалльной системе: а) выполнение без ошибок – 5; б) выполнение самостоятельно с некоторыми ошибками – 4; в) выполнил самостоятельно все, но с трудом – 3; г) выполнил самостоятельно, частично – 2; д) выполнил с помощью взрослых – 1; е) не выполнил – 0. Уровень развития каждого ребенка оценивается по следующей формуле:  $Урав. = \frac{н.б.}{к.з.}$ ; где  $Урав.$  – уровень развития испытуемого; н.б. – набранные баллы за выполнение всех заданий конкретного раздела; к.з. – количество заданий. Задания для диагностики подбирались с учетом того, что норматипические дети выполняют изучаемые социально-бытовые умения без особого труда. Максимальное количество баллов, которое можно было набрать по шкале, мы приняли за идеальную норму развития.

**Результаты.** Наше обследование выявило два важных факта: а) ни по одному из показателей дошкольники с РАС не достигли того уровня, каким обладали нормотипические дети, хотя средние баллы в выделенных нами возрастных группах различались; б) внутри каждой группы разброс баллов был высокий и зависил, в значительной степени, больше от индивидуальных особенностей каждого конкретного ребенка, чем от возраста. Показатели произвольного внимания выше у детей старшей группы почти в полтора раза: 11,33 б. - в старшей группе и 7,5 - в подготовительной. Показатели произвольного внимания коррелировали с продолжительностью оказания коррекционной помощи ребенку: у подготовительной группы средний показатель был выше на балл (9,8 и 10,7). При оценке показателей ловкости мы выявили, что в подготовительной группе не был на 2 балла выше среднего балла в старшей группе (8 и 9,8). В пространстве лучше ориентировались дети старшей группы, их средний балл 10, а у подготовительной группы 9 баллов. При этом более высокие показатели отмечены у детей, имеющих неплохие результаты по параметру «произвольное внимание». Глазомер более точен был в подготовительной группе. По этому параметру различия были в 3 балла в пользу более старшей по возрасту группы.

**Выводы.** На основании данных, полученных в результате изучения документации, бесед с педагогами и нашего исследования установлено, что у старших дошкольников с РАС имеет место несформированность предпосылок освоения социально-бытовых навыков. Сами же социально-бытовые навыки сформированы ниже возрастного уровня. Уровень развития социально-бытовых навыков у детей с РАС зависит не столько от их возраста, сколько от индивидуальных особенностей каждого ребенка. Наиболее серьезные проблемы у детей выявлены в развитии ловкости, глазомера и ориентации в пространстве. Отсутствие умений строить программу действий, контролировать свои поступки, обобщать и переносить имеющиеся отдельные операции в новые условия препятствует совершенствованию отдельных моторных операций и превращению их в полноценные социально-бытовые навыки. Таким образом, низкий уровень использования социально-

бытовых навыков связан с недостатком овладения навыком, базирующимся на дефицитности психофизических предпосылок. Однако, мы не изучали мотивацию к овладению социальными действиями, возможности контроля и программирования, проблемы переноса имеющихся умений в новые условия старших дошкольников с РАС. Поэтому выявить первопричину крайне слабого владения социально-бытовыми навыками дошкольниками с РАС - дело будущих исследований.

#### Литература

1. Брюс Л. Бейкер, Алан Дж. Брайтман и др. / Путь к независимости. Обучение детей с особенностями развития бытовым навыкам. (Перевод с английского Л. Шихирева и Н. Грозной). – США, 1997.
2. Маллер А. Р. / Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. - М., 2000.
3. Урунтаева Г.А., Афонькина Ю.А. / Как приобщить малыша к гигиене и самообслуживанию. – М. Просвещение, 1997.
4. Научно-методический журнал «Дефектология», – М., 2015, №1
5. <https://sensoricnru.wordpress.com/>; Башина В.М. / «Аутизм в детстве».
6. <http://outfundbel.ru/pro-autizm/kak-obuchat-rebenka-s-autizmom-socialnym-navykam/>; Скотт Беллини. / Как обучить ребенка с аутизмом социальным навыкам?

**Седова Е.О.**

**Влияние особенностей семейного воспитания на становление произвольной саморегуляции у младших школьников**

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Ключевые слова:** нейропсихология, сенсомоторная коррекция, произвольная саморегуляция, детско-родительские отношения

**Sedova E.O.**

**Influence the family upbringing characteristics on the maturing of the voluntary self-regulation of younger schoolchildren**

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

**Keywords:** neuropsychology, sensorimotor correction, voluntary self-regulation, parent-child relations

**Введение.** Согласно современным представлениям о формировании регуляторных систем, этот процесс начинается во внутриутробном периоде [3]. Неблагоприятная экологическая обстановка, высокий уровень стресса, который испытывают будущие матери в период беременности, неоправданное применение медикаментозной стимуляции во время родов, а также абдоминального родоразрешения приводят к повреждению стволовых и субкортикальных систем, находящихся в сензитивном периоде и, следовательно, наиболее подверженных влиянию таких вредных факторов, как гипоксия, интоксикация, родовые травмы и пр. Часто у детей, имевших легкие перинатальные повреждения центральной нервной системы (ЦНС), в старшем возрасте не проявляется выраженная неврологическая симптоматика, а отклонения в их поведении объясняют индивидуальными особенностями. Только после того, как ребенок начинает учиться в школе, нескомпенсированные нарушения формирования саморегуляции выходят на передний план, мешая ребенку с сохранным интеллектом овладеть учебной деятельностью и зачастую приводя к школьной дезадаптации. Эта проблема приобретает все более острое значение в связи с резким ростом количества детей с функциональной незрелостью центральной нервной системы. Особую актуальность приобретает изучение роли семьи в формировании осознанной саморегуляции. Целью настоящего исследования было оценить влияние особенностей семейного воспитания на становление произвольной саморегуляции.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 28 учеников средней общеобразовательной школы, не имеющих серьезных соматических, а также психических заболеваний, которые на первом этапе были учениками второго класса, и их родители. Второй этап проводился через три года, когда участники исследования учились в пятом классе. Уровень саморегуляции оценивался в процессе нейропсихологического обследования А.Р.Лурия в модификации А.В.Семенович [2]. По данным диагностики было выявлено, какой уровень произвольной саморегуляции имеет каждый испытуемый: низкий, средний или высокий. Для исследования детско-родительских отношений использовался опросник «Анализ семейного взаимодействия» Э.Г.Эйдемиллера и В.В.Юстицкого [4]. В соответствии со школьной успеваемостью участники исследования были разделены на группы успешных учеников (оценки 4 и 5 в четверти и году) и «проблемных» учеников (имеет 3 в

четверти и в году). Группа успешных учеников была разделена на три подгруппы: с высоким, средним и низким уровнем саморегуляции, а группа «проблемных» - на две (со средним и низким уровнем), т.к. учеников с высоким уровнем саморегуляции среди них выявлено не было.

**Результаты.** Из 11 семей, в которых был выявлен гармоничный стиль воспитания, на обоих этапах шесть испытуемых остались в тех же подгруппах, выделенных в соответствии с уровнем саморегуляции и успеваемостью. Из них четверо испытуемых на первом этапе составили подгруппу с высоким уровнем саморегуляции, а двое были из подгруппы «проблемных» учеников. В последних двух случаях даже гармоничное семейное воспитание не смогло скомпенсировать имевшиеся проблемы саморегуляции: низкую концентрацию, трудности переключения и т.д., и уровень успеваемости остался низким. В пяти случаях отмечен переход испытуемого на втором этапе в подгруппу с более высоким уровнем саморегуляции, из них у двух испытуемых повысилась успеваемость, и они перешли из группы «проблемных» учеников в группу успешных.

В семьях, где на обоих этапах преобладала потворствующая гиперпротекция, положительной динамики не выявлено. Четверо испытуемых остались в тех же подгруппах, что и на первом этапе, у одной девочки снизилась успеваемость, и она вошла в группу «проблемных» учеников. Ухудшились школьные результаты у двух детей, в семьях которых была выявлена неустойчивость стиля воспитания. В семьях, где за время между двумя этапами исследования произошли положительные изменения стиля воспитания, в восьми случаях из десяти испытуемые перешли в подгруппы с более высоким уровнем саморегуляции.

На основании сопоставления стиля воспитания в семье и уровня саморегуляции, выявляемого в ходе нейропсихологического обследования, можно сделать вывод о том, что в семьях детей с хорошо сформированной саморегуляцией преобладает гармоничный стиль воспитания. Наиболее явные положительные изменения в уровне произвольной саморегуляции произошли в семьях, где дистармоничный тип семейного воспитания сменился на гармоничный. Настоящее исследование подтвердило и более полно раскрыло характер влияния семьи на формирование саморегуляции. Помимо негативных факторов, выявленных I.Silverman и D.Ragusa [5] (материнского негативизма, неприятия ребенка, недостатка эмоциональной теплоты и раздражения, вызываемого ребенком у матери), рассмотрено влияние потворствующей гиперопеки и воспитательной неуверенности, препятствующее формированию произвольной саморегуляции.

Полученные данные о семейном воспитании подтверждают выводы И.Ф.Марковской [1] о том, что факторы гипо- и гиперопеки, отрицательно влияющие на развитие, могут быть причиной искусственной инфантилизации. Гиперпротекция, выявившаяся в семьях испытуемых подгруппы успешных учеников с низким уровнем саморегуляции, задерживает формирование произвольной саморегуляции. Сведения, полученные от родителей о проблемах саморегуляции у детей, указывают на то, что родители отмечают наличие соответствующих нарушений у детей. Прежде всего, взрослые отмечают невнимательность, утомляемость, а также трудности регулирования эмоционального состояния, выражающиеся в раздражительности и агрессивности. В ходе исследования отдельные испытуемые продемонстрировали как флуктуации внимания, так и истощаемость, которая может стать причиной негативного эмоционального фона, т.е. наблюдения родителей подтверждаются данными исследования.

Несмотря на то, что родители испытуемых признают наличие трудностей, около трети семей не создают условий для формирования произвольной саморегуляции: у ребенка отсутствуют домашние обязанности, выполнение домашнего задания всегда контролируется взрослыми, ребенок не привлекается к планированию внешкольного времени. Однако следует отметить, что при выраженных нарушениях формирования саморегуляции само по себе грамотное воспитание не может компенсировать имеющиеся проблемы саморегуляции. В этих случаях необходимо применять психологическую коррекцию, направленную на компенсацию этих нарушений.

#### **Литература**

1. Марковская, И.Ф. Типы регуляторных нарушений при задержке психического развития // Дефектология. – 2006. - № 3. – С. 28-34.
2. Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232 с.
3. Султанова, А.С. Развитие психики ребенка в пренатальном периоде: Хрестоматия по перинатальной психологии // под ред. А.Н.Васиной. – М.: Изд-во УРАО, 2005. – С.142-153.



4. Э.Г. Эйдемиллер, В.В.Юстицкий. Семейная психотерапия. Л.: Медицина, 1990. – 192 с.  
5. I.Silverman, D.Ragusa Short-term longitudinal study of the early development of self-regulation // Journal of Abnormal Child Psychology. – 1992. – Vol. 20 (4). – P.415-435.

**Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.**

**Клинико-психологическая оценка психической деятельности у родственников 1-ой степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера**

ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ, Москва

**Ключевые слова:** клинико-психологическое исследование, болезнь Альцгеймера, родственники 1-ой степени родства

**Selezneva N.D., Roshchina I.F.**

**Clinical-psychological assessment of mental activity in relatives of the first degree of kinship of patients with Alzheimer's disease**

FSBSI MHRC, MSUPE

**Keywords:** clinical and psychological research, Alzheimer's disease, relatives of the first degree of kinship

**Введение.** В последние годы во многих исследованиях установлено, что показатели когнитивного функционирования в среднем возрасте могут быть использованы для идентификации лиц с повышенным риском развития болезни Альцгеймера (БА) задолго до появления симптомов деменции. В 22х-летнем проспективном исследовании Elias M.F. et al. (2000) выявили более низкие оценки по тестам вербальной памяти и абстрактного мышления у лиц с развитием БА спустя 10 лет после базисного обследования по сравнению с теми, у кого симптомы деменции не появились (1). Snowdon D.A. et al. (1996) установили недостаточность вербальных функций и статистически достоверно более низкие показатели по шкале MMSE у детей больных БА по сравнению с группой контроля за 20 лет до начала БА. Анализ риска развития БА у родственников 1 степени родства в сравнении с группой контроля показал определённую связь более низких показателей способности к обучению, кратковременной памяти, исполнительных и вербальных функций с последующим развитием деменции (спустя 2-10 лет) в группе риска, достигшей 65-летнего возраста (2). Установлены достоверно более низкие результаты опосредованного воспроизведения по тесту вербального запоминания у детей больных БА (623 чел., средний возраст – 53 г.) по сравнению с группой контроля (157 чел.) (3,4).

**Цель.** Определение когнитивных и личностных особенностей, прогностически значимых для появления и усиления когнитивного дефицита, у родственников 1 степени родства пациентов с БА на основе 6-летней катамнестической оценки.

**Материал и методы.** В когорту катамнестического изучения было включено 236 родственников 1 степени родства больных БА (80 м., 156 ж.), из них 208 чел. – дети пробандов, 28 чел. – братья и сестры (средний возраст – 48,3±13,1 г.). Группу контроля составили 74 чел. (25 м., 49 ж.), не имевших среди родственников пациентов с БА (средний возраст – 51,2±11,9 г.). Методический комплекс включал: клинико-психопатологический метод (формализованный инструмент клинической и психопатологической оценки состояния пациента), клинико-катамнестический метод (6 лет), экспериментально-психологический метод (комплексное нейрорехабилитационное обследование, «экспресс-методика исследования когнитивных функций» (Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф.), психометрический метод, МРТ-исследование головного мозга, статистический метод.

**Результаты.** За период 6-летнего катамнеза синдром МСІ (синдром мягкого когнитивного снижения) развился у 28 родственников (11,9%) – у 15 детей (46,4%) и 13 братьев и сестер (53,6%). В анамнезе родственников отмечались признаки когнитивной конституциональной недостаточности (трудности усвоения точных предметов в школе, трудности запоминания цифровой информации, имен, фамилий и лиц, пространственной ориентировки, запоминания лиц, усвоения мануальных навыков, снижение концентрации внимания). Наиболее частыми и значимо ( $p < 0,05$ ) отличавшимися от группы контроля были низкий уровень успеваемости в школе, трудности усвоения цифровой информации, трудности пространственной ориентировки, усвоения мануальных навыков и снижение концентрации внимания. Объективно подтверждённые жалобы на когнитивную сферу у родственников при первичном обследовании отмечены у 42 чел. (17,8%). 35 чел. (14,8%) жаловались на ослабление концентрации внимания, 31 чел. (13,1%) – на слабо выраженные трудности усвоения

новой информации, 15 чел. (6,4%) – на затруднения припоминания событий отдаленного прошлого. При катamnестическом обследовании число лиц с объективно подтвержденными жалобами на когнитивное функционирование возросло до 68 чел. (28,8%). Ослабление концентрации внимания отмечали 64 родственника (27,1%), слабо выраженные трудности усвоения новой информации – 61 чел. (25,8%), затруднения припоминания событий отдаленного прошлого – 55 чел. (23,3%). Реакции дезадаптации в виде астенических, тревожных, депрессивных, тревожно-депрессивных, ипохондрических и фобических расстройств (в том числе агипсейрофобия) в связи с тяжелой семейной ситуацией, обусловленной болезнью родственника, при первичном обследовании отмечались у 94 чел. (39,8%). При катamnестическом обследовании их доля возросла до 66,5% (157 чел.). Показана значимая ассоциация личностных акцентуаций с чертами раздражительности (32,6%) и тревожной мнительности (28,4%) с объективно подтвержденным когнитивным ухудшением за период катamnеза. Нейропсихологическое обследование в динамике показало, что у 131 обследованных из группы родственников не наблюдалось изменений (ухудшения) в когнитивной сфере, в то время как у 105 родственников отмечалось значимое ухудшение по следующим параметрам психической деятельности: пространственная организация праксиса, оптико-пространственная деятельность, зрительная и слухо-речевая память, произвольная регуляция деятельности. Кроме того, обнаружено значимое усиление тормозимости следов при отсроченном воспроизведении в мнестической деятельности, снижение номинативной функции речи, к которым добавились значимые различия при выполнении проб на кинетическую организацию праксиса, а также снижение нейродинамических параметров психической активности. Сравнение результатов выполнения "Экспресс-методики исследования когнитивной сферы" у 105 родственников при первичном и катamnестическом исследовании показало, что значимое ухудшение показателей отмечалось при выполнении трех заданий: на зрительную и слухо-речевую память, а также в оптико-пространственной деятельности. Во всех случаях синдрома МСІ при катamnестическом нейропсихологическом обследовании выявлялись низкие показатели произвольного внимания, объема непосредственного запоминания и отсроченного воспроизведения в слухо-речевой модальности, дефицитность динамического праксиса, снижение выполнения заданий в рамках конструктивной (оптико-пространственной) деятельности. Первичное обследование этих родственников показало снижение регуляторных параметров деятельности (произвольной регуляции и контроля), а также модально-неспецифическое снижение памяти по параметрам объема запоминания и тормозимости следов, т.е. можно говорить о сочетании симптомов со стороны третьего и первого блоков мозга (структурно-функциональная модель мозга по А.Р. Лурии).

**Резюме.** Обнаруженные когнитивные и личностные особенности психической деятельности родственников 1-ой степени родства больных БА могут рассматриваться прогностически значимыми для появления и/или прогрессирования у них когнитивного дефицита. С родственниками пациентов с БА должна проводиться комплексная клиническая (медикаментозная), психокоррекционная и психотерапевтическая работа в целях стабилизации и повышения адаптационных возможностей близких родственников пациентов БА.

#### **Литература**

1. Elias M.F., Beiser A., Wolf P.A., Au R., White R.F., D'Agostino R.B. The preclinical phase of Alzheimer disease: a 22-year prospective study of the Framingham Cohort. Arch Neurol. 2000; 57: 808-813.
2. Snowdon D.A., Kemper S.J., Mortimer J.A., Greiner L.H., Wekstein D.R., Markesbery W.R. Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer's disease in late life findings from the Nun Study. JAMA. 1996; 275: 528-532.
3. Backman L., Jones S., Berger A.K., Laukka E.J., Small B.J. Cognitive impairment in preclinical Alzheimer's disease: a meta-analysis. Neuropsychology. 2005; 19: 520-531.
4. La Rue A., Hermann B., Jones J.E., Johnson S., Asthana S. and Sager M.A. Effect of parental family history of Alzheimer's disease on serial position profiles. Alzheimers Dement. 2008, July; 4(4): 285-290.

**Селин А.В., Мангушев Ф.Ю.**

**Телесные ощущения при сердечно-сосудистых заболеваниях, как фактор направленности процесса адаптации личности в ситуации соматического заболевания**

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ России, Курск, Россия  
[alexpspy@gmail.com](mailto:alexpspy@gmail.com), [manugushevfv@gmail.com](mailto:manugushevfv@gmail.com)

**Ключевые слова:** телесность, адаптация, адаптационная направленность, тип отношения к заболеванию

**Bodily sensations in cardiovascular diseases, as a factor of the orientation of the process of personality adaptation in the situation of somatic disease**

FGBOU VO "Kursk State Medical University" of the MOH Russia, Kursk, Russia

**Keywords:** Bodily, adaptation, adaptive orientation, type of attitude towards the disease

**Введение.** Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости и инвалидности населения. В последние годы отмечается тенденция к повышению заболеваемости сердечно – сосудистыми заболеваниями (ССЗ), в том числе среди лиц молодого возраста [4]. Исследования психологических особенностей больных сердечно-сосудистой системы показали, что чаще всего возникают такие эмоциональные нарушения, как тревога, подавленность, фиксация на своих болезненных ощущениях и переживаниях, связанных со страхом смерти, потерей самоидентичности, нарушения телесного образа «Я». Больные живут с тревожным опасением повторного приступа, они анализируют любые изменения сердечной деятельности, реагируя на малейшие неприятные ощущения в области сердца. Основной жизненной целью становится сохранение и поддержание здоровья [2]. Ситуация заболевания сердечно-сосудистой системы, с большой долей уверенности, может быть рассмотрена как ситуация нарушения адаптации. Изменение привычного ритма жизни, необходимость регулярного лечения, новые телесные ощущения, связанные с заболеванием приводят к изменению психического реагирования в разных жизненных ситуациях, а также к некоторым изменениям личности. Личность вынуждена адаптироваться к изменившейся реальности, и успешность этого процесса зависит от многих факторов. Нами сделана попытка связать процесс адаптации к ситуации ССЗ с изменениями в спектре телесных ощущений [1, 3].

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе городской больницы № 6 г. Курска. Объем выборки составил 30 человек с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находящихся на лечении с соответствующими диагнозами. В исследовании использовались тест жизнестойкости в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой, методика «Выбор дескриптивов адаптивных ощущений» А.Ш. Тхостова, опросник «Тип отношения к болезни» Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова.

**Результаты.** В группе испытуемых с ССЗ преобладает тревожный тип отношения к заболеванию. В целом, в выборке в большей степени представлены типы реагирования на заболевание интрапсихической направленности. Также в выборке представлены типы, относящиеся к интерпсихической направленностью адаптации и типы, для которых дезадаптация не характерна. Изменение адаптационной направленности взаимосвязано в первую очередь с восприятием связанных с болезнью ощущений. У больных ССЗ были обнаружены различия в выборе дескрипторов ощущений в категориях «внутренние», «знакомые», «важные», «часто испытываемые». Больные с интрапсихической адаптационной направленностью в большей степени относят дескрипторы ощущений к категории «внутренние», что связано с большим вниманием к своим ощущениям. Отнесение дескрипторов к категории «знакомых» в большей степени также проявляется при интрапсихическом типе адаптационной направленности. Достаточно интересные результаты были получены по показателю «важных» ощущений. При сравнении групп больных ССЗ и здоровых важные ощущения преобладают у больных ССЗ. При этом данный параметр значительно снижен в группе из интерпсихического блока. Для больных с интерпсихической направленностью характерно занижение выборов дескрипторов, относящихся к «часто» испытываемым ощущениям. Больные с интрапсихическим типом адаптационной направленности в целом характеризуются большим вниманием к себе и своему состоянию. Это внимание чрезмерно и носит дезадаптивный характер. Тип отношения к заболеванию взаимосвязан с показателем жизнестойкости «контроль». У больных с преобладанием интерпсихической направленности в адаптационном процессе в большей степени преобладает убежденность в том, что осуществление продуктивной деятельности благоприятно отразится на исходе заболевания.

**Выводы.** Тип отношения к заболеванию, а точнее соответствующее типу изменение адаптационной направленности, взаимосвязано, в первую очередь, с восприятием связанных с болезнью

ощущений. Также тип отношения к заболеванию взаимосвязан с показателем жизнестойкости «контроль».

#### Литература

1. Абросимов, И.Н. Внутренняя картина болезни и совладающее поведение у взрослых пациентов с муковисцидозом. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 – Москва, 2016. - 198 с.
2. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: <http://medpsy.ru>
3. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. - М.: Смысл, 2002. - 287 с.
4. The world health report 2013: research for universal health coverage/ Доклад всемирной организации здравоохранения 2013 год. [Электронный ресурс] URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/17/9789240690868\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/17/9789240690868_rus.pdf?ua=1)

**Серавкина М.С.**

**Особенности отношения к врачу дошкольников с аллергическими заболеваниями**

ГБУ ГППЦ ДО Москвы, Москва, Россия  
[saily86@mail.ru](mailto:saily86@mail.ru)

**Ключевые слова:** дошкольники с аллергическими заболеваниями; отношение к врачу

**Seravkina M.S.**

**Features of the doctor of preschool children with allergic diseases.**

GBY GPPC DO, Moscow, Russia

**Keywords:** preschool children with allergic diseases; the attitude of the doctor

**Введение.** В настоящее время достаточно широкое распространение в детском возрасте получили аллергические заболевания. Наиболее часто (66% случаев) встречаются аллергические заболевания дыхательных путей (риниты, бронхиальная астма), пищевая аллергия (20%) [3]. Проводятся исследования по нахождению новых способов лечения, профилактики и реабилитации [1,2]. Серьезность влияния данного заболевания на общее развитие ребенка часто недооценивается. Дети получают медикаментозное лечение, а тем временем психологическое состояние ребенка и семьи в целом страдает. Особую значимость в данном вопросе имеют отношения ребенка с врачом и его готовность проходить лечение. Ведь если ребенок не хочет лечиться, воспринимает данную процедуру как негативную, то это непременно скажется как на его физическом, так и психологическом состоянии. Отсюда встает необходимость в разработке и реализации системного медико-психолого-педагогического сопровождения и поддержки данной категории детей.

Проблемой данного исследования явилось изучение отношения к врачу детей старшего дошкольного возраста с аллергическими заболеваниями. Выбор возрастной группы определило то, что в данном возрасте у детей достаточно сформировано самосознание, чтобы определить свое отношение к той или иной проблеме, а также достаточный уровень сепарации от матери, позволяющий ребенку действовать самостоятельно.

**Организация исследования и методы.** Базами исследования стали ГБОУ Детские сады комбинированного вида № 2201 и 2104, которые посещали как условно здоровые дети, так и дети с какими-либо хроническими заболеваниями, в том числе с аллергическими реакциями.

В исследовании приняли участие 280 детей старшего дошкольного возраста, из которых были сформированы контрольная (90 чел) и экспериментальная (150 чел) группы. В контрольную группу вошли дети, не имеющие в анамнезе каких-либо хронических заболеваний. Экспериментальную группу составили дети, имеющие аллергические заболевания. Все дети посещают детский сад с 3-х лет и на момент исследования воспитываются в подготовительной группе; психологическое развитие детей соответствует возрастной норме. Дети воспитываются в социально-благополучных семьях.

Для решения проблемы исследования была использована методика «Дерево» (авторы Дайана и Джон Лампен, адаптация Л.П. Пономаренко). Социальная позиция врача определялась с помощью методики «Цветовой тест отношений» (ЦТО) А.М. Эткинда.

**Результаты.** Результаты исследования показали, что образ врача воспринимается детьми контрольной и экспериментальной группы по-разному. Так, если здоровые дети чаще отождествляют врача с другом, помощником (32%), то дети с аллергическими заболеваниями воспринимают его как неприятного, плохого человека (36%). Например, 7% детей говорят о том, что врач способен на

умышленное причинение вреда, в то время как здоровые дети говорят об этом лишь в 3% случаев. Особый интерес представляют ощущения детей, которые ассоциируются у них с образом врача. Так дети с аллергическими заболеваниями в 35% случаев испытывают тревогу. Тревожные ощущения у здоровых детей возникают значительно реже, в 12% случаев. В то же время здоровые дети чаще (15%), чем дети экспериментальной группы (7%), говорят о чувстве усталости и утомлении, ассоциирующемся у них с образом врача. Такие данные можно считать адекватными, поскольку дети контрольной группы в состоянии болезни действительно испытывают усталость и утомление, что в свою очередь может вызывать данные ассоциации. Дети же экспериментальной группы не всегда могут оценивать свое состояние как болезненное, отсюда у них возникает нежелание посещать врача и ассоциация с доктором, как с неприятным человеком.

Тест цветовых ассоциаций показал значимые различия в восприятии врача здоровыми детьми и детьми с аллергическими заболеваниями. Дети экспериментальной группы в основном выбирали для образа врача коричневый (47%) и серый цвета (32%), что символизирует негативные тенденции: тревожность, стресс, переживание страха, огорчения. Дети контрольной группы для образа врача предпочитали выбирать красный (42%) и зеленый (38) цвет, что говорит о чувстве уверенности, активности, стремлениях. Такие данные подтверждаются и шкалой принятия образа. У детей контрольной группы он соответствует +52, а у детей с аллергическими заболеваниями -58.

**Выводы.** В результате проведенного исследования были выявлены следующие тенденции в отношении образа врача у детей с аллергическими заболеваниями:

1. Образ врача ассоциируется с неприятным, плохим человеком;
2. Образ врача вызывает чувство тревоги, страха
3. Образ врача не связан с ощущением болезненности.

Таким образом, прослеживается достоверное преобладание негативных тенденций в отношении образа врача у детей с аллергическими заболеваниями, что может осложнять процесс лечения.

#### Литература

1. Особенности общения в процессе совместных с взрослым действий у детей раннего возраста // Развитие общения у дошкольников / Под ред. А. В. Запорожца и М. И. Лисинной. – М., 1974
2. Федосеев Г.Б. Аллергология. Частная аллергология. Том 2. СПб.: Нормед-Издат, 2001. - 464 с.
3. Хаитов Р.М. Клиническая аллергология. М.: МЕДпресс-информ, 2002. С. 138 – 145.

**Сергиенко А.А. Хромов А.И.**

**Анализ нейрокогнитивного дефицита у детей и подростков с психическими расстройствами на основе кластеризации данных нейропсихологического исследования**

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия  
[aumasan@gmail.com](mailto:aumasan@gmail.com) [hromovai@mgppu.ru](mailto:hromovai@mgppu.ru)

**Ключевые слова:** психические расстройства, детская шизофрения, нейрокогнитивный дефицит, нейропсихологическая диагностика, нейрокогнитивный дизонтогенез

**Sergienko AA Khromov AI.**

**Analysis of neurocognitive deficits in children and adolescents with mental disorders based on clustering of neuropsychological data**

FSBSI MHRC, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** childhood schizophrenia, neurocognitive deficits, neuropsychological diagnostics, neurocognitive dysfunction

**Введение.** Оценка нейрокогнитивного дефицита детей и подростков с психическими расстройствами, в отличие от взрослых больных, затруднена наличием взаимодействия продолжающегося когнитивного развития и становления структурно-функциональных связей в мозге с имеющимся заболеванием [1,3,5,6]. В условиях клиники такая оценка необходима в целях уточнения дифференциального диагноза. Под нейрокогнитивным дефицитом [2] мы подразумеваем специфическую дефицитарность познавательных процессов, связанную с функциональной несформированностью или дисфункцией определенных структур головного мозга или их меж-структурных связей (как на уровне корковых структур, так и на уровне корково-подкоркового взаимодействия, на уровне подкорковых структур).

**Цель и задачи работы.** На основе данных нейропсихологического качественного анализа нейрокогнитивного дефицита, с помощью кластерного анализа, выделить «однородные» по структуре нейрокогнитивного дефицита группы среди больных детей и подростков с психической патологией; сопоставить выделенные группы с диагностическими (нозологическими) группами; оценить вклад предикторов нейрокогнитивного дефицита в различия полученных групп; определить структуру нейрокогнитивного дефицита в кластерах.

**Материал и методы.** На базе детского психиатрического отделения ФГБНУ НЦПЗ были обследованы 73 больных (50 мальчиков), средний возраст  $11,3 \pm 2,3$  лет. Клиническая оценка больных проводилась врачами-психиатрами и научными сотрудниками отдела детской психиатрии, все дети находились на индивидуально подобранной фармакотерапии. В исследование вошли больные с диагнозами (по МКБ-10): **F21** – шизотипическое расстройство (44%), **F20.8** – шизофрения, детский тип (27%), **F23** – острое и переходящее психотическое расстройство (10%), **F20.x** – шизофрения, другой тип неуточненная (6%), **F84.x** – расстройства аутистического спектра (4%), **F4x** – невротические, соматоформные расстройства (3%), **F9x** – расстройства поведения и эмоций (3%) **F3x** – расстройства настроения (1%), **F5x** – нервная анорексия (1%), **F06** – смешанные состояния, вызванные органическими причинами (1%). Нейропсихологическое обследование проводилось с помощью батареи тестов Лурия-Цветковой [10], адаптированной к работе с психически больными детьми и подростками и ориентированной на возрастные этапы и особенности развития ребенка. Нейропсихологические параметры оценки: дисфункция подкорковых структур, нарушение / функциональная несформированность межполушарного взаимодействия, функциональная несформированность / дисфункция корковых отделов (префронтальные лобные отделы, заднелобные отделы, височные отделы, теменные отделы, зона ТПО, затылочные отделы). Специфика анализа нарушений корковых зон представлена в предыдущих работах [4,5,10]. Для оценки тяжести нарушения использовалась трёхбалльная шкала (2 – выраженная дисфункция / функциональная несформированность; 1 – минимальная дисфункция соответствующего отдела; 0 – симптомов несформированности / дисфункции нет) [4,5,6,8]. Полученные данные были обработаны с помощью иерархического кластерного анализа методом внутрigrупповых связей (квадрат евклидова расстояния); все параметры нейропсихологического анализа включались в кластеризацию как категориальные переменные; остальные параметры кластеризации были оставлены по умолчанию (пакет IBM SPSS Statistics, v.21).

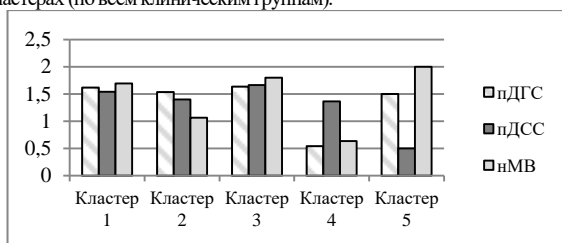
**Результаты.** Наиболее удачным решением проведенной кластеризации было разделение больных на пять кластеров, различающихся по выраженности дисфункций / функциональной несформированности отдельных мозговых структур. Наибольший вклад в различие полученных кластеров среди параметров нейрокогнитивного дефицита вносит функциональное состояние корковых структур (теменно-височно-затылочные левого полушария, затылочные правого полушария и заднелобные отделы). Можно выделить параметры, обуславливающие *сходство* полученных кластеров: дефицитарность подкорковых структур и корково-подкорковых связей.

В таблице 1 представлено распределение больных по 5 кластерам в процентах от диагностической группы.

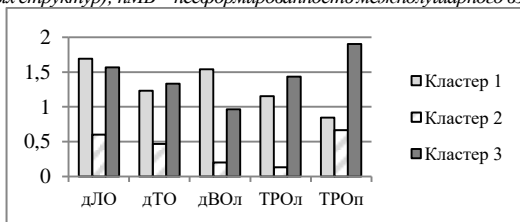
Таблица 1. Распределение диагнозов по 5 кластерам

Диагноз МКБ-10	Кластеры				
	1	2	3	4	5
F20.8	16%	0%	79%	5%	0%
F21	19%	29%	29%	13%	10%
F20.x	0%	50%	50%	0%	0%
F23	29%	29%	29%	14%	0%
F3x	0%	100%	0%	0%	0%
F4x	0%	0%	0%	100%	0%
F5x	0%	0%	0%	0%	100%
F84.x	33%	0%	33%	33%	0%
F9x	0%	0%	50%	50%	0%
F06	0%	0%	0%	100%	0%
<b>Итого</b>	<b>17%</b>	<b>20%</b>	<b>42%</b>	<b>16%</b>	<b>6%</b>

На диаграммах (рис. 1 и 2) представлены данные распределение функционального дефицита на уровне подкорковых и корковых структур и межполушарного взаимодействия на уровне мозолистого тела в кластерах (по всем клиническим группам).



**Рис 1.** Распределение функционального дефицита (усредненные данные) на уровне подкорковых структур и межполушарного взаимодействия на уровне мозолистого тела в кластерах (все клинические группы). Обозначения: пДГС – признаки дисфункции глубоких структур (на уровне стволочно-дисэнцефальных структур); пДСС – признаки дисфункции средних структур (мезэнцефально-дисэнцефальных структур); нМВ – несформированность межполушарного взаимодействия.



**Рис 2.** Распределение функционального дефицита (усредненные данные) в трех кластерах на уровне корковых структур (все клинические группы). Обозначения - признаки функциональной несформированности/дисфункции: дЛО – префронтальных лобных отделов; дТО – верхне и нижнетеменных отделов; дВОл – височных отделов левого полушария; ТРОл – теменно-височно-затылочных отделов левого полушария; ТРОп – теменно-височно-затылочных отделов правого полушария. Представлено решение для трех кластеров, в котором кластеры 1 и 3 из пяти-кластерного решения объединены в один кластер.

**Выводы.** 1. На основе данных нейрпсихологического качественного анализа выделено 5 кластеров, отличающихся спецификой нейрокогнитивного дефицита у детей и подростков с психической патологией. Большинство больных (79%) попали в первые три кластера, которые сходны по выраженности дисфункции подкорковых структур, но различаются по выраженности и специфике функциональной несформированности/дисфункции корковых отделов.

2. Полученные кластеры частично соотносятся с диагностическими клиническими группами (напр., F20.8, F3x, F4x, F5x, F06). Больные с диагнозами F21, F23 не соотносятся с каким-либо одним кластером, что указывает на разную структуру нейрокогнитивного дефицита внутри этих групп, но, по специфике распределения по кластерам, хорошо соотносятся друг с другом, что указывает на возможную диагностическую соотносимость этих групп. Больные с диагнозом F84.x равномерно распределяются по трём кластерам, два из которых соответствуют распределению больных F20.8. Такое распределение соотносится с современным представлением о расстройствах аутистического спектра и выявляет больных с разными синдромами.

3. Полученные кластеры в наибольшей степени *различаются* между собой конкретным видом мозговых дисфункций и их выраженностью. Выделены основные структуры головного мозга, функциональное состояние которых (выраженность дисфункции) в наибольшей степени влияет на отнесение конкретного больного к конкретному кластеру (предикторы различия между кластерами): зона ТРО правого и левого полушария, заднелобные отделы, префронтальные лобные отделы, затылочные отделы правого полушария.

4. Выявлена специфика распределения функционального дефицита на уровне подкорковых структур внутри и между кластерами. Дисфункция подкорковых структур характерна для всех групп, но: 1) в разном соотношении выраженности; 2) в разном соотношении функциональной несостоятельности срединных и глубинных подкорковых структур.

5. Результаты проведенного пилотажного исследования с необходимостью требуют уточнения полученных данных на большей выборке испытуемых, прежде всего, для нозологически однородных групп, особенно групп с диагнозами не шизофренического круга; с приобщением качественно-клинического психиатрического анализа.

#### Литература

1. Зверева Н.В. Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста. Издательский центр «Академия», 2008.
2. Зверева Н.В., Рощина И.Ф. Клинико-психологические подходы к когнитивным и нейрокогнитивным расстройствам при нервно-психической патологии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 5(46) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpj.ru> (дата обращения: 21.01.2018).
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.147-160.
4. Сергиенко А.А. Нейропсихологический анализ особенностей познавательной сферы у детей с расстройствами шизофренического спектра. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – М. 2013(13), № 1 - С. 32 – 39.
5. Сергиенко А.А. Нейропсихологический метод в дифференциальной клинико-психологической диагностике когнитивных нарушений у детей и подростков с психической патологией. // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. № 2 (22). С. 141-157.
6. Сергиенко А.А., Хромов А.И., Зверева Н.В. Связь нейрокогнитивных дисфункций с факторами возраста и диагноза у детей и подростков с расстройствами круга шизофрении// Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2016. Т. 3. № 2 (13). С. 122-125.
7. Цветкова Л.С. Методика диагностического нейропсихологического обследования детей. - М., 1999.

**Серебрякова Д.С., Плужников И.В.**

**Структурные характеристики когнитивной, интрацептивной и аффективной сферы у лиц,**

**зависимых от современных синтетических психоактивных веществ**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[9181919@gmail.com](mailto:9181919@gmail.com); [pluzhnikov.iv@gmail.com](mailto:pluzhnikov.iv@gmail.com)

**Ключевые слова:** полинаркомания, коморбидность, аффективный опыт, интрацептивный опыт, «дизайнерские наркотики», предикторы развития зависимости от ПАВ

**Serebryakova D.S., Pluzhnikov I.V.**

**Structural characteristics of the cognitive, intraceptive and affective sphere in individuals dependent on designer drugs**

V.Serbsky NMRCPN of the MOH Russia, FSBSI MHRC

**Keywords:** Polydrug use, comorbidity, affective experience, intraceptive experience, "designer drugs", predictors of the development of dependence on surfactants



**Введение.** В последние годы в клинике наблюдается патоморфоз заболеваний, связанных со стремительным распространением так называемых «дизайнерских» наркотиков (designer drug). С 2011 года начинают появляться публикации, посвященные тяжелым последствиям употребления синтетических психоактивных веществ, в первую очередь, интоксикациям и психозам [5]. В России на сегодняшний день эпидемиологических данных по употреблению синтетических психостимуляторов нет, однако практикующие психиатры приводят данные об употреблении этих препаратов детьми, начиная с 9 лет. Фактически, на сегодняшний день подавляющее большинство пациентов в наркологии являются зависимыми от нескольких видов ПАВ. Сочетанное употребление наркотиков (полинаркомания) изменяет клинику заболевания наркоманией, влияет на темп формирования основных симптомов и синдромов, приводит к более тяжелым медицинским и социальным последствиям, существенно усложняет диагностику и препятствует успешной реабилитации. Среди больных с полинаркоманией, отдающих предпочтение психоактивным веществам из группы современных синтетических психостимуляторов, особенно высок процент лиц, имеющих коморбидные психиатрические диагнозы: 50% составляют временные состояния, 65% расстройств являются пожизненными. Наиболее частым коморбидным расстройством является депрессия, заболевания биполярного спектра, фобии и ПТСР [4]. Личностные расстройства наблюдаются у 69% лиц, наиболее часто встречается антисоциальное личностное расстройство [3]. Важным этапом квалификации состояния и понимания, какое из употребляемых психоактивных веществ наибольшим образом оказывает влияние на психику, становится диагностика состояния высших психических функций с выявлением нарушенных и сохраненных звеньев. Данный феномен требует внимательного анализа психофизиологических преморбидных и психологических характеристик пациентов, и имеет важные клинико-психологические следствия для выстраивания реабилитационного процесса. Разработка психологической теории о психологических отличиях лиц, зависимых от современных синтетических психоактивных веществ является перспективным направлением для создания основы для психологической диагностики и реабилитации лиц с различными видами полинаркоманий. Важным аспектом прикладного применения теоретических разработок в данном направлении является создания психодиагностических методик для выявления и квалификации зависимости от современных синтетических психоактивных веществ и определения мишеней для психологической коррекции, а также профилактика, в первую очередь, в сфере и среди детей и подростков.

**Целью** исследования стал поиск различий в структуре когнитивного, интрацептивного и аффективного опыта между выборкой лиц, зависимых от ПАВ, зарегистрированных в международных списках запрещенных веществ, и выборкой потребителей современных синтетических психоактивных веществ. Кроме того, выделение когорты данных больных в отдельную группу, исследование сохраненных и нарушенных звеньев психической деятельности у представителей экспериментальной группы и поиск мишеней для терапевтического психокоррекционного вмешательства.

**Материалы и методы.** Разработанная батарея методик направлена на комплексную диагностику психических функций и включает в себя экспериментальные, проективные методики и опросники. В ходе исследования было применено 7 методик: Тест имплицитного позитивного и негативного аффекта (IPANAT) [6]; Тест КОГ (Краткий ориентировочный, отборочный тест, В.Н. Бузин, Э.Ф. Вандерлик); методика пиктограммы, дополненная аффективно насыщенными стимулами; психосемантическая методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» для исследования особенностей вербализации внутреннего опыта [1]; анкета оценки рискованного поведения в отношении ПАВ; опросник уровня когнитивного инсайта – русскоязычная версия шкалы когнитивного инсайта А. Бека [2]; Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов).

В исследовании приняло участие 26 человек. На момент прохождения обследования все были выведены из абстинентного состояния и находились в трезвости. Участники исследования были разделены на 2 группы: экспериментальная - 18 пациентов с полинаркоманией, страдающих зависимостью от «солей», «спайсов», амфетамина, психостимуляторов и галлоциногенов. В группу сравнения вошло 8 человек с алкоголизмом, зависимостью от опиатов и психоорганическими расстройствами.

**Результаты.** Наркозависимые от «дизайнерских» наркотиков обладают значительно более высоким интеллектом и сохранностью интеллектуальных компонентов, у них выше продуктивность воспроизведения стимулов в пиктограммах (при  $p \leq 0,01$  и  $p \leq 0,05$ ). В аффективной сфере у них

также более высокие показатели: уровень аффективной насыщенности и адекватности воспроизведения нейтральных стимулов, а также показатели латентной и осознанной позитивной эффективности довольно высоки. По результатам изучения корреляционных взаимосвязей группу наркозависимых от «дизайнерских» наркотиков можно охарактеризовать, как группу в которой, чем выше интеллект, тем меньше проявляется алекситимия и неадекватное восприятие негативных стимулов извне. В центре корреляционных взаимосвязей находятся два психологических признака – уровень интеллектуальных способностей, в том числе память, и имплицитный аффект (как позитивный, так и негативный). Высокий уровень аффекта прямо связан с количеством выбранных дескрипторов, подходящих для обозначения болезненных ощущений и обратно пропорционален общему количеству дескрипторов, которые подходят для описания телесных ощущений (связь опосредованная, через адекватность восприятия стимулов). Учитывая, что в экспериментальной группе уровень аффекта высокий, то можно сказать, что общее количество выбираемых дескрипторов для описания телесных ощущений относительно невысоко. Все описанные особенности характерны только для данной группы и не повторяются в контрольной.

Контрольную группу можно охарактеризовать как общность, обладающую интеллектом ниже среднего, слабо осознающую свое аффективное состояние, плохо ориентирующуюся в собственных чувствах и ощущениях, что влияет на сложности при выборе дескрипторов для описания конкретных ощущений. Слабая адекватность восприятия стимулов приводит к выбору большего количества дескрипторов, допустимых для описания внутренних телесных ощущений в принципе.

**Выводы.** Результаты проведенного исследования показали статистически значимые различия между состоянием когнитивной и аффективной сферы в экспериментальной и контрольной группе, подтвердив гипотезу о более высоком уровне сохранности больных, страдающих зависимостью от «дизайнерских наркотиков». Это связано как с изначально более высоким преморбидным уровнем когнитивного и социального функционирования у больных экспериментальной группы, так и с подтвердившимся предположением о том, что современные психоактивные вещества приводят к менее грубым изменениям.

Выражаем благодарность за содействие при проведении исследования врачам терапевтического отделения ННЦ наркологии, 18 отделения ПБ№1 имени Н.А. Алексеева, а также сотрудникам реабилитационного центра «Первый шаг».

#### Литература

1. Елшанский С. П. Внутреннее восприятие и механизмы развития зависимостей от ПАВ // Вопросы наркологии. – 2002. – № 4. – С. 40-45
2. Рассказова Е. И., Плужников И. В. Психодиагностика уровня когнитивного инсайта: результаты апробации русскоязычной версии шкалы когнитивного инсайта А. Бека // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6. – № 28. – С. 6.
3. Compton W. M. et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions // Archives of general psychiatry. – 2007. – Т. 64. – № 5. – С. 566-576.
4. Conway K. P. et al. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // The Journal of clinical psychiatry. – 2006.
5. Every-Palmer Susanna. Synthetic cannabinoid JWH-018 and psychosis: an explorative study. // Drug and Alcohol Dependence. – 2011. — № 117. — P. 152-157.
6. Quirin M., Kazén M., Kuhl J. When nonsense sounds happy or helpless: The Implicit Positive and Negative Affect Test (IPANAT) // Journal of personality and social psychology. – 2009. – Т. 97. – № 3. – С. 500.

**Силаева А.В.**

**Ограничения мультидисциплинарных исследований здоровья и психического развития детей, рожденных с помощью экстракорпорального оплодотворения**

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, НИ ТГУ, Томск, Россия  
[silaevaav@yandex.ru](mailto:silaevaav@yandex.ru)

**Ключевые слова:** мультидисциплинарные исследования, методологические ограничения, экстракорпоральное оплодотворение.

**Methodological limitations of multidisciplinary researches health and mental development of children born through in vitro fertilization**

Siberian State Medical University, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

**Keywords:** multidisciplinary researches, methodological limitations, in vitro fertilization

Методология является инструментом познания любого явления окружающего мира, и на сегодняшний день значимой составляющей современной методологии психологических исследований является мультидисциплинарный подход с совмещением количественных и качественных методов изучения, например, развития психики, разных областей знаний, т.к. именно такой подход дает возможность проанализировать изменения и понять, почему эти изменения происходят [1]. Благодаря мультидисциплинарным исследованиям современная психология может быть дополнена новыми знаниями, что сказывается на расширении и углублении пространства познания. В настоящее время высказывается необходимость использования методологий смежных и отдаленных отраслей науки в изучении многообразного предметного поля клинической психологии, которые могут быть реализованы в мультидисциплинарных исследованиях. Например, важной общественной значимой проблемой является бесплодие, и современное состояние репродуктивной функции населения приводит к большему использованию вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в частности метода ЭКО. Изучение особенностей развития и здоровья детей, рожденных с помощью ЭКО, на данный момент является актуальным. Проведение таких исследований для выявления показателей здоровья и особенностей психического развития детей, рожденных с помощью экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), позволяют получить разносторонние данные о предмете таких поисков.

В нашей стране ВРТ используются с 1986 г., и к настоящему моменту имеются сведения, позволяющие получить представление о развитии и психическом здоровье таких детей. Данные научной литературы по этому поводу разноречивы [2-9] (от отсутствия существенных различий до серьезных врачебных проблем внутриутробного развития, преждевременных родов, малой массы тела новорожденных, высокой предрасположенности соматическим, неврологическим, психическим расстройствам, проблем с поведением, эмоциональных нарушений, риском нездоровья во взрослом возрасте у детей, появившихся на свет с помощью ЭКО). Это может быть объяснено наличием методологических ограничений, которые препятствуют возможности формулировать надежные и однозначные выводы.

К методологическим проблемам, затронутым в ряде зарубежных и отечественных публикаций, следует отнести: упущения в организации исследований, связанные с малочисленностью выборок [3, 4, 5, 9]; отсутствие отечественной базы данных долговременных (лонгитудных) исследований [3, 4]; сложности присоединения к мировым исследованиям показателей здоровья и развития детей, рожденных с помощью ЭКО [3]; недостаточность учета факторов (биопсихосоциальных) здоровья родителей [5], факторов самой процедуры ЭКО (питательная среда для эмбрионов и ооцитов, криоконсервация эмбрионов, стадия имплантации и т.д.) [2, 3, 7-9]; влияние факторов окружающей среды во время беременности [5]; ограниченность изучаемых характеристик развития, адаптации и здоровья детей [4]; преобладание участников исследований раннего возраста и малая представленность подростков и взрослых, появившихся на свет с помощью ЭКО [2, 4, 5] и т.д.

Особенно важно учитывать приведенные факторы при организации и проведении исследования, чтобы иметь возможность получать надежные выводы и экстраполировать их на выборку в целом.

Только с позиции современных тенденций развития науки, реально определить системные факторы риска здоровья ребенка, рожденного при ЭКО. Имея в свободном доступе исследовательские данные о проблеме здоровья и психического развития детей, рожденных с помощью ЭКО, взаимодействия биопсихосоциальных факторов, на него влияющих, станет возможным определить важные практические задачи по реализации комплексной профилактической (коррекционно-развивающей, медико-психологической и т.д.) помощи в системе охраны здоровья матери и ребенка. Таким образом, неоднозначные результаты показателей здоровья и развития детей, появившихся на свет с помощью экстракорпорального оплодотворения, представленные отечественными и зарубежными научными группами и обозначенные методологические сложности, отмечают акту-

альность и необходимость изучения взаимного влияния биопсихосоциальных факторов с учетом мультидисциплинарного подхода, принципа развития, и применения лонгитюдного метода.

#### Литература

1. Марцинковская Т.Д., Изотова Е.И., Турушева Ю.Б. Принцип развития: теоретические и эмпирические подходы // Мир психологии. 2016. №1 (85). С. 66-78.
2. Копылова И.В., Витязева И.И. Здоровье и эндокринный статус детей, рожденных с помощью методов вспомогательных репродуктивных технологий (обзор литературы) // Проблемы эндокринологии. 2012. № 1. С. 54-60.
3. Кешишян Е.С., Царегородцев А.Д., Зиборова М.И. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. № 5 С. 15-25.
4. Соловьева Е.В. Особенности развития детей, зачатых при помощи вспомогательных репродуктивных технологий // Современная зарубежная психология. 2014. Т. 3, № 4. С.33-48.
5. Геномика поведения: детское развитие и образование / под ред. С.Б. Малых, Ю.В. Ковас, Д.А. Гайсиной. – Томск: Издательский Дом Томского государственного университета, 2016. – 446 с.
6. Мельник Л.А., Иова А.С., Шугарова Л.М. Состояние здоровья детей, рожденных при помощи вспомогательных репродуктивных технологий // Педиатрия. 2017. Т.96. №1. С.110-116.
7. Middelburg K.J., Heineman M.J., Bos A.F. et al. Neuromotor, cognitive, language and behavioural outcome in children born following IVF or ICSI-a systematic review // Human Reproduction. 2008. № 14 (3), pp. 219—231.
8. Hart R., Norman R.J. The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment. Part II—Mental health and development outcomes // Human Reproduction. 2013. № 19 (3), pp. 244—250.
9. The impact of specific fertility treatments on cognitive development in childhood and adolescence: a systematic review / A.R. Rumbold, V.M. Moore, M. J. Whitrow et al. // Human Reproduction. 2017. № 32 (7). pp. 1489-1507.

**Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А.**

**Мультидисциплинарные аспекты изучения психотических форм расстройств аутистического спектра у детей**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[simashkovav@mail.ru](mailto:simashkovav@mail.ru); [koval-zaitsev@mail.ru](mailto:koval-zaitsev@mail.ru)

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, дети, психотические, мультидисциплинарные, диагностика

**Simashkova N.V., Koval-Zaitsev A.A.**

**Multidisciplinary aspects of the study of psychotic forms of autistic spectrum disorders in children**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** autism spectrum disorders, children, psychotic, multidisciplinary, diagnosis

**Введение.** Актуальность изучения расстройств аутистического спектра (РАС) в мультидисциплинарном аспекте обусловлена возрастанием медицинской и социальной значимости РАС, их высокой распространенностью - 0,62 % в детской популяции (ВОЗ, 2014[2]), установлением этой патологии при нозологически разных заболеваниях, при которых аутизм проявляется как психотическая составляющая. За последние годы научный интерес к РАС переместился из узкой проблемы детской психиатрии в одну из центральных областей клинико-биологических исследований в мире. Говоря о трудностях диагностики РАС, можно привести слова Т.Р.Верней [4] о том, что из-за смешения нозологий, «языков на Вавилонской башне, прогресс был приостановлен». Дифференциальный диагноз детского психоза (F84.02), атипичного детского психоза эндогенного (F84.11), детской шизофрении (ДШ) (F20.8xx3), по-прежнему, актуален во всем мире [2,4,5,6,7].

**Цель** настоящего исследования заключалась в мультидисциплинарном клинико-психологическом изучении особенностей психотических форм РАС для определения клинических границ и нозологических различий, дифференциации, прогноза и абилитации.

**Материал и методы.** Исследование выполнено в отделе детской психиатрии (заведующий - д.м.н. Н.В.Симашкова) ФГБНУ НЦПЗ (директор – д.м.н., профессор Т.П.Клошник). Обследовано 207 больных в возрасте от 3 до 14 лет с инфантильным психозом (ИП) и атипичным детским психозом (АДП), проходивших лечение в отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ в 2006-2017 гг. Больные были прослежены клинико-катамнестически на протяжении 7-10 лет. Возраст больных к моменту первичного обследования колебался от 2 до 6 лет (средний возраст – 3г 6 месяцев). На основании различий в клинической симптоматике пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю вошли 169 пациентов с ИП (из них 102 – в приступе и 67 – в стадии ремиссии или её становлении); во 2-ю группу вошли 38 пациентов с АДП (из них 25 – в приступе и 13 – в стадии ремиссии или её

становлении). Контрольную группу составили 57 соматически и психически здоровых детей, сопоставимых по возрасту и полу с пациентами основных групп. Критерии исключения: возраст пациентов – 3-14 лет; расстройства аутистического спектра (МКБ-10,1999); наличие манифестного острого развернутого психотического приступа–детского психоза (F84.02) в рамках детского аутизма (F84.0); атипичного детского психоза эндогенного (F84.11) в рамках атипичного аутизма (F84.1).

В работе использовались клинико-психопатологический, клинико-кататонический, патофизиологический, психометрический методы исследования. При клиническом обследовании в качестве дополнительного инструмента использовали шкалу количественной оценки выраженности детского аутизма (Childhood Autism Rating Scale – CARS [9]).

Патофизиологическое обследование проводили с помощью психологообразовательного теста - Psychoeducational Profile, PEP [8] – комплексной оценки психического возраста, когнитивных функций и выраженности аутизма дошкольников с расстройствами аутистического спектра, умственным недоразвитием по 12 субшкалам. Помимо шкалы PEP был использован комплекс патофизиологических методик, разработанных в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ. Статистическую обработку данных проводили с использованием непараметрических статистических программ Statistica-7 (для Windows, StatSoft, Inc, США).

**Результаты и обсуждение.** У пациентов с детским психозом (F84.02) манифестные кататонические приступы возникали в 1/3 случаев аутохтонно, в 2/3 случаев - на фоне психогении в первые 3 года жизни на фоне диссоциированного дизонтогенеза или нормального развития. Кататонические нарушения (КН) являлись ведущими в психозе, носили гиперкинетический характер. Моторное возбуждение сопровождалось в разной степени выраженности негативизмом. Речь: смазанная эгоцентрическая с персеверациями, эхолалиями. В периоды послабления кататонии в полиморфных приступах у ряда больных отмечались неврозоподобные (тики, гиперкинезы, вокализмы), психопатоподобные (агрессивные, сексуальные влечения) и аффективные (астенические депрессии, гипомании) нарушения. Выраженность аутизма в манифестном приступе в среднем по шкале CARS составляла 37 баллов (нижняя граница тяжелого аутизма). Сочетание КН с аутизмом при ИП приостанавливало физиологическое развитие ребенка на протяжении приступа и способствовало формированию вторичной задержки психического развития. Длительность приступов - 2-3 года.

В ремиссии у больных после кататонических приступов отмечался нажитой гипердинамической синдром, как вторичное расстройство на выходе из кататонии, или неврозоподобные нарушения (тики, гиперкинезы). Сохранялся когнитивный дизонтогенез с нарушением внимания, замедленностью протекания мыслительных процессов, моторной неуклюжестью при хорошем развитии познавательной активности. Аутизм утрачивал позитивную составляющую и уменьшался в среднем до 33 баллов (легкий/умеренный по CARS. Таким образом, возрастной фактор и фактор развития (положительные тенденции онтогенеза), реабилитация способствовали благоприятному исходу в 84% случаев («практическое выздоровление» в 6% случаев; «высокофункциональный аутизм» - в 50%, регрессионное течение - в 28%). Нозология: детский аутизм.

При атипичном детском психозе (АДП) эндогенном (F84.11) манифестные регрессивно-кататонические приступы возникали на фоне аутистического дизонтогенеза преимущественно на 2-3, реже 5-6 году жизни. Приступы начинались с углубления аутизма, регресса высших психических функций (речи, моторики с частичной утратой ходьбы). Вслед за негативными присоединялись кататонические нарушения. Ведущее место в структуре КН, наряду с возбуждением, занимали двигательные подкорковые стереотипии, которые вытесняли целенаправленные движения. Регресс, кататония, тяжелый аутизм останавливали развитие ребенка. Длительность приступов АДП эндогенного составляла 4,5 - 5 лет.

Ремиссии при АДП низкого качества, с сохранением протопатических двигательных стереотипий, тяжелого аутизма (42,2 балла по шкале CARS), когнитивного дефицита. Исход неблагоприятный: собственная речь не формировалась, у трети больных развивалась эхо-речь. Только в 30% случаев больные АДП обучались по коррекционной программе VIII вида, в 70% были не обучаемы, находились в условиях дома или были помещены в интернаты системы социального обеспечения.

Патофизиологические исследования. Уровень когнитивного развития у больных ИП был умеренно сниженным по отношению к норме (от 40% до 75% по 7 когнитивным сферам, 15%-60% по 5 аутистическим сферам). После проведенной абилитации в ремиссии уровень когнитивного разви-

тия улучшался по всем субшкалам PEP (при  $p < 0,03$ ), в том числе и по суммарному баллу когнитивных сфер (в среднем с 49,2 до 57,7 при  $p < 0,001$ ), приближаясь к норме, за исключением сферы «мелкая моторика» и «зрительно-двигательная координация», что, по-видимому, связано с моторными нарушениями в форме гиперкинетического синдрома на выходе из кататонии. Глубина аутистических проявлений стала менее выраженной (в среднем с 16,5 до 22,7 при  $p < 0,001$ ).

При АДП уровень когнитивного развития в регрессивно-кататонических приступах являлся низким не только по отношению к норме, но и к больным с ИП (от 2% до 44% по 7 когнитивным сферам, 6%-38% по 5 аутистическим сферам). Несмотря на проведенную абилитацию, показатели когнитивных сфер PEP в неполной ремиссии не превысили 55%, а по аутистическим сферам – 37%. Исключение составило увеличение показателей по субшкале «когнитивные представления» ( $t=3.626$ ,  $p=0.004$ ), что свидетельствовало об устойчивости когнитивного дефицита у данной группы пациентов.

Психотические формы РАС по данным ФГБУ «НЦПЗ» РАМН занимают свыше 61% в изученной выборке больных (4 500 чел.). Среди них больные детским психозом составляют 35%, а атипичным детским психозом эндогенным 12%. Эти два вида психоза, сходные по наличию неспецифических кататонических нарушений в приступах, различаются не столько по времени манифестации болезни [1], сколько по приустройству регресса в приступах, продолжительности манифестных приступов, нозологической принадлежности и исходам [2]. Диагноз эндогенного АДП соотносены с ДШ, которая занимает в спектре аутистических расстройств не более 8-12%; ИП рассматривается в рамках детского аутизма. По данным патопсихологических исследований, ИП и АДП имеют разные исходы когнитивных нарушений: сохранение стабильного когнитивного дефицита при АДП (детской шизофрении) и его нивелировку на фоне абилитации с выходом в когнитивный дизогенез при ИП (детском аутизме).

Психологические показатели значительно улучшаются в ходе абилитации при ИП и остаются стабильно нарушенными при АДП, что коррелирует с различной клинической картиной и может подтвердить разную нозологическую принадлежность описанных в данной статье психотических форм РАС [1,2,3]. Выявленные данные вносят весомый вклад в решение вопросов диагностики, дифференциации, поиска надёжных критериев прогноза, абилитации.

#### Литература

1. Башина В.М. Аутистические расстройства. Психиатрия: национальное руководство/ под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незванова, В.Я.Семке, А.С.Тиганова -М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009, с.700-727.
2. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра под редакцией Н.В. Симашковой, Т.П.Клюшник. //ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2016, 288 с.
3. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В., Хромов А.И. «Когнитивный дефицит в структуре расстройств аутистического спектра» //Психиатрия (научно-практический журнал), 2010, №6 (48), с.5-15.
4. Berney T.P. Autism – an evolving concept. The British Journal of Psychiatry, 2000, 176: 20-25.
5. Creak, M., K Cameron, V.Cowie,S et al., Schizophrenic syndrome in Childhood: Progress report of a working party. British Medical Journal 1961.2 889-890.
6. Fatemi, S.H. and T.D. Folsom. The neurodevelopmental hypothesis of Schizophrenia bulletin,35 (3),528-48. 2009
7. Garalda M.E., Raynaud J.P. Brain,mind,and developmental psychopathology in childhood, UK, Copyright 2012 by international Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP),2012, p. 317.
8. Shopler E., Reichler R.: Psychoeducation Profile. Baltimor, University Park Press (2003).
9. Shopler E., Reichler R., Renner B. The Children Autism Rating Scale (CARS). Los Angeles, CA: Western Psychological Services. – 1988 - 1-6.

**Симон Ю.А., Бизюк А.П., Исаева Е.Р., Шошина И.И., Мухитова Ю.В.**

**Особенности восприятия (зрительного гнозиса) и мышления у пациентов с шизотипическим расстройством**

ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова МЗ РФ, Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН,  
Санкт-Петербург, Россия

**Ключевые слова:** шизотипическое расстройство, зрительный гнозис, особенности мышления

**Simon Yu.A., Bizyuk A.P., Isaeva E.R., Shoshina I.I., Mukhitova Yu.V.**  
**Peculiarities of perception (visual gnosia) and thinking in patients with schizotypic disorder**  
Pavlov First Saint Petersburg State Medical University,  
FSBIS IP n.a. academician I.P.Pavlov RAS, St. Petersburg, Russia

**Keywords:** schizotypal disorder, visual gnosis, features of thinking

**Введение.** В истории изучения шизофрении особое место всегда занимали исследования познавательной сферы (Поляков, 1974). В литературе накоплено немало данных, указывающих на изменения в мыслительной и перцептивной деятельности больных. Однако до сих пор нет единого мнения и ясности взглядов относительно природы изменений познавательной деятельности, их соотношения и взаимовлияния, а также их места в развитии заболевания (Алейникова, Захарова, 1984; Критская, Мелешко, 2015; Лебедева, 2016; Шошина, Шелепин, 2016).

**Цель исследования** – изучение особенностей восприятия (зрительного гнозиса) и мышления у пациентов с шизотипическим расстройством.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали пациенты с диагнозом шизотипическое расстройство (F 21 по МКБ–10), 45 человек ( $22,06 \pm 1,31$  лет), из которых 27 мужчин и 18 женщин. В контрольную группу вошли студенты высших учебных заведений, не страдающие психическими и хроническими соматическими заболеваниями (30 человек ( $M=21,03 \pm 0,9$  лет), 14 мужчин и 16 женщин). Группа пациентов и группа здоровых (студенты) явились сопоставимыми по основным социально–демографическим характеристикам. Для оценки зрительного гнозиса и мышления использовали следующие методики: фигуры Поппельрейтера, методика «Незавершенные изображения»; методика «Исключение лишнего» (невербальный вариант), тест «Социальный интеллект» Гилфорда, субтест № 2: «Группы экспрессии». Для оценки статистической значимости различий использовали t–критерий Вилкоксона, t–критерий Стьюдента, критерий Пирсона и критерий Крамера–Уэлча.

**Результаты.** Пациенты с шизотипическим расстройством демонстрировали достоверно большее количество ошибок при выполнении методики «Фигуры Поппельрейтера», чем испытуемые в контрольной группе ( $p \leq 0,001$ ). То есть, пациенты с шизотипическим расстройством испытывали трудности при извлечении сигнала из шума. Установлено, что количество ошибок при выполнении методики «Незавершенные изображения» у пациентов с шизотипическим расстройством выше показателей контрольной группы ( $p \leq 0,001$ ). Пациенты склонны рассматривать части изображения в качестве целостного объекта, не пытаясь завершить образ путем экстраполяции, что свидетельствует о трудностях перехода от сукцессивных процессов к симультанным. Таким образом, у пациентов с шизотипическим расстройством нарушения выявляются еще на уровне ранней обработки зрительной информации и характеризуются слабостью зрительного представления и его константных характеристик. Кроме того, пациенты с шизотипическим расстройством демонстрировали более высокие показатели искажения процесса обобщения, чем в контрольной группе ( $p \leq 0,001$ ), что свидетельствует об искажении логической стороны мышления, преимущественно за счет опоры на второстепенные и формальные признаки предметов и объектов. Качественный анализ результатов выполнения методик «Фигуры Поппельрейтера», «Незавершенные изображения» показал, что пациенты с шизотипическим расстройством чаще совершали ошибки при опознании изображений. При этом ответы носили характер искажений в 90% случаев (неверного воспроизведения изображений). Вероятно, разрыв цепи происходит еще на этапе интеграции частных элементов в целостный образ, что свидетельствует о нарушении симультанности восприятия. Однако, выделение сигнала из шума пациентам доступно, что свидетельствует в пользу сохранности волевого компонента. Этап компарации также претерпевает изменения. Сравнение с эталонами–образцами из памяти происходит за счет опоры на формальные их аналоги. Качественные характеристики сравняемого материала заменяются на второстепенные, что детерминируется оторванностью прошлого опыта от сегодняшней ситуации. Далее на этапе номинации четкой оценки воспринимаемого образа не происходит, вследствие изменений мыслительной деятельности пациентов: потери целенаправленности, разноплановости, амбивалентности и разрыхленности ассоциаций, и как следствие происходит неправильная интерпретация и вербализация стимулов. Таким образом, полученные данные позволяют утверждать, что зрительное восприятие пациентов с шизотипическим расстройством нарушается на всех этапах зрительного гнозиса. Особенно отчетливо нарушения выступают на этапах формирования целостного образа и его дальнейшем соотношении с образцами–эталонами из памяти. Акт номинации также претерпевает изменения, ввиду особенностей мыслительной деятельности пациентов. На основании качественного анализа результатов выполнения методики «Исключение лишнего» были сделаны следующие выводы. Уровень обобщения пациентов с ши-

зотипическим расстройством характеризуется неравномерным уровнем обобщения на протяжении всего обследования, независимо от уровня сложности задания, с преимущественной опорой на латентные и формальные признаки. По результатам методики Гилфорда пациенты с шизотипическим расстройством, сличая символы эмоционального состояния, в 90% случаев обнаруживали паралогичность суждений, потерю целенаправленности, разрыхленность ассоциаций. Становится очевидным, что у испытуемых с шизотипическим расстройством нарушается процесс внутренней логической связи между суждениями, отмечается недостаточность целенаправленности мыслительного процесса, его оторванность от реальности. Ответы пациентов приобретают особые, своеобразные характеристики, которые не отражают связь между прошлым опытом и сегодняшней ситуацией, являясь вычурными и нелогичными.

**Выводы.** 1. Перцептивная сфера пациентов с шизотипическим расстройством характеризуется трудностями выделения сигнала из шума, слабостью зрительного представления и его константных характеристик. Процесс зрительного восприятия претерпевает изменения на всех его этапах: начиная непосредственно от этапа формирования целостного образа и заканчивая актом номинации. 2. Акт перцептивной номинации претерпевает изменения из-за особенностей мыслительной деятельности пациентов, в связи с этим кристаллизации воспринятого материала и четкой оценки целостного образа не происходит, что и обуславливает неправильную интерпретацию стимулов. 3. У пациентов с шизотипическим расстройством нарушается процесс внутренней логической связи между суждениями с недостаточной целенаправленностью мыслительного процесса, его оторванностью от реальности. Мышление приобретает особые характеристики, которые не отражают связь между прошлым опытом и сегодняшней ситуацией, являясь вычурными и нелогичными.

#### Литература

1. Алейникова С.М., Захарова Н.В. Сравнительное изучение особенностей перцептивной и мыслительной деятельности детей, больных шизофренией. // Журнал невропатологии и психиатрии. 1984. – №10. – С.1543–1547.
2. Критская, В. П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. – М.: Изд-во «Института психологии РАН», 2015. – 389 с.
3. Лебедева Г.Г. Структура и динамика когнитивного дефицита у пациентов с расстройствами шизофренического спектра: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04 / Лебедева, Гульфия Гадилевна. – СПб., 2016. – 230 с.
4. Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении/ Ю. Ф. Поляков. – М., 1974. – 86 с.
5. Поляков Ю.Ф. Проблемы и перспективы экспериментального исследования шизофрении // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. Под. ред. Полякова Ю.Ф. М., 1982. – С.5–28.
6. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е. Механизмы глобального и локального анализа зрительной информации при шизофрении. – СПб.: Изд-во ВВМ, 2016. – 300 с. ISBN: 978–5–9651–1028–5.

*Выполнено при поддержке РФФИ грант № 18–013–01245*

**Слепович Е.С., Поляков А.М.**

**Проблема определения нормального и аномального развития в культурно-исторической психологии**

Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь  
[Polyakov.bsu@gmail.com](mailto:Polyakov.bsu@gmail.com)

**Ключевые слова:** культурно-исторический подход; нормальное психическое развитие; аномальное психическое развитие; социокультурный эталон; зона ближайшего развития

**Slepovich E.S., Polyakov A.M.**

**The problem of determination of the normal and abnormal development in cultural-historical psychology**

Belorussian State University, Minsk, Belarus

**Keywords:** cultural-historical approach; normal mental development; abnormal mental development; sociocultural model; zone of proximal development

Разграничение нормального и отклоняющегося психического развития ребенка является одной из центральных проблем специальной и медицинской психологии, разработка которой необходима для решения задач нормативной возрастной и дифференциальной диагностики, а также определения направлений психологической коррекции.



В психологии принято выделять такие подходы к разграничению нормального и отклоняющегося психического развития, как среднестатистический, адаптационный (поведенческий), культурно-релятивистский, позитивный (гуманистический, индивидуально-личностный), негативный (норма как отсутствие клинических нарушений) подходы [1; 3]. Каждый из них апеллирует к определенным критериям для разграничения нормального и аномального развития, а также обладает определенными преимуществами и ограничениями.

В трудах Л.С. Выготского, А.Р. Лурии, Д.Б. Эльконина, Б.В. Зейгарник, В.И. Лубовского и их последователей разработан принципиально иной подход к разграничению психологической нормы и аномального развития [1; 2; 3], который, на наш взгляд, обладает рядом несомненных преимуществ по отношению к известным в мировой психологии подходам. Кроме того, в нем раскрыты не только общие позиции в определении критериев нормального и отклоняющегося психического развития ребенка, но и сделано множество важных методических находок. Однако в литературе культурно-исторический подход к определению нормального и аномального развития как самостоятельный не рассматривается, не раскрывается его специфика, преимущества и ограничения. Помимо этого в психологической практике, имеющей отношение к работе с ребенком (нормально развивающимся и имеющим те или иные отклонения от нормы), даже отдельные наработки культурно-исторического подхода все меньше используются и вытесняются методическими разработками других подходов (в первую очередь среднестатистического и поведенческого).

При анализе того или иного подхода к дифференциации нормального и аномального психического развития необходимо выделить критерий, определяющий норму. Культурно-исторический подход в качестве такого критерия рассматривает социокультурный идеал или эталон. Нормой психического развития полагается не среднестатистический норматив, присущий данному обществу, а тот идеал, который может быть достигнут ребенком при определенных социальных условиях. Примерами культурных эталонов могут служить образцы различных видов деятельности, способов и стратегий эмоционального реагирования, правила построения речевых высказываний, образцы бытового функционирования, сенсорные эталоны, научные понятия и др.

В частности, одной из ключевых идей Л.С. Выготского, которые предлагается использовать в нормативной возрастной диагностике, является идея зоны ближайшего развития [2; 3]. Она показывает возможности ребенка в освоении социокультурного опыта за счет оказываемой взрослым помощи в решении диагностических задач, а, следовательно, позволяет оценить перспективы психического развития конкретного ребенка в конкретных социальных условиях и вклад обучения и воспитания в имеющееся у него состояние. Определение зоны ближайшего развития включает в себя: оценку динамики развития; соотнесение особенностей психической деятельности с социокультурными условиями развития; учет уникальных возможностей развития данного конкретного ребенка; выявление социальных условий, максимально способствующих психическому развитию.

Любой вариант психического развития ребенка не является равномерным процессом. Одни сферы психики в определенном возрастном периоде развиваются более интенсивно, другие – менее. При аномальном психическом развитии такая неравномерность становится еще более выраженной [3]. Следовательно, зону ближайшего развития не следует рассматривать тотально по отношению ко всей психике в целом. Необходимо выявлять возможности развития ребенка в различных сферах и на основе этого составлять целостную картину развития с учетом взаимодействия функций и свойств личности.

Оценка зоны ближайшего развития позволяет увидеть не только ограничения потенциала ребенка, но его возможности, а также внешние (социальные) условия, которые способствуют их проявлению.

Л.С. Выготский отмечал необходимость оценки качественных возрастных изменений в психике ребенка, связанных с появлением новообразований, специфичных для каждого периода развития [2]. Под возрастными новообразованиями он понимал не просто вновь появившиеся функции или качества психики, а новый тип ее строения. Качественные преобразования в этом смысле предполагают изменение взаимоотношений между психическими функциями. Такое представление о психическом развитии предполагает не только оценку уровня сформированности отдельных психических функций, но и характеристику психики как сложно организованной системы. Существенным

моментом здесь является взаимодействие психических функций и свойств личности. Например, занимает ли память подчиненное положение по отношению к мышлению или наоборот. Регулирует ли речь практическую деятельность и т.д. Особое значение в этом контексте приобретают представления о психологической структуре дефекта, выявляющей устойчивые нарушения в строении психики ребенка и их связи с многочисленными частными изменениями отдельных функций и поведения [3]. В этом плане картина нормального и отклоняющегося развития становится сложной и не сводится к оценке уровней развития отдельных функций и свойств либо их усредненных показателей. Норма – это не только определенный уровень их развития, но еще и выстроенные в соответствии с возрастом связи между ними в структуре сознания субъекта.

Как отмечали Л.С. Выготский и др., возраст и возрастные изменения – это культурная задача, которую ставит перед человеком жизнь и общество, и которую он решает в процессе социализации [2]. Нормальное психическое развитие – это проект, а не априорно существующая онтологическая данность, который культурно обусловлен и варьирует в зависимости от социальных требований, образовательных условий и др. Из проектировочного характера развития следует, что понятие нормы как социокультурного эталона не совпадает ни с одним из существующих определений. Норма в данном понимании – это не только то, что есть, но и то, что может появиться, это не только то, что определяется особенностями самого ребенка, но и то, что зависит от социокультурных условий, это не столько формальное отсутствие патологических симптомов, сколько определенная организация психики. Иными словами, норма (как и аномальное развитие) – это идеальный образ или проект, представляющий актуальное состояние и возможные перспективы развития конкретного человека в определенных социокультурных условиях.

#### Литература

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 304 с.
2. Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии. Под ред. Д.Б. Эльконина // Собр. Соч.: в 6-ти т. М.: Педагогика, 1984. Т. 4. С. 243-432.
3. Специальная психология: учеб. пособие / Е.С. Слепович, А.М. Поляков, Горудко Т.В., Гаврилко Т.И., Винникова Е.А.; под ред. Е.С. Слепович, А.М. Полякова. Минск: Выш. шк., 2012. 511 с.

**Слоневский Ю.А.**

**Религиозная проблематика в клинике эндогенных расстройств, как фактор выбора форм, содержания и формата работы психолога.**

ФГБНУ НИЦПЗ, Москва, Россия  
[Stonevsky2012@yandex.ru](mailto:Stonevsky2012@yandex.ru)

**Ключевые слова:** приступообразная шизофрения, реабилитация, религиозность, сотрудничество, верующие больные

**Slonevsky Yu.A.**

**Religious agenda in the clinics of patients with endogenous disorders as a factor to choosing form, content and format of the psychologist's work**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** shift-like schizophrenia, remission, rehabilitation, religious coping, mentally ill believers

Концентрация внимания на формах проявления религиозности в клинике эндогенных психических расстройств возвращает научное сообщество к обсуждению ключевых проблем междисциплинарных проектов в медицине, в психологии. Наше сообщение основано на исследовании специфики применения интегративных принципов в оригинальном событийно-тематическом подходе к консультативному и реабилитационному направлению работы. Следует подчеркнуть, что у больных из религиозной среды существует реальная опасность столкнуться с обеднением медицинского подхода к их психическим расстройствам. Иногда игнорируются их жалобы на тягостные, явно болезненные переживания и ощущения, достигающие порой психотического уровня. Имеется устойчивая тенденция расценивать некоторые формы эндогенной психопатологии у верующих больных в качестве особых типов духовно-психологических расстройств. Распространение получают советы и даже требования ограничиваться использованием методов религиозного совладания с проблемами, вплоть до участия в чине отчитки, или обращения за помощью к православным гомеопатам. Какая-то часть верующих, больных и их родственников, беспрекословно

следует этим советам. От подобного подхода страдают и больные, и церковь, и медицина. Происходит блокада возможностей развития широкого профессионального сотрудничества в сфере решения проблем из области психического здоровья.

Причина зачастую кроется в ложно понимаемой членами конфессионально ориентированной команды своей компетенции, профессионального суверенитета, а иногда в непонимании природы и причин эндогенных психических заболеваний. Вместе с тем при наличии непредвзятого подхода невозможно игнорировать данные о том, что специфические клинические особенности психопатологических состояний влияют на многие важные характеристики религиозных переживаний. В частности, они могут определять их знак (положительный или отрицательный), интенсивность, глубину, масштаб, направленность на параметры и факторы внутренней или внешней стороны своей жизни. Нельзя так же забывать о том, что влияние позитивной и негативной симптоматики отражается в изменениях мотивационной, эмоциональной, когнитивной, коммуникативной, поведенческой форм активности. В результате меняются структура, содержание, направленность, качество и эффективность основных видов социальной активности больных. Нарушается их способность адекватно воспринимать социальный контекст, учитывать интересы окружающих, проявлять гибкость в поведении. Снижается критика: к состоянию; к оценке своих возможностей. Отношение больного к переживаниям, сопровождающим психическое расстройство, становится, как правило, неоднозначным, противоречивым. Это в полной мере относится и к тем из них, что имеют отношение к религиозной тематике. Своевременное использование совокупного ресурса междисциплинарного сотрудничества способствует более взвешенному и дифференцированному восприятию, исследованию проблем, связанных с взаимодействием и взаимным влиянием видов религиозности, фабулы религиозных переживаний и регистра психических расстройств. Обращение к религиозной тематике в клинике эндогенных расстройств можно воспринимать как повод и как уникальную возможность открытия новых граней и ресурсов в научно-практическом междисциплинарном сотрудничестве. Это становится возможным благодаря наличию уникальных проблемных пространств, открытых для творческого научно-практического поиска многих смежных дисциплин: медицинских, психологических, биологических, социальных. Важно отметить, что исследовательская часть общего междисциплинарного проекта, несмотря на определенную степень своей независимости, все-таки включена в решение задач его терапевтической части.

Еще раз уточним: в нашем случае речь идет о больных с эндогенными психическими расстройствами. Это люди разных возрастов, с разной степенью тяжести и глубины психических расстройств. В процессе взаимодействия с ними мы сталкиваемся с широким спектром видов религиозности у них. Виды религиозности могут отличаться по содержанию, по форме, интенсивности и масштабам их проявления в темах и событиях, происходящих в условиях обычной и церковно-религиозной среды.

Взаимодействие религиозного, психопатологического, психологического, социального и бытового, повседневного в клинике эндогенных расстройств позволяет совершенно по-иному взглянуть на проблему взаимодействия рисков и ресурсов различной природы, качества и содержания. Именно поэтому мы отдаем предпочтение системному подходу и методикам, требующим качественного анализа. Нами широко используются индивидуальные и групповые формы и методы психокоррекционной работы.

На начальных этапах взаимодействия с больными мы зачастую отдаем предпочтение сочетанию психологических консультативно-диагностических или врачебных, консультативно-терапевтических встреч с совместным приемом. Следует отметить, что на всех этапах взаимодействия с больным и его родственниками уточнение содержания и смысла их запроса на специализированные виды помощи является важной темой. Значительная часть времени и усилий направлена на решение консультативно-диагностических, психопрофилактических, мотивационных задач. При таком подходе и совместный прием, и патопсихологическое обследование, и процедура обсуждения их результатов, и даже удачно подобранная фармакотерапия, могут быть оценены с точки зрения решения задач по снижению рисков и актуализации ресурсов.

В наше психологическое исследование вошли больные, члены их семей, психически здоровые лица из групп их поддержки и сопровождения. Были так же включены врачи, психологи, волонтеры, паломники, священники, члены их семей и участники событийно-тематических экспедиций в

рамках выездных реабилитационных проектов. В отделении особых форм психической патологии на постоянном амбулаторном консультативном наблюдении и лечении находится более 400 больных. Можно говорить, о наличии у них эндогенных заболеваний широкого спектра. Однако преобладают приступообразная и приступообразно-прогредиентная формы течения шизофрении. Больные находятся на разных этапах течения болезни. Не менее 60 больных находятся на этапе становления стойкой ремиссии. Кроме того, по итогам совместного с врачом консультативно-диагностического приема детей и родителей была выделена особая семейная группа. Психолог вынужден ориентироваться в широком пространстве смежных областей профессиональных знаний и практик. Зачастую ему приходится помогать коллегам в поиске своего места в реальных проектах сотрудничества и в осознании их ключевых задач и возможностей. В последнее время особую интригу в определение перспективных линий сотрудничества вносит применение расширенно понимаемого междисциплинарного подхода при исследовании: психической патологии у больных из религиозной среды; вариантов психозов с религиозной фабулой в структуре психопатологических расстройств и у верующих, и у нейтрально относящихся к вере. В профессиональных сообществах, в том числе и в медицинском, исследуют возможности практического использования некоторых вариантов религиозного копинга и конфессионально-ориентированных реабилитационных программ для больных с разными типами психической патологии. При этом речь чаще всего идет о возможностях их применения на этапах формирования ремиссий.

Следует отметить неизбежность, неотвратимость встреч, столкновений и взаимопроникновения религиозной, психологической, медико-психиатрической моделей поддержки людей с разными типами психического неблагополучия.

В условиях обыденной повседневной жизни и в чрезвычайных обстоятельствах реально осуществляются формы сотрудничества церковно-религиозных, медицинских, психиатрических, психологических структур, организаций, сообществ и их отдельных представителей. Чаще всего, это уровень спонтанного взаимодействия. Выбор его содержания чаще всего основан на принципах здравого смысла и житейской логики.

Знакомство с разными аспектами, формами и масштабом проявлений религиозной проблематики является неизбежным для профессиональной деятельности медицинского психолога. В структуре некоторых психопатологических расстройств часто присутствует религиозная фабула переживаний. Кроме того, среди больных и их близкого социального окружения, высок процент верующих. Это вносит весомый вклад в формирование социально-психологической атмосферы. Существует разнообразие интерпретаций, противоречивых оценок влияния религиозных факторов и переживаний на причины и течение психических болезней. В психиатрической науке и практике - на современном этапе их развития - формируется более уважительное и взвешенное отношение к религиозности больных. Наблюдается интерес к оценке ее содержания и форм проявления в различных сферах их жизни. Факт прихода к вере перестал рассматриваться в качестве индикатора наличия серьезных психических проблем и нарушений. Большее согласие существует при оценке ее возможностей выступать в качестве ресурса, для сохранения и развития социальных контактов, для повышения уровня общей жизнестойкости больных.

Особенности процесса принятия больными и их близкими решения по поводу терапевтического сотрудничества, заставили нас выделить феномен системного когнитивного диссонанса. Мы считаем его важной частью патопсихологического симптомокомплекса у верующих пациентов. Описание его структуры, содержания, форм проявления, этапов, условий и динамики его формирования требует от медицинского психолога готовности и способности не ограничиваться рамками экспериментального патопсихологического обследования. В нашем случае были использованы разные варианты тематического взаимодействия в выездных реабилитационных проектах. Это позволяет более взвешенно оценить систему рисков и ресурсов. Особо важным и актуальным это становится тогда, когда религиозная тематика начинает преобладать в темах и событиях из разных сфер и областей жизни.

В нашей модели медико-психологической поддержки и помощи верующим больным и больным с религиозной фабулой расстройств поиску вариантов междисциплинарного сотрудничества отводится важное место.

Снегирева Т.В.

## Переживания ревности и эмоциональное неблагополучие юношеского возраста

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Stv217@ya.ru

**Ключевые слова:** ревность, юношеский возраст, стратегии совладания с ревностью

Snegireva T. V.

## Jealousy and emotional distress in adolescence

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** jealousy, adolescence, jealousy coping strategies

**Актуальность.** Ревность – феномен широко распространенный и кроме субъективных страданий, имеющий значимые социальные последствия. По данным психотерапевтов, две трети клиентов называют ревность одной из основных проблем [1]. Во многих случаях ревность приводит к разрыву отношений с друзьями и членами семьи, изоляции, тревоге за жизненное благополучие [2]. Ревность – главная причина супружеских конфликтов и насилия в партнерских отношениях [3], а так же ведущая причина убийств супругов и интимных подруг [4]. Юношеский возраст особенно уязвим для негативных последствий ревности. В юношеском возрасте ревность обладает наибольшей остротой по сравнению с другими возрастными периодами [5]. Подростковый и юношеский возраст является временем активного формирования индивидуальных стилей совладания, что означает несформированность продуктивных стилей совладания с проблемными ситуациями, в том числе с переживанием ревности [6]. Незрелость копинга может затруднять переработку переживания ревности и приводить к более деструктивным последствиям, чем во взрослом возрасте.

**Цель исследования.** Изучение связи между степенью интенсивности ревности, способами совладания с этим переживанием и симптомами эмоционального неблагополучия.

**Выборка.** Обследовалась группа испытуемых в возрасте от 17 до 23 лет, 49 девушек и 8 юношей, общее число испытуемых - 57 человек. Средний возраст испытуемых - 19,7 лет. Все участники на время участия в исследовании учились в московском ВУЗе и имели в опыт романтических отношений. Испытуемые заполняли опросники в электронной форме.

**Методики.** Шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory - BDI), Шкала тревоги А.Бека (Beck Anxiety Inventory - BAI), Опросник беспокойства (The Penn State Worry Questionnaire – PSWQ, Meyer, Miller, Metzger, Borkovec), Симптоматический опросник SCL-90-R (Derogatis с соавт., 1977), Многомерная шкала ревности (Multidimensional Jealousy Scale – MJS, Pfieffer, Wong), Оригинальный опросник “Стили совладания с ревностью” (Н.Г.Гаранян).

**Результаты.** Испытуемые были разделены на три группы методом процентилей по общему баллу Многомерной шкалы ревности – с низким, средним и высоким уровнем ревности.

Группа с высоким уровнем ревности имела достоверно более высокие показатели депрессии, тревоги и беспокойства в сравнении с испытуемыми со слабой интенсивностью этого переживания (коэффициент Манна-Уитни,  $p < 0,01$ ). Умеренная корреляционная связь была установлена для показателей ревности и депрессии (коэффициент  $r$ -Спирмена = 0,459,  $p < 0,01$ ), более слабые, но также статистически значимые связи были получены для показателей тревоги ( $r = 0,317$ ,  $p < 0,01$ ) и беспокойства ( $r = 0,319$ ,  $p < 0,01$ ). Достоверные различия были получены по ряду шкал опросника SCL-90-R - соматизации, обсессивно-компульсивных нарушений, интерперсональной чувствительности, депрессии, тревоги, враждебности, параноидного мышления и психотизма, а также шкале, отражающей общий уровень тяжести психопатологической симптоматики - где испытуемые с большей выраженностью ревности набирали достоверно более высокие баллы в сравнении со сверстниками двух других групп ( $p < 0,05$ ). Сильная связь была установлена для показателей ревности и интерперсональной чувствительности ( $r = 0,608$ ,  $p < 0,01$ ). Значимые связи были найдены и для остальных шкал SCL-90-R: враждебности ( $r = 0,589$ ,  $p < 0,01$ ), психотизма ( $r = 0,515$ ,  $p < 0,01$ ), депрессии ( $r = 0,507$ ,  $p < 0,01$ ), параноидного мышления ( $r = 0,502$ ,  $p < 0,01$ ), соматизации ( $r = 0,472$ ,  $p < 0,01$ ), обсессивно-компульсивных нарушений ( $r = 0,417$ ,  $p < 0,05$ ), тревоги ( $r = 0,382$ ,  $p < 0,05$ ). Таким образом, интенсивная небредовая ревность сопряжена с широким кругом психопатологических симптомов – как психотического регистра, так и аффективного.

Установлено, что стратегии совладания с ревностью также связаны с психопатологической симптоматикой. Чем более выражены психопатологические симптомы, тем с большей вероятностью будут использоваться такие деструктивные стратегии совладания, как установление контакта с соперником ( $r=0,730$ ,  $p<0,01$ ), попытки манипуляции ( $r=0,709$ ,  $p<0,01$ ), слежение за партнером и ограничение его свободы ( $r=0,633$ ,  $p<0,01$ ), деструктивная коммуникация ( $r=0,617$ ,  $p<0,01$ ), активное дистанцирование ( $r=0,547$ ,  $p<0,05$ ) и избегание ( $r=0,528$ ,  $p<0,05$ ). При наличии депрессивной и тревожной симптоматики с большей вероятностью будет выбрана т.н. деструктивная коммуникация ( $r=0,612$  и  $0,581$  соответственно,  $p<0,01$ ).

**Выводы.** Полученные результаты отчетливо свидетельствуют о связи интенсивной романтической ревности (небредового регистра) с широким кругом психопатологических симптомов. Они свидетельствуют о выраженном эмоциональном неблагополучии лиц юношеского возраста, переживающих ревность в партнерских отношениях. Можно предположить механизм порочного круга, в который попадают эти молодые люди. Симптомы эмоционального неблагополучия (депрессии, тревоги, беспокойства, навязчивостей) резко повышают их чувствительность к неблагоприятным жизненным событиям, к которым несомненно можно отнести ситуацию потенциальной или свершившейся измены партнера. В силу когнитивного стиля, сопряженного с эмоциональным неблагополучием, они могут ошибочно трактовать нейтральные межличностные ситуации как потенциально опасные и сопряженные с риском партнерской измены. Результатом таких процессов становятся переживания ревности, подталкивающие их к определенным действиям, потенциально направленным на нейтрализацию угрозы. Однако, как показывают наши данные, ревнующие часто используют деструктивные стратегии совладания с этим мучительным переживанием - лишь отдаляющие партнера, порождающие конфликты и ответное раздражение. В результате партнерские отношения становятся более проблемными, что, в свою очередь, создает риск симптомов депрессии, тревоги и беспокойства.

Необходимо отметить, что полученные результаты подтверждают правомерность отнесения интенсивной небредовой ревности к варианту эмоциональных расстройств (DSM-V, 2015). Они также могут служить эмпирическим доказательством валидности когнитивной модели ревности, согласно которой деструктивные способы совладания с ревностью служат фактором стресса в партнерских отношениях и хронификации этого переживания.

#### Литература

1. White G.L. Romantic Jealousy: Therapists' Perceptions of Causes, Consequences, and Treatments Romantic Jealousy: Therapists' Perceptions of Causes, Consequences, and Treatments // Journal of Couple & Relationship Therapy. 2008. Vol. 7. No. 3. pp. 210-229.
2. Buss D. The dangerous passion: why jealousy is as necessary as love and sex // Choice Reviews Online, Vol. vol 37, issue 11, 2000. pp. 37-65
3. Buss D., Duntley J. The evolution of intimate partner violence // Aggression and Violent Behavior, T. 16, № 5, 2011. С. 411-419.
4. Pines A., Aronson E. Antecedents, Antecedents, correlates, and consequences of sexual jealousy // Journal of Personality. 1983. Vol. 51. No. 1. pp. 108-136
5. Крюкова Т.Л. автореф. дис. докт. псих.наук: 19.00.13 Психология развития, акмеология. Кострома: Костромской государственный университет им. Некрасова, 2005. 473 pp.

#### Соловьева Е.В.

**О психологическом сопровождении пациентов репродуктивных клиник при лечении бесплодия**

ООО «Эко-центр», г. Москва, Россия,  
[mamproject@yandex.ru](mailto:mamproject@yandex.ru)

**Ключевые слова:** бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, психологическое сопровождение, экстракорпоральное оплодотворение

**Keywords:** infertility, assisted reproductive technologies, in vitro fertilization, psychological support

В мире растет число бесплодных браков [5, 9]. Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) дают возможность людям, ранее обреченным на бездетность, зачать, выносить и родить ребенка. Появившись 40 лет назад, к настоящему времени ВРТ прочно вошли в жизнь современного общества: всего в мире рождено уже более 6 млн детей, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В России ЭКО становится все более распространенным и доступным способом зачатия детей. По данным Российской Ассоциации Репродукции человека (РАРЧ) в 2015 году в нашей стране было проведено, по меньшей мере, 111972 цикла ЭКО, известно о наступлении 35181 беременности [6].

Бесплодие у женщин существенно влияет на их психоэмоциональное состояние, вызывая хронический стресс [2, 3, 4]. Обследование и последующее лечение при помощи ВРТ связано с дополнительными травмирующими факторами, такими как семейные и бытовые трудности, большие временные затраты на посещение лечебных учреждений, существенная финансовая нагрузка на семью. Для всех этапов лечения бесплодия характерны психоэмоциональные нарушения: тревожные, тревожно-депрессивные, депрессивные и невротические реакции, состояние одержимости, когда зачатие приобретает сверхценный статус, мысли о своей репродуктивной несостоятельности, самообвинительные идеи [2, 4]. Из этого следует, что психологическая помощь женщинам и супружеским парам с бесплодием в программах ВРТ желательна, а в ряде случаев необходима на протяжении всего лечения. В зарубежных странах, где ЭКО появилось раньше, чем в России, в репродуктивных клиниках внедрена система психологической поддержки пациентов, использующих ЭКО. К примеру, в Великобритании пациентам предлагается в течение всего цикла ЭКО посещать консультанта по бесплодию, имеющего психологическое образование (infertility counsellor). Часть этих мероприятий обязательна (например, в случае донорских программ).

В нашей стране принят преимущественно медицинский подход к лечению бесплодия. Зачастую врачи недостаточно информированы о том, чем может быть полезен клинический психолог их пациентам и поэтому далеко не всегда готовы к сотрудничеству. Между тем в психологии имеются широкие возможности для помощи бесплодным парам. В последние годы активно изучаются психологические аспекты бесплодия, предлагаются методы психологической помощи тем, кто обращается к ВРТ [1, 2, 4, 7, 8]. Перинатальные психологи работают как с психологическими причинами бесплодия (страхами, связанными с этапами репродуктивного цикла, с ожиданиями от будущего материнства, неконструктивными мотивациями родительства и т.п.), так и с психологическими последствиями бесплодия и обстоятельствами, сопутствующими лечению методами ВРТ. Эффективными методами психологического консультирования женщин с бесплодием можно считать телесно-ориентированную терапию, использование образов (символдрама, эмоционально-образная терапия), релаксацию, аутотренинг [2, 4, 7]. В последнее время стереотип, принятый в российской репродуктологии, что бесплодие - исключительно медицинская проблема, постепенно разрушается, и клинические психологи в центрах репродукции эффективно работают, помогая врачам. Исследования, проведенные на базе Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова, подтвердили, что психокоррекция способствует снижению у пациенток тревожно-депрессивных расстройств и может существенно повысить эффективность программ ЭКО [2, 4]. Для того чтобы лечение было успешным, необходимо, чтобы пациент начинал программу спокойно и осознанно, имел адекватные представления об этапах ЭКО, перед переносом находился в расслабленном состоянии. В этом помогают психологи. Другое направление психологического сопровождения - в случаях, когда ЭКО не дает результатов, помочь пациенту принять решение об альтернативных способах (донорских программах, суррогатном материнстве, усыновлении).

Кому же из пациентов центров ВРТ рекомендуется работа с психологом? Показаниями для психологического сопровождения в программах ВРТ должны быть на этапе подготовки к ЭКО в случае повышенной тревожности, депрессивных реакций, негативного настроения на лечение, перинальных потерях в анамнезе, отрицательных результатов предшествующего лечения бесплодия. Также эти показания должны быть при вступлении в донорские программы, при суррогатном материнстве. Во время лечения – при негативных эмоциональных состояниях (истерика, агрессия, острый стресс, паника), телесном напряжении, неготовности к манипуляциям, отрицательном результате лечения. Основные трудности в деятельности клинических психологов в центрах ВРТ связаны с отсутствием соответствующей мотивации у пациентов на работу с психологом, недостаточной информированностью врачей о возможностях психологической помощи, необходимостью для психолога встраиваться в режим проводимого в клинике лечения.

#### Литература

1. Адамьян Л.В., Филиппова Г.Г., Калининская М.В. Переживание бесплодия и копинг-стратегии женщин фертильного возраста // Медицинский вестник Северного Кавказа. №3. 2012. С.101-105.
2. Гарданова Ж.Р. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий и их психотерапевтическая коррекция: дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2008. 210 с.
3. Кулаков В.И., Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж.Р., Кулакова Е.В. Психотерапевтическая коррекция аффективных расстройств у женщин, получающих помощь по программе вспомогательных репродуктивных технологий // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. №1. 2007. С. 21-26.
4. Кулакова Е.В. Коррекция психоэмоциональных нарушений у пациенток с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий: дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2008. 130 с.
5. Репродуктивное здоровье населения России. Итоговый отчет. Информационно-издательский центр «Статистика России», 2012. 348 с.
6. Российская Ассоциация Репродукции человека. Регистр ВРТ. Отчет за 2015 год. 2017.
7. Сгибов В.Н., Кочерганов П.Н. Интегративная психотерапия пограничных психических расстройств у женщин, страдающих бесплодием // Психотерапия. №8 (68). 2008. С.39-42.
8. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология: психологическая помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2014. № 3(5). [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 10.01.2018).
9. Яковенко Е.М., Яковенко С.А. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и другие методы преодоления бесплодия. Казань, ПИК «Идеал-Пресс», 2016. 280 с.

**Соловьева И.Г. Рожнова О.М. Авдонина О.Г. Сарычева Ю.В.**

**Изучение потребности в профессиональной психологической помощи в амбулаторном звене здравоохранения**

ФГБОУ ВО НГМЗ РФ, ГБУЗ НСО «Поликлиника №16, Новосибирск, Россия  
[irraso@mail.ru](mailto:irraso@mail.ru) [gen\\_array@mail.ru](mailto:gen_array@mail.ru), [avdoninasibir@yandex.ru](mailto:avdoninasibir@yandex.ru)

**Ключевые слова:** поликлиника, синдром эмоционального выгорания, психологическая помощь

**Solovieva I.G. Rognova O.A. Avdonina O.G. Saricheva J.V.**

**The study of the need for professional psychological assistance in outpatient health care**  
Novosibirsk State Medical University, polyclinic №16, Novosibirsk, Russia

**Keywords:** outpatient health care, emotional burnout syndrome, psychological help

В психиатрии, наркологии на этапе стационарного и амбулаторного лечения, в неврологическом стационаре, согласно Приказам Минздрава России, используется био-психо-социальный подход, заключающийся в создании полипрофессиональных бригад, состоящих из врачей соответствующей специальности, врачей-психотерапевтов, медицинских психологов и специалистов по социальной работе. Комплексный интегративный подход к профилактике и лечению неврологических, онкологических, соматических заболеваний пока мало используется в амбулаторном звене здравоохранения. Полипрофессиональный подход, который используется в неврологическом стационаре при лечении пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, на амбулаторном этапе не реализован, что снижает эффективность лечения. Известно, что базовыми принципами лечения и реабилитации пациентов с инсультом является длительность, систематичность. Психологическое сопровождение больных злокачественными новообразованиями на поликлиническом, как и на стационарном этапе, также не предусмотрено. Кроме того многими исследованиями показано, что



среди пациентов первичной практики частота психосоматических расстройств колеблется от 30 до 60%, что предполагает участие медицинского психолога в лечении указанной категории больных.

**Целью** настоящего исследования является изучение потребности в профессиональной психологической помощи в первичном поликлиническом звене, как у медицинских работников, так и пациентов.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе ГБУЗ НСО «Поликлиника №16, г. Новосибирск (заведующая поликлиникой д.м.н. Тощая Е.Г.). В исследовании приняли участие 25 медицинских работников и 40 пациентов. Медицинские работники распределены в следующие группы: врачи - 11 человек (средний возраст - 44,5 года, стаж работы - 18,9 лет), медицинские сестры - 7 человек (средний возраст - 48,7 лет, стаж работы - 27,5 лет), медицинские регистраторы - 7 человек (средний возраст - 49,8 лет, стаж работы в медицине - 15,2 лет). Среди обследованных: 1 мужчина и 26 женщин. У медицинских работников изучали степень выраженности синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) с помощью опросника В.В. Бойко. Для изучения особенностей профессиональной деятельности и предполагаемых аспектов психологической поддержки в условиях поликлиники использовали авторский опросник. Среди обследованных пациентов 13 мужчин и 17 женщин. Средний возраст - 45,9 лет. Авторская анкета для пациентов включала вопросы, касающиеся здорового образа жизни, качества жизни и потребности в психологической помощи.

**Результаты исследования.** При исследовании степени выраженности СЭВ у медицинских работников получены данные о том, что 72,7% врачей находятся на фазе резистентности с высокими показателями по шкалам: неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоциональная отстраненность, а так же редукция профессиональных обязанностей. У 64,3% медицинских сестер и регистраторов определяется фаза истощения, что выражается в личностной отстраненности, эмоциональном дефиците, редукции профессиональных обязанностей, психосоматических и психовегетативных нарушениях. У всех обследованных медиков высокие показатели шкалы «переживание психотравмирующих обстоятельств» (перегрузка, сложный контингент больных). При изучении взаимоотношений 72,7% врачей оценили отношения в коллективе как нейтральные/рабочие, не предполагающие эмоциональную поддержку. В тоже время, более чем половина обследованных медицинских сестер и регистраторов отмечают дружеский и эмоционально поддерживающий характер взаимоотношений.

По 10-ти бальной шкале необходимость медицинского психолога в поликлинике врачи определили в 8,6 балла; медицинские сестры - в 8,1; медицинские регистраторы - в 9 баллов. Медицинские работники из возможных функциональных обязанностей медицинского психолога в поликлинике выделяли следующие: психологическая помощь при разрешении конфликтов «врач-больной», обучение навыкам коммуникации и навыкам разрешения конфликтов - 88,9% медицинских работников; профилактика синдрома эмоционального выгорания - 81,5%; работа с проблемными пациентами на повышение комплаентности к лечению - 77,8%; психологическое сопровождение пациентов с хроническими заболеваниями, часто и продолжительно болеющих - 77,8%; участие в программах реабилитации пациентов (в частности, пациентов, перенесших инсульт) - 74,1%; работа с геронтологическими больными (66,7%); профилактическая работа с населением, направленная на пропаганду и формирование здорового образа жизни - 81,5% опрошенных медицинских работников.

Анализ анкетирования пациентов показал, что, несмотря на наличие у 18 (60%) обследованных пациентов стрессовых ситуаций высокой интенсивности (от 6 до 10 баллов по 10-ти бальной шкале) в течение последних трех лет, потребность в психологической помощи в связи с переживаемым стрессом отмечают только 3 (1%) человека. В тоже время, 11 (64,7%) опрошенных женщин по результатам анкетирования имеется потребность в комплексном обследовании (маммолог, гинеколог-эндокринолог, определение уровня гормонов, УЗИ). Причем, 6 (35,3%) женщины включают в обследование консультацию психолога.

**Резюме.** У обследованных медицинских работников поликлиники выявляется высокая степень выраженности синдрома эмоционального выгорания, что определяется характером производственного процесса, низким уровнем организации коллектива, отсутствием психологического сопровождения. Большинство обследованных медицинских работников отмечает необходимость психологи-

ческой поддержки, направленной на профилактику синдрома эмоционального выгорания, на обучение медицинских работников навыкам коммуникации и разрешения конфликтов.

Более 70% медиков склонны считать, что в поликлинике необходимо психологическое сопровождение больных хроническими заболеваниями (больных злокачественными новообразованиями; пациентов, перенесших инсульт и нуждающихся в длительной реабилитации и др.), геронтологических пациентов. В тоже время, выявлена низкая мотивация пациентов на получение профессиональной психологической помощи. Одной из причин может быть низкая психологическая культура - недооценка психической патогенетической компоненты в развитии заболеваний и, соответственно, вклад в эффективность лечения.

**Солондаев В.К.**

**Корреляты привязанности к матери у дошкольников и младших школьников**

ЯрГУ им. П.Г. Демидова, Ярославль, Россия,  
[solond@yandex.ru](mailto:solond@yandex.ru)

**Ключевые слова:** привязанность, поведение, схема тела

**Solondaev Vladimir**

**Correlates of attachment to the mother at preschool children and primary school students**

P.G. Demidov Yaroslavl State University

**Keywords:** attachment, behavior, body scheme

**Введение.** Цель нашей работы - изучение психологических механизмов влияния характера привязанности к матери на психическое развитие ребенка. Понятие привязанности было введено Дж. Боулби на клиническом материале. И в группах клинически больных детей разными исследователями обнаруживаются патологические паттерны привязанности [1]. Возникает вопрос о психологических механизмах патогенетического воздействия нарушенной привязанности, вопрос о механизмах «передачи» опыта ранних неблагоприятных отношений с матерью в новые отношения, устанавливаемые позднее и с другими людьми. Психологическим коррелятом привязанности может оказаться даже успешность обучения в ВУЗе [3].

На наш взгляд, возможны два варианта ответа на поставленный вопрос. Первый вариант - нарушение привязанности к матери определяет формирование устойчивых паттернов поведения, генерируемых в дальнейшем. Второй ответ - нарушение привязанности к матери определяет дальнейшие отношения опосредовано. Исследования в области нейропсихологии позволяют предположить, что опосредующим фактором может стать схема тела, формирование которой начинается в раннем онтогенезе и неразрывно связано с характером привязанности [4, 5].

**Материал и методы.** Выборку исследования составили две группы клинически здоровых детей: 80 дошкольников (4-6 полных лет, по 40 мальчиков и девочек) и 70 первоклассников (6-7 полных лет, по 35 мальчиков и девочек). Сбор эмпирического материала проводился А.В. Бондарчук и Е.М. Воронковой - студентками факультета психологии ЯрГУ - при выполнении курсовых и дипломных работ под руководством автора. Привязанность к матери оценивалась по методике Н. Каплан в адаптации Г.В. Бурменской [2]. Поведенческие проявления оценивались по карте наблюдений Д. Стотта (объективный аспект); также фиксировались оценки степени поведенческой адаптированности детей, даваемые воспитателями и учителями (субъективный аспект). Схема тела оценивалась по параметрам пространственного праксиса (проба Хэда), кинестетического праксиса (позы пальцев) и динамического праксиса (проба Н.И. Озерецкого «кулак – ребро – ладонь»).

**Результаты.** Первый этап исследования проводился на выборке дошкольников. Были получены следующие результаты. 1.1. Характер привязанности в контексте поведения эмпирически не проявляется как целостный психологический феномен. В контексте поведенческих проявлений можно описывать лишь каждый тип привязанности по отдельности в сравнении по карте остальных. В целом дети, сформировавшие надежный тип привязанности, более адаптивны; дети, сформировавшие ненадежные типы привязанности, более дезадаптивны. Различия между мальчиками и девочками отсутствуют. 1.2. Избегающий тип привязанности, в сравнении с остальными, характеризуется относительно высокой выраженностью невротической симптоматики по карте наблюдений. 1.3. Надежный тип привязанности, в сравнении с остальными, характеризуется относительно высокой адаптированностью по оценкам экспертов и относительно низкой общей выраженностью поведен-

ческих нарушений. Также у детей с надежным типом привязанности воспитатели реже замечают физические недостатки. 1.4. Амбивалентный тип привязанности, в сравнении с остальными, характеризуется относительно выраженной тревогой по отношению к детям и относительно низкой внешней выраженностью внешних болезненных проявлений. 1.5. Для дезорганизованного типа привязанности, в сравнении с остальными, специфические поведенческие проявления отсутствуют. Неожиданной нам показалась высокая диагностическая значимость шкалы 15 карты наблюдений, включающей, например, такие симптомы: неправильное дыхание, частые простуды, очень холодные руки, плохая координация движений, неестественные позы тела. Возможна интерпретация оценок по шкале 15 карты наблюдений как индикатора стигматизации воспитателями детей с ненадежным типом привязанности. Но в этом случае также возникает вопрос о механизмах «считывания» воспитателями типа привязанности. Судя по результатам первого этапа, поведение детей не дает достаточной для этого информации. По результатам первого этапа мы выдвинули предположение о том, что схема тела является механизмом, опосредующим влияние характера привязанности к матери на отношения ребенка с другими людьми. Для проверки выдвинутого предположения мы провели второй этап исследования на выборке первокурсников, оценив дополнительно параметры схемы тела. На втором этапе были получены следующие результаты. 2.1. Дети, сформировавшие надежный тип привязанности, характеризуются психологически оптимальными по выборке значениями оцениваемых показателей. Различия между мальчиками и девочками отсутствуют. 2.2. Тип привязанности в целом не связан с объективным и субъективным аспектами оценки поведения учителями. 2.3. Сформированный ребенком амбивалентный тип привязанности связан с относительно низким уровнем развития схемы тела по показателям пространственного, кинестетического и динамического праксиса. Сходная, но существенно более слабая связь выявлена у детей с дезорганизованным типом привязанности. 2.4. Дети, сформировавшие избегающий тип привязанности, не выделяются из выборки по исследованным параметрам.

**Выводы.** 1) Психологические механизмы воздействия разных типов привязанности к матери на психическое развитие ребенка отличаются. В этой связи целесообразно дальнейшее изучение патогенетического влияния каждого типа нарушенной привязанности в отдельности. 2) У клинически здоровых детей 4-7 лет типы привязанности, кроме надежного, не характеризуются отчетливо выраженными и специфическими поведенческими признаками, наблюдаемыми в детском саду или школе. Следовательно, существуют формы спонтанной компенсации потенциально патогенных типов привязанности, требующие дальнейшего изучения. 3) Влияние амбивалентного типа привязанности в существенной мере опосредовано схемой тела, что определяет перспективы разработки соответствующих психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий.

#### **Литература**

1. Авдеева Н.Н. Теория привязанности: современные исследования и перспективы // Современная зарубежная психология. 2017. Т. 6. № 2. С. 7-14.
2. Бурменская Г.В. Методики диагностики привязанности к матери ребенка дошкольного и младшего школьного возраста // Психологическая диагностика. 2005. № 4. С. 5-44.
3. Волкова Е. Е. Типы привязанности студентов и их успешность обучения в вузе // Вестник Кемеровского государственного университета. 2017. № 2. С. 123-128.
4. Пережигина Н.В., Солондаев В.К. Проблемы нормы и патологии психического и моторного развития. Ярославль: ЯрГУ. 2006. 111 с.
5. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. М.: Генезис. 2007. 474 с.

*Исследование выполнено при поддержке РФФИ, проект №18-013-00901*

**Стоянова И.Я., Брель Е.Ю.**

**Характеристики алекситимии в контексте психического здоровья в подростковом и юношеском возрасте**

НИИ ПЗ ТНИИМЦ, НИ ТГУ Томск, Россия  
[ltka1948@mail.ru](mailto:ltka1948@mail.ru)

**Ключевые слова:** алекситимия, контент-анализ, подростки и юноши

**Keywords:** alexithymia, content-analysis, adolescents

**Введение.** Актуальность исследования alexithymии определяется современными условиями общественного развития, связанного с эпохой цифровых технологий, которые предполагают значительную погруженность человека в виртуальную реальность, способствующую расширению факторов риска формирования этого феномена. Основные направления изучения данного феномена (клинический и психологический) не дают однозначной трактовки самого понятия, а также его природы, механизмов формирования. Общим, на наш взгляд, в исследовательских позициях является предположение о том, что alexithymию следует относить к неспецифическим факторам риска развития психосоматических заболеваний [5]. Однако, это утверждение получило бы фундаментальные основания при изучении данного свойства не только в структуре личности пациентов с психосоматическими расстройствами, когда психологический статус индивида может быть изменен в результате объективного страдания, но и в структуре «практически здоровой» личности. Такой подход переводит феноменологию alexithymии в плоскость психологических исследований и создает основания для разработки превентивных мероприятий [3, 6]. Первоначально alexithymию, как неспособность человека воспринимать или выражать свои чувства, исследователи рассматривали в качестве специфического признака так называемой психосоматической личности [8]. Предполагаемые особенности определяли обедненное воображение, тенденцию к прямолинейности в конфликтных ситуациях, ограниченную способность испытывать чувства и трудности при вербализации собственных переживаний [1]. Оппоненты данной концепции подчеркивали, что поиск однородной структуры личности для психосоматических нарушений противоречит клиническому опыту [5, 7]. В дальнейшем alexithymия была обнаружена не только при соматических, но и при аддиктивных и постстрессовых расстройствах [2, 4]. В настоящее время alexithymию понимают как психологическую характеристику индивида, проявляющего затруднения в описании собственных эмоциональных переживаний и понимании чувств другого человека, неспособность дифференцировать эмоции и телесные ощущения, фиксацию на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям [6]. Выделяют и такой признак, как ограниченное использование символов, о чем свидетельствует бедность фантазии и воображения. У alexithymичной личности перечисленные особенности могут проявляться в равной степени или может преобладать одна из них [5]. Не отмечено какой – либо нозологической специфичности. Некоторое снижение интереса к данной проблематике в последние годы частично объясняется недостаточным арсеналом объективных методов исследования феномена. Целью настоящего исследования является изучение содержания лексических единиц в текстах практически здоровых испытуемых с разной степенью выраженности alexithymии.

**Материалы и методы.** Психодиагностическое исследование проведено с помощью Торонтской alexithymической шкалы (TAS), контент-анализа текстов мини сочинений на тему: «Что чувствует человек, когда он не может говорить о своих чувствах?». Основными критериями анализа текстов выступали лексические единицы, обозначающие: чувства и эмоции; рефлексивные и эмпатические компоненты переживания; соматические компоненты состояния, указывающие на способ совладания с ситуацией. Общая выборка испытуемых составила 384 человека, учащиеся общеобразовательных школ и техникумов, в возрасте от 12 до 20 лет. Анализ медицинских карт, беседа с классными руководителями и кураторами выявил отсутствие хронических соматических заболеваний. Данные самоотчетов также свидетельствуют о наличии нормы в отношении психического и соматического здоровья.

**Результаты.** По результатам диагностики были выделены группы высоко-, средне- и низкоalexithymичных респондентов, статистически достоверно различающиеся по данному параметру. Отмечается тенденция к большей выраженности alexithymии у юношей (при средних значениях 69,26 у юношей и 67,19 у девушек  $t = 2,1$ ). Обнаружены значительные отличия содержательных характеристик текстов в группах с низкой, средней и высоко выраженной alexithymией. В группе

индивидов с низким уровнем алекситимии наиболее часто встречаемое слово «Я» («моя», «себе», «сама») отражает выраженную личностную направленность индивида в обозначенной ситуации. Кроме того, присутствуют и конкретные участники ситуации: мама, подруга, родители, друзья, то есть значимые люди из микросоциального окружения. В текстах прослеживается деятельностная направленность, выраженная словами «старюсь, «начинаю», «готова», «потребность», «анализировать», «дела». Обращает на себя внимание использование слов «пламя», «природа», «музыка», «бумага», «гармония», что, на наш взгляд, отражает активную направленность на предполагаемые действия.

В группе испытуемых со средним уровнем алекситимии варианты словоформы «Я» встречаются значительно реже, также как и слова «эмоции» и «чувства». Они употребляются в словосочетании с определением «неприятные». При описании собственного состояния использованы слова «разочарование», «растерянность», «разбитость», «обида», «тоска». Деятельностная направленность поступков выражается принципиально иными словами: от нейтральных «движения», «гулять», «заходить», «отвлечься» до ярко эмоционально окрашенных «страдать», «выплеснуть вулканом наружу», «энергия», «сравмировать», «расплакаться». Наблюдают проявления некоторой апатии и пассивности, которые выражены словами «принять ванну», «отдохнуть», «теплое одеяло».

В группе испытуемых с высоким уровнем алекситимии отмечается снижение личностной направленности по сравнению со второй и, особенно, с первой группой, ссылки на микросоциальное окружение отсутствуют. При этом возрастает количество употребления слова «плоди» в сочетании со словами «потеря», «предательство», «проблема». Широко представлен спектр переживаемых негативных чувств: «страх», «боязнь», «безразличие», «безысходность», «жалость», «тревога», «непонимание», «опустошенность», «обида», «отчаяние», «гнев», «ярость». Деятельностные характеристики описаны при помощи нейтральных по эмоциональной нагрузке слов («движения», «схожу», «бегаю», «занимаюсь спортом», «мою полы, посуду»), но чаще - ярких и эмоционально окрашенных («рыдать», «избавиться», «нетерпение», «злить», «разбить стену»). В отличие от предыдущих групп в текстах появляется и четко прослеживается указание на появление соматической симптоматики («боль», «ломота», «ком в горле»), «общая усталость», «таблетки», «успокоительное»).

**Выводы.** Применение метода контент-анализа позволяет установить специфические проявления, свидетельствующие об отличиях в интерпретации собственного состояния в ситуации невозможности говорить о чувствах у подростков и юношей без нарушений здоровья, но с разной степенью выраженности алекситимии. Яркие описательные характеристики, используемые в текстах, дают возможность не отождествлять алекситимию только с отсутствием слов для описания своего состояния, что, на наш взгляд, упрощает понимание феномена. Важна содержательная сторона характеристик, их выраженная негативная окрашенность и смещение в сторону описания «болезненных симптомов», которая характерна для лиц с высоким уровнем алекситимии. По данным литературных источников, подобные описания характеризуют людей с соматическими заболеваниями.

#### Литература

1. Белокрылова М.Ф., Мучник М.М. Алекситимия и соматизация: уровень алекситимии у больных с функциональными кардиоваскулярными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. - №1: 39 – 42.
2. Игумнов С. А. Алекситимия как фактор риска развития аддиктивного поведения молодежи / С. А. Игумнов, С. И. Замогильный, Ю. А. Николкина // Психическое здоровье человека XXI века : сб. науч. ст. по материалам Конгресса. Москва, 7-8 октября 2016 г. – М., 2016. – С. 49-51.
3. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. – М., 1991: 80 – 89.
4. Плоткин Ф. Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. – 2009. – Т. 8, № 10 (94). – С. 85-92.
5. Секоян И.Э. Алекситимия: предиктор, признак психосоматизации или личностная характеристика? // Независимый психиатрический журнал : вестник НПА. – 2007. – № 4: 22–28.
6. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – т. 8. – вып. 2: 18 – 24.
7. Ahrens St. Alexithymic und Kein Ende Versuch eines Resumes // Z. Psychosom. Med. – 1987. – Bd. 33: 201 – 220.

**Строгова С.Е.**

### **Сопоставление параметров оценки психометрических и патопсихологических данных при шизофрении у детей и подростков**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[svetlana.strogova0101@gmail.com](mailto:svetlana.strogova0101@gmail.com)

**Ключевые слова:** диагностика, развитие, детская шизофрения

**Strogova S.Y.**

### **Combination of assessment parameters for psychometric and pathopsychological data in schizophrenia of children and adolescents**

FSBSI MHRC Moscow, Russia

**Keywords:** diagnostics, development, child schizophrenia

**Введение.** При эндогенных психических расстройствах, прежде всего шизофрении, у детей и подростков отмечаются разные по степени выраженности когнитивные нарушения. Серьезную угрозу это заболевание представляет в период развития и обучения детей, когда могут наступить характерные для этой нозологии явления псевдоорганической деменции и изменения личности, требующие точной диагностики и реабилитации. Мэтрами отечественной детской психиатрии (Сухарева Г.Е., Симсон Т.П., Ковалев В.В. и др.) отмечается злокачественность течения рано начавшейся шизофрении в виде проявлений специфического личностного и интеллектуального дефекта [4,7,8]. Наряду со специфическими эмоционально-волевыми нарушениями выступают на первый план черты психического недоразвития, напоминающие интеллектуальный дефект при умственном отставании (олигофрении) в виде так называемого олигофреноподобного дефекта. Сложная структура когнитивного развития с учетом возраста и специфики заболевания требует использования большого комплекса диагностических методик [1,2,3,5,6], это методики исследования интеллекта, патопсихологический комплекс (Мелешко Т.К., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И.).

**Материал и методы.** В обследовании приняло участие 2 группы испытуемых. Клиническая группа, 74 человека (22 девочки) больные дети и подростки с эндогенной психической патологией. Средний возраст по группе 11,0 ± 2,9 лет. Нормативная группа, 61 человек (26 девочек), не страдающие психическими расстройствами, ученики московских школ. Средний возраст в контрольной группе 11,1 ± 3,0 лет. Всего было обследовано 135 детей и подростков в возрасте от 5 до 18 лет. Психометрический метод – детский вариант теста Векслера (WICS), позволяющий в числовом эквиваленте оценить три параметра интеллекта (ВИП – вербальный интеллектуальный показатель; НИП – невербальный интеллектуальный показатель; ОИП – общий интеллектуальный показатель). Патопсихологический комплекс – совокупность методик, направленных на оценку состояния познавательных процессов для выявления специфических для данного вида патологии нарушений [2, 3,5]. Исследование памяти - заучивание 10 слов (параметры: П1 – объем непосредственного воспроизведения после однократного предъявления; ОП – объем отсроченного воспроизведения; ЭП – эффективность запоминания); парные ассоциации (ВПА – влияние сильных смысловых связей на объем памяти; ВСА – влияние сильных смысловых связей на объем памяти). Исследование внимания - отыскивание чисел (ЭР – эффективность работы; ВР – вработываемость; ПУ – психическая устойчивость); тест Струпа (ИНТ – показатель интерференции времени); исследование мышления - пересечение классов (ПК – пересечение классов); малая предметная классификация (ОБ – показатель категоризации); ОПЕР – показатель нарушения операциональной стороны мышления; ПРЕД – показатель нарушения предметно-содержательной стороны мышления; НМ-нарушение мышления); конструирование объектов (КС – коэффициент стандартности).

**Результаты.** Проверка связи данных патопсихологических методик (память: П1, ОП, ЭП, ВПА, ВСА; внимание: ЭР, ВР, ПУ, ИНТ; мышление: КС, ОБ, ОПЕР, НМ, ПК) и теста Векслера (ВИП, НИП, ОИП) осуществлялась корреляционным анализом. Чтобы исключить вопрос о том, что такая связь обусловлена возрастом испытуемых, была учтена значимая корреляция возраста испытуемых с показателями: в группе нормы с П1 ( $r = 0,536$ ), ОП ( $r = 0,526$ ), ЭП ( $r = 0,594$ ), ЭР ( $r = -0,734$ ), ИНТ

( $r = -0,594$ ), КС ( $r = 0,410$ ), ПК ( $r = 0,345$ ); в клинической группе с ПП ( $r = 0,493$ ), ЭП ( $r = 0,351$ ), ЭР ( $r = -0,686$ ), ВР ( $r = -0,379$ ), КС ( $r = 0,583$ ), ПК ( $r = 0,409$ ).

Полученные корреляции по параметрам (при исключении возраста) показали, что память в группе нормы (ПП, ОП, ЭП, ВСА) и клинической группе (ПП, ОП, ЭП, ВПА, ВСА) связана с интеллектом, внимание (ЭР) для обеих групп имеет связь с интеллектом, мышление также связано с интеллектом в клинической группе (КС, ОБ, ОПЕР, НМ, ПК) и по одному параметру (ПК) для группы нормы.

Наличие значимых связей между количественными показателями патопсихологических методик и параметрами теста Векслера в исследуемых группах позволяет говорить об эффективности использования этих методов в диагностике уровня когнитивного развития. Такая оценка может дополнять качественные способы оценки познавательной сферы в работе со здоровыми детьми и при психической патологии. Результаты проведенного исследования могут быть использованы в повседневной работе психологов разной направленности.

#### Литература

1. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. М.: Академия. 2013. – 272 с.
2. Зверева Н.В. Хромов А.И., Сергиенко А.А., Коваль-Зайцев А.А. Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (память и внимание). – М.: ООО «Сам полиграфист», 2017 – 48с.
3. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). Методические рекомендации. М.: «Издательство МБА», 2014.– 40 с.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979. – С. 330-359.
5. Мелешко Т.К, Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией. – В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста/под. ред. Вронно М. Ш. М. 1986.
6. Симашкова Н.В. Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В., Хромов А.И. Когнитивный дефицит в структуре расстройств аутистического спектра. // Психиатрия, 2010, №6 (48). – С.5-16.
7. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. Издательство академии медицинских наук СССР, Москва, 1948. – 133 с.
8. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избр. главы. - М.: Медицина, 1974. –320 с.

**Султанова А. С., Иванова И. А.**

**Роль клинической психологии в развитии инклюзивного и «параинклюзивного» образования**

ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания» РАО  
Психологический центр «Сателлит», Россия, Москва  
[Alfiya\\_Sultanova@mail.ru](mailto:Alfiya_Sultanova@mail.ru), [Irina\\_A\\_Ivanova@mail.ru](mailto:Irina_A_Ivanova@mail.ru)

**Ключевые слова:** клиническая психология, дети, инклюзивное образование, «параинклюзивное образование»

**Sultanova A. S., Ivanova I. A.**

**Significance of clinical psychology in the development of inclusive and "parainclusive" education**

Institute for the study of childhood, family and education of Russian academy of education  
Psychological Center "Satellite", Moscow, Russia

**Keywords:** clinical psychology, children, inclusive education, "parainclusive education"

Ю. Ф. Поляков, обсуждая развитие клинической психологии, говорил о расширении сферы деятельности клинических психологов, о ее выходе за пределы клинической медицины и охвате все больших контингентов людей, требующих «не врачебного вмешательства, а нуждающихся в связи с особенностями их здоровья в психологической помощи» [Поляков Ю. Ф., 1996, с. 4]. К настоящему времени клинические психологи действительно стали востребованы и распространены в медицине. Однако сейчас есть и другие области, помимо здравоохранения, в которых клинические психологи нужны, но очень мало задействованы. Прежде всего, это касается сферы образования. В частности, клинические психологи недостаточно, на наш взгляд, привлекаются для обеспечения инклюзивного и «параинклюзивного» образования. Согласно федеральному закону № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" от 21.12.2012, дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) могут быть включены в общеобразовательный процесс и обучаться по месту житель-

ства вместе со своими сверстниками. При этом общеобразовательные школы должны быть готовы учитывать специфику детей с ОВЗ и оказывать им необходимую поддержку. Инклюзивное образование предполагает «подстройку» образовательной системы под нестандартного ребенка. Но школа должна быть в состоянии это сделать; в первую очередь, школе необходимо иметь квалифицированные подготовленные педагогические кадры. Предполагается, что инклюзия – это развитая, гуманная и эффективная система образования, рассчитанная на совокупное обучение детей с ОВЗ и здоровых детей. Однако за пять лет, прошедшие со дня принятия данного закона, мы видим единичные удачные, но больше «неуклюжие» попытки инклюзии, разрыв между декларируемым и фактическим положением дел. С нашей точки зрения, это происходит, в том числе, вследствие недостаточного привлечения клинических психологов в развитие инклюзивного образования. В общеобразовательных школах, в основном, работают возрастные и педагогические психологи, которые мало осведомлены о закономерностях онтогенеза детей с различными нарушениями, о специфике когнитивных и иных трудностей детей с ОВЗ. Только специалист, опирающийся на знания, накопленные в клинической психологии, может провести грамотную диагностическую и коррекционную работу с ребенком с ОВЗ, организовать просветительские мероприятия, компетентно проконсультировать родителей ребенка и учителей, помочь в составлении индивидуальной образовательной траектории, предотвратить появление многих трудностей в процессе обучения.

В настоящее время в нашей стране реальная инклюзия, полноценная социально-образовательная интеграция детей с ОВЗ на практике достигается лишь в единичных случаях. Несомненно шире распространена «скрытая», стихийная интеграция детей с негрубой патологией, пограничными состояниями. Для обозначения этого явления – обучения в общеобразовательных школах на общих основаниях детей с негрубыми отклонениями в развитии – нами был предложен термин «параинклюзивное» образование (от др.-греч. *παρα* – возле, около) [Султанова А. С., Иванова И. А., 2015]. Термин «параинклюзивное образование» может применяться к следующим категориям детей: дети с негрубыми психоневрологическими расстройствами (СДВГ, ММД, НЦД, различные невротические состояния и др.); дети с отклоняющимся развитием (негрубые темповые задержки психического развития, парциальные, в т.ч. речевые, или тотальные); дети, ранее имеющие достаточно серьезные отклонения, но с успешно откорректированным дефектом; дети без неврологического диагноза, но с легкой перинатальной патологией нервной системы в анамнезе; дети из семей мигрантов, которые еще не изучили язык, не усвоили принятые социальные нормы; дети с хроническими соматическими заболеваниями. С нашей точки зрения, «параинклюзивное образование» – явление, происходящее в массовом порядке, – недооценивается специалистами, работающими в сфере образования. Проблема, скорее, замалчивается, игнорируется, что приводит к многочисленным негативным последствиям, в т.ч. к увеличению количества кризисных ситуаций в школах. Нами был проведен опрос 28 педагогов московских общеобразовательных школ, который показал, что большинство учителей довольно безграмотны в вопросах психоневрологического здоровья детей. Практически все опрошенные педагоги не осведомлены о существовании негрубых форм отклонений в развитии, хотя большая часть педагогов (около 80%) отмечают, что работать в школе стало гораздо труднее, так как дети в последнее время «сильно изменились». Возникающие в школе проблемы учителя объясняют «плохим воспитанием», «избалованностью» детей, крайне редко связывая возникающие у ребенка трудности с особенностями состояния его здоровья. По нашему мнению, клинические психологи недостаточно привлекаются к адекватному развитию «параинклюзивного» образования; роль клинической психологии здесь должна быть огромной, но сведена к минимуму. Клинические психологи (разной квалификации) работают с детьми из перечисленных выше категорий, в основном, в частных центрах, не выполняя в полном объеме функций и задач, к которым могли бы быть привлечены. С нашей точки зрения, к этим задачам можно отнести: грамотный «ликбез» педагогов, который приведет не к навешиванию ярлыков, стигматизации детей, а к пониманию источника проблем ученика, лояльному отношению к некоторым особенностям ребенка; помощь в разработке и применении индивидуального подхода к обучению ребенка; грамотный «ликбез» родителей, повышение внимания к ребенку, формирование более ответственного отношения к его состоянию здоровья и адаптации, в т.ч. в школе (нельзя игнорировать проблемы ребенка, считать, что само собой «перерастет»); проведение диагностической и коррекционной работы с детьми: работа с социальным окружением, предотвращение школьной дезадаптации



ребенка, кризисных ситуаций. Для решения этих задач было бы оптимально, если бы в каждой школе имелся и психолог, и клинический психолог. Актуальность вопроса широкого включения клинических психологов в систему образования возрастает в связи с увеличением распространенности как тяжелой, так и пограничной психоневрологической патологии у детей.

#### Литература

1. Поляков Ю. Ф. Клиническая психология: состояние и проблемы / Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 1996. – №2. – с. 3-17.
2. Султанова А. С., Иванова И. А. «Параинклюзивное» образование детей как одна из основных перспективных тенденций развития образования // Quality, Social Justice and Accountability in Education Worldwide. BCES Conference Books. Volume 13. Number 2. Editors Oksana Chigisheva & Nikolay Popov. – Bulgarian Comparative Education Society. – Sofia, 2015. – p. 66-70.

*Публикация подготовлена в рамках выполнения госзадания № 25.9403.2017/БЧ МОН РФ*

### **Таккуева Е.В., Холмогорова А.Б., Палин А.В. Консолидация достижений организационной и клинической психологии в реабилитации больных шизофренией**

ПАО НПК «Иркут», ФГБОУ ВО МГППУ,  
МНИИП филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ,  
«ГКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ Москва, Россия,  
[takkueva@mail.ru](mailto:takkueva@mail.ru), [kholmogorova@yandex.ru](mailto:kholmogorova@yandex.ru), [pavelpalin@yandex.ru](mailto:pavelpalin@yandex.ru)

**Ключевые слова:** психосоциальная реабилитация, организационная психология, тренинг, расстройства шизофренического спектра, мотивация

### **Takkueva E.V., Kholmogorova A.B., Palin A.V. The consolidation of achievements from organizational and clinical psychology in the rehabilitation of patients with schizophrenia**

Irkut Corporation, MSUPE, Moscow Research Institute of Psychiatry –  
branch of the V.Serbysky NMRCPN of the MOH Russia,  
“Gannushkin Psychiatric Clinical Hospital № 4”, Moscow, Russia,

**Keywords:** psychosocial rehabilitation, organizational psychology, training, schizophrenia spectrum disorders, motivation

**Введение.** Проблема мотивации является одной из центральных в исследованиях шизофрении (Б.В. Зейгарник [1]; Ю.Ф. Поляков, Т.К. Мелешко, В.П. Критская [2]; А.Б. Холмогорова, О.В. Рычкова [3]; Н.Д. Семенова [4]).

Цель исследования рассмотреть методы работы с мотивацией в организационной и клинической психологии, на этой основе, с учетом существующих достижений, разработать программу мотивационного тренинга и проверить ее эффективность.

**Материал и методы.** Теоретическим основанием выступают концептуальные работы, раскрывающие основы мотивационной сферы больных шизофренией: Б.В. Зейгарник [1]; Н.С. Курек [5,6]; А.Б. Холмогорова, О.В. Рычкова [7]; Дж. Йеннер [8], концептуальные работы, раскрывающие основы психосоциальных и реабилитационных тренинговых методов лечения: В.Н. Краснов, И.Я. Гурович, С.Н. Мосолов, А.Б. Шмуkler [9]; А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, А.А. Долныкова, А.Б. Шмуkler [10]; W. Wölwer, N. Frommann [11], S.Moritz, T.S.Woodward [12]. Методологическую основу исследования составили фундаментальные принципы организационной психологии, а именно: детерминизма и причинно-следственной связи психологических явлений, развития, активности и системности: М. Хекхаузен [13], А.Н. Леонтьев [14] и др. Гуманистическая направленность исследования основывается на постулатах теории мотивации к росту и овладению мастерством А. Маслоу [15], социально-когнитивной теории постановки целей А. Бандура [16]. В тренинге использованы адаптированные техники менеджмента: SWOT-анализ (Leraned, Christensen, Andrews, Guth), SMART-постановка целей (П. Друкер), Пирамида жизни (Франклин Б.), Иерархия потребностей (Маслоу А.)

Методики оценки эффективности тренинга:

1. Метод «Диагностика самооэффективности» Маддукса и Шеера.

2. Метод «Индикатор копинг-стратегии» Амирхан Д.
3. Шкала социального избегания и дистресса – SADS, адаптация Красновой В.В., Холмогоровой А.Б.
4. Тест комплаентности Холмогоровой А.Б., Рычковой О.В.

Задачи мотивационного тренинга:

1. Повышение мотивации достижения
2. Повышение активности, самооффективности (самосознание и самооценка)
3. Расширение поведенческого репертуара (гибкость)
4. Вовлечение в психореабилитационные мероприятия
5. Снижение напряжения в коммуникациях

**Результаты.** В период с 20.03.2017г. по 28.02.2018г. в ПКБ им. П.Б. Ганнушкина проводился мотивационный тренинг. Общее количество тренинговых групп - 5. Количество пациентов в группе варьирует от 6 до 12. Общее количество участников тренинга (пациенты с диагнозом МКБ-10 – Шизофрения, психотипические и бредовые расстройства F20-F29, возраст пациентов варьируется от 18 до 50 лет.), прошедших тестирование до и после тренинга - 25. Общее количество занятий – 10.

Результаты обработки данных пилотажного исследования показали, что модифицированный мотивационный тренинг, основанный на достижениях организационной и клинической психологии способствует повышению мотивации достижения, социальной активности, самооффективности, а также приверженности к реабилитационным программам у пациентов больных шизофренией. Однако количество обследованных пациентов невелико и для выводов, обоснованных данными математической статистики, необходимо продолжить исследование.

**Выводы.** Проведен сравнительный анализ специализированной литературы по тренингам в организационной и клинической психологии, осуществлена попытка синтеза тренинговых программ, проведена адаптация тренинга для персонала в соответствии с особенностями мотивационной сферы лиц больных шизофренией. Тренинг основан на достижениях организационной и клинической психологии и является новой разработкой, которая даёт возможность исследования динамики мотивации достижения у больных шизофренией. Необходимо дальнейшее изучение эффективности разработанной программы. Практическая значимость и перспективы исследовательской работы состоят в возможности использования разработанной программы для коррекции нарушений мотивации достижения у больных шизофренией и улучшения качества их социализации.

#### Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология — М.: Издательский центр Академия, 2005.–208с.
2. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание, 1991г.
3. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., Пуговкина О.Д., Москачева М.А., Мишени и методы психологической помощи пациентам с расстройствами шизофренического и аффективного спектров.- М.: Неолит, 2016. – 96 с.
4. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации, Социальная и клиническая психиатрия, 2010, т. XX, №1
5. Курек Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. — М.: Институт психологии РАН, 1996г. — 245 с.
6. Эмоции и мотивация больных шизофренией в ситуациях кооперации и конкуренции / М. Г. Кириллова, Н.С. Курек // Психологический журнал. - 2002. - Т. 23, N 5. - С. 80-87. - Библиогр.: с. 87.
7. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания – новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении: монография. - М.: ФОРУМ, 2016. – 288с.
8. Йеннер Дж. Директивные интервенции в острой и социальной психиатрии, Глобальная инициатива в психиатрии, 2010, 392 стр.
9. Стандарты оказания помощи больным шизофренией под редакцией В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера Москва, 2006, Московский НИИ психиатрии Росздрава.
10. Холмогорова А.Б., Гарания Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией, Социальная и клиническая психиатрия, М., — 2007.
11. Wölwer W., Frommann N. Social-Cognitive Remediation in Schizophrenia: Generalization of Effects of the Training of Affect Recognition (TAR). Schizophr Bull. 2011. Vol. 37, no. suppl\_2, pp. 63–70. doi: 10.1093/schbul/sbr071
12. Moritz S., Woodward T.S. Metacognitive Training for Schizophrenia Patients (MCT): A Pilot Study on Feasibility, Treatment Adherence, and Subjective Efficacy. German Journal of Psychiatry, 2007. Vol. 10, no.3, pp. 67–78.
13. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. Т. 2. / Под ред. Б.М. Величковского. М.: Педагогика, 1986.
14. Маслоу А. Мотивация и личность // 3-е издание. - СПб.: Питер, 2003 – 352с.
15. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность- 2-е изд. - М.: Политиздат, 1977.

16. Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000.

**Таусинова О.К.**

**Теоретический анализ проблемы классификации и индикаторов домашнего насилия**

КрасГМУ им. Проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ Красноярск, Россия

[Lisiyvvost@list.ru](mailto:Lisiyvvost@list.ru)

**Ключевые слова:** насилие, домашнее насилие, виды насилия

**Tausinova O. K.**

**Theoretical analysis of the problem of classification and indicators of domestic violence**

Krasnoyarsk state medical University Prof. V. F. Voyno-Yasensky of the MOH Russia,

Krasnoyarsk, Russia

**Keywords:** violence, domestic violence, types of violence

Внутренняя ожесточенность в семьях обрушивается прежде всего на самых незащищенных – женщины и детей. Так, по данным статистики МВД РФ 64%, преступлений в отношении женщин совершаются дома. Статистика по жертвам домашнего насилия в России практически не меняется год от года. Это около 14 тысяч погибающих женщин и детей в год. Несмотря на распространение насилия, мы отмечаем недостаток научных исследований в нашей стране и неоднозначность трактовок сущности и содержания феномена насилия, особенно когда это касается семейного насилия. Имеется много различных определений насилия. Многие исследователи понятие семейного насилия ограничивают применением грубой физической силы, другая часть авторов предпочитает более широкое значение слова, охватывающее весь круг форм плохого обращения с родственниками или людьми, живущими под одной крышей [2]. Третья часть присоединяется к промежуточному определению, принятому Национальной ассоциацией социальных работников: «Термин «домашнее насилие» означает эмоциональное, физическое или сексуальное насилие, совершаемое сознательно или несознательно в отношении членов семьи или других домохозяев» [3].

В настоящее время существует несколько классификаций насилия, но ни одна из них не является всеобъемлющей. Под типом предметов или явлений принято понимать образец, вид чего-либо, модель, характерного представителя чего-либо, обладающих существенными и качественными признаками [1]. При этом в психологии в отличие от юридических наук существует противоречие между теоретическими классификациями и практической работой, т.к. насилие всегда представлено в нескольких типах, и на практике невозможно встретить формы насилия в чистом виде. Также существует сложность выделения четких, однозначных индикаторов и доказательств психологического домашнего насилия. Все это существенно затрудняет научные исследования в этой области. До последних лет выделяли (М. А. Крюкова, А. А. Гусейнов, И. Г. Малкина-Пых.) 3-4 основные формы насилия или жестокого обращения: физическое насилие, сексуальное насилие или развращение, психологическое насилие, обозначаемое некоторыми авторами как эмоциональное насилие (J. Pankaj, A. Malik, K. Singla, S. K. Dhatarwal.) Классификация насилия в семье, как правило, опирается на градацию, по природе насилия, с некоторыми вариациями, в зависимости от объекта насилия [7].

Психологическое насилие, может включать в себя унижение жертвы частно или публично, контроль над жертвой, сокрытие информации, намеренные действия, с целью заставить чувствовать себя смущенным, изолированным от друзей и семьи, шантаж, а также отказ в доступе к основным ресурсам и потребностям [5].

И.М. Кинард выделил три группы наиболее часто встречаемых форм плохого обращения с ребенком: сексуальное насилие с или без физического насилия или пренебрежения, определялось как сексуальное насилие; физическое насилие с или без пренебрежения определялось как физическое насилие; пренебрежение с сексуальным или физическим насилием определялось как пренебрежение. [6].

Эта классификация является наиболее распространённой среди отечественных и зарубежных исследователей, ей пользуются в своих работах М.В. Смагина, Э.А. Никулина, М. С. Голубь, М. А. Тоторкулова и др.

Данная классификация, при изменении формы пренебрежения, на психологическое воздействие, достаточно успешно может быть переложена на женщин, подвергшихся насилию. Существуют

некоторые общие характеристики реальных жертв насилия, которые приводятся многими авторами (Т. М. Журавлева, Т. Я. Сафонова, Е. И. Цымбал, Ю. М. Антоныя, А. А. Ткаченко и др.). В целом жертвы характеризуются как пассивные, подчиняемые, неуверенные в себе, с низкой самооценкой, чувством вины, которые, с одной стороны, являются условиями возникновения домашнего насилия, а с другой, эти качества усугубляются со временем, и влекут за собой развитие насилия.

И. Г. Малкина-Пых отмечает регулярные проявления сильного ужаса, страха и черт выученной беспомощности, а также регулярные и крайне болезненные воспоминания о событии (в том числе флэшбеки и ночные кошмары). Для описания посттравматической стрессовой реакции, возникающей в результате насильственных контактов, И. Г. Малкина-Пых использует понятия «невроз несчастного случая», «компенсаторная истерия», «травматическая неврастения» и т. д. М. А. Одинова отмечает у женщин, переживших насилие в семье, наличие синдрома жертвы. Это проявление эмоциональной неустойчивости или повышенной склонности испытывать негативные эмоции с общей невротизацией и различными психотическими проявлениями [4].

С учетом необходимости определения индикаторов и доказательств психологического домашнего насилия на основании классификации Дж. Дугласа мы выделили следующие общие критерии, позволяющие определить наличие насильственных действий в семье: травматические эффекты насилия (травматическая неврастения, невроз несчастного случая); наличие выученной беспомощности (синдром жертвы, низкая способность к решению конфликтов); деструктивные стратегии работы с насилием (вина, отрицание, неверное понимание сущности насилия).

Данные характеристики появляются вследствие насилия, когда стресс переходит в хронический стресс насилия и развивается так называемая посттравматическая стрессовая реакция.

Таким образом, вопрос классификации и выделения доказательств домашнего насилия остается открытым и требует более полного осмысления. Однако, уже существуют тенденции, которые позволят сформировать более четкое представление об этом вопросе, и решить существующие в настоящее время противоречия, позволяющие объединять теоретические классификации с практической работой, и выделять индикаторы насилия, что позволит проводить более точную диагностику жертв насилия.

#### Литература

1. Антоныя Ю.М. Насилие. Человек. Общество. М., 2001.
2. Илгамова Э.З. Феномен семейного насилия в отношении детей // Вестник казанского технологического университета № 1, 2011.
3. Лысова А. В. Насилие в добрых отношениях: модель факторов риска и способы профилактики: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. СПб., 2008.
4. Одинова М.А. - Многоликость жертвы, или немного о великой манипуляции. Система работы, диагностика, тренинги. Флинта, 2010.
5. Dodd L. W. Therapeutic group work with young children and mothers who have experienced domestic abuse // Educational Psychology in Practice, 2011.
6. Kinard E.M. Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children // Child Abuse and Neglect. 1994.
7. Pankaj C., Jitender Jakhar J., Malik A., Singla K.I., Dhatarwal S. K Domestic Violence: The Dark Truth of Our Society J Indian Acad Forensic Med. II. 2015.

**Темиргалиева М.М., Комаров А.А.**

**Основные трудности, возникающие при работе с зависимыми от ПАВ в условиях наркологического стационара**

Ярославская областная клиническая наркологическая больница

Ярославль, Россия

[mayamatveeva@mail.ru](mailto:mayamatveeva@mail.ru); [alex87rol@list.ru](mailto:alex87rol@list.ru)

**Ключевые слова:** зависимость, трудности работы, реабилитация

**Temirgalieva M.M., Komarov A.A**

**The main difficulties of work with drug-addiction people in narcological hospital**

Regional narcological hospital of Yaroslavl, Yaroslavl, Russia

**Keywords:** addiction, difficulties of work, rehabilitation

Проблема работы с людьми, зависимыми от психоактивных веществ (ПАВ), в настоящее время является достаточно острой в связи с возрастающим количеством наркопотребителей, появлением новых «дизайнерских» видов ПАВ, а также современным технологиям, способствующим распространению употребления. Существуют разные схемы практического взаимодействия с данной категорией пациентов. В статье мы постарались обобщить практический опыт, приобретенный в результате работы реабилитационной программы на базе наркологического стационара. Программа предусматривает нахождение пациента в стационаре в течение 4 месяцев, включает в себя адаптационный, интеграционный и стабилизирующий этапы с последующим переходом на этап ресоциализации. Интегрирующим ядром является программа «12 шагов» с раскрытием содержания каждого шага в определенных занятиях, элементах среды или особенностях взаимодействия пациента с другими пациентами и специалистами [1]. Реабилитационный процесс функционирует на базе наркологического отделения в течение последних 3 лет. В ходе работы мы столкнулись с рядом трудностей, которые возникают при практической работе с зависимыми от ПАВ. Мы считаем целесообразным разделить все трудности на 4 категории: физиологические, психологические, организационные и социальные;

К числу физиологических трудностей относятся особенности синдрома зависимости, воплощающиеся на уровне организма (рецидивирующее патологическое влечение к ПАВ, органические повреждения ЦНС, сопутствующие нарушения в иных функциональных системах и т.д.). Некоторые из этих особенностей, вероятно, должны приниматься как данность и учитываться при построении психокоррекционной работы, а некоторые могут корректироваться через вмешательство лечащего врача.

Организационными трудностями можно назвать некоторые особенности наркологического стационара. В частности, отсутствие возможности изолировать пациента в период абстинентного синдрома в рамках государственного лечебного учреждения. Из-за этого из реабилитационного процесса отделяется категория менее эмоционально устойчивых пациентов.

К числу социальных трудностей относятся нюансы, связанные с социальной ситуацией, в которой оказывается человек, зависимый от ПАВ. Как правило, на реабилитацию поступает человек, деградировавший во всех сферах социальной жизни (без семьи, работы, имеющих проблемы со здоровьем и с законом). Именно поэтому особую важность приобретает вопрос ресоциализации, который воплощается в организации процесса трудоустройства бывших реабилитантов, а также организация сообщества, способствующего получению социальной поддержки и восстановлению коммуникативных навыков.

Психологические трудности представляют наиболее обширную и трудно систематизируемую категорию. Эта категория нуждается в дальнейшем более подробном исследовании и описании. Мы считаем, что можно выделить трудности, связанные с индивидуальными особенностями пациентов, и трудности, связанные с взаимодействием зависимых от ПАВ с другими людьми. К числу индивидуальных трудностей относятся:

- особая структура психологических защит, которая в течение долгого времени не дает самому пациенту осознать реальность происходящих с ним событий, а психологу – установить адекватный контакт с пациентом;

- низкий уровень мотивации, который связан с присутствующей анозогнозией, а также с сопутствующими болезни эмоционально-волевыми нарушениями;

- специфика личностной организации у людей, зависимых от употребления ПАВ, которая проявляется в наличии определенных личностных черт, особенностей когнитивных процессов, поведенческих проявлениях, особым образом связанных друг с другом и влияющих друг на друга [3];

Вероятно, именно эти индивидуальные особенности влияют на возникновение трудностей в межличностном взаимодействии зависимых от ПАВ людей и окружающих их. Многие ученые подчеркивают значимость установления плодотворного контакта для осуществления психотерапевтической помощи [2]. В случае взаимодействия между человеком, зависимым от ПАВ, и не зависимым от ПАВ основной трудностью нам представляется наличие значимых различий в особенностях мировосприятия и способов реагирования на жизненные события. В случае взаимодействия между двумя зависимыми от ПАВ людьми наличие у обеих сторон индивидуальных особен-

ностей, подобных описанным выше, создает особую специфику межличностного общения, которая, безусловно, нуждается в дальнейшем исследовании.

Особой трудностью является тот факт, что, по признанию многих ученых, зависимость от ПАВ является «семейной» болезнью [4]. Эмоциональные травмы, наносимые родственникам в процессе употребления ПАВ зависимым, а также отсутствие у обеих сторон адекватных представлений о заболевании создают нехватку мотивации и достаточного количества личностных ресурсов для эффективного лечения. Таким образом, описанные выше трудности, возникающие при работе с зависимыми от ПАВ людьми, приводят к необходимости построения реабилитационного процесса с опорой на следующие факторы:

1. Учет индивидуальной специфики людей, зависимых от ПАВ, и специфики, проявляющейся в межличностном взаимодействии;
2. Обладание специалистами, работающими в данной сфере, специфическими качествами, значимыми для осуществления помощи зависимым от ПАВ.
3. Присутствие в структуре реабилитационного процесса зависимых людей, находящихся в устойчивой ремиссии и культивирующих позитивные личностные изменения помимо мотивации своим личным примером, они служат некоторым «мостиком» между миром, зависимых от ПАВ людей, и миром людей, стремящихся к гармоничному бытию.

#### Литература:

1. Волков А.В., Шмелев А.Г., Комаров А.А., Темиргалиева М.М., Зеркалина Е.И. Интегративный подход как основа стационарной реабилитации в наркологии: опыт Ярославской области / А.В. Волков, А.Г. Шмелев, А.А. Комаров, М.М. Темиргалиева, Е.И. Зеркалина // Вопросы наркологии, 2017. - №10 (158). - С. 32-52.
2. Коновалова Л.А. Перцептивные механизмы затрудненного взаимодействия в психологическом консультировании: автореферат к дис. к-та пс.н. - Кострома, 2006. – 26 с.
3. Мехтиханова Н.Н. Психология зависимого поведения: учеб. пособие. – М.: Флинта, 2014. – 180 с /
4. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2016. – 386 с.

**Теперик Р.Ф.**

#### Особенности эмоциональной сферы у профессиональных и патологических игроков

МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва, Россия  
[rimateperik@mail.ru](mailto:rimateperik@mail.ru)

**Ключевые слова:** профессиональный гемблинг, патологический гемблинг, проигрыш, самонаказание, вина

**Teperik R. F.**

#### Specific qualities of the emotional sphere of professional and pathological gamblers

Lomonosov MSU, Moscow, Russia

**Keywords:** professional gambling, pathological gambling, loss, self-punishment, guilt

**Введение.** Известно, что гемблинг часто имеет тяжелые последствия в виде серьезных социальных и финансовых трудностей, противоправных действий и высокого суицидального риска у игроков [В.Д.Менделевич, Садькова Р.Г., 2003]. Кроме того, среди азартных игроков отмечается высокая частота психосоматических, аффективных и тревожных расстройств, злоупотребления психоактивными веществами и расстройства личности [Е.А.Натович, А.Ш.Тхостов, Р.Ф.Теперик, 2010]. Проблема зависимости в целом и гемблинга в частности так или иначе затрагивается в большинстве психологических школ и направлений, однако наиболее глубоко и многогранно она проработана в психоаналитическом подходе. По мнению ряда исследователей бессознательная цель патологической игры – проигрыш, а не выигрыш. Он является поводом для аутоагрессии, при этом поразному трактуются причины возникновения чувства вины [Е.А.Натович, А.Ш.Тхостов, Р.Ф.Теперик, 2012].

С целью эмпирического подтверждения этих идей было проведено исследование специфики эмоционального отношения к игровой ситуации у профессиональных и проблемных игроков.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 40 испытуемых мужского пола. Критерия отбора испытуемых в группы профессионального и проблемного гемблинга: данные по методике SOGS, участие в спортивных турнирах по покеру и в покер-играх со ставками, имеющийся или

отсутствующий опыт классических азартных игр (казино), открытая статистика игровой деятельности (положительная или отрицательная).

В группу профессиональных игроков вошли 20 игроков в покер в возрасте от 19 до 36 лет, принимающие регулярное участие в турнирах по спортивному покеру и имеющие длительный положительный коэффициент выигрыша (открытая статистика). В группу проблемных игроков также вошли 20 игроков в покер в возрасте от 26 до 43 лет. Данные игроки при систематической игре на протяжении нескольких лет имеют отрицательную статистику, играют в кэш-покер, реже участвуют в спортивных турнирах. Наряду с покером они играют в классические азартные игры (подпольные казино: рулетка, блэк-джек, крэпс), что приводит к серьезным финансовым, социальным и эмоциональным проблемам. Исследование проводилось в два этапа: первый этап - вне игровой деятельности; второй этап - непосредственно после реально произошедшего выигрыша или проигрыша.

Методы исследования: полуструктурированное интервью и анализ биографического материала, методика South Oaks Gambling Screen, методика «Шкала дифференциальной эмоций» К. Жарда, Опросник "Стиль саморегуляции поведения" В.И. Морсановой.

**Результаты.** Исследование, выполненное на выбранных контрастных группах, показало интересные, на наш взгляд, результаты. Почему одни игроки могут сделать покер профессией, а другие являются группой риска для формирования патологического гемблинга? Как показали результаты исследования, у проблемных игроков, по крайней мере, возможны два варианта нарушений.

Первое, это нарушение саморегуляции. У них снижено планирование, программирование и общий уровень саморегуляции. Тогда как у профессиональных игроков высокие показатели планирования, моделирования, оценки результатов и общий уровень саморегуляции.

Второе, интенсивность эмоциональных переживаний, возникающих в ответ на любой исход игры (как проигрыш, так и выигрыш) у проблемных игроков значительно выше, чем у профессиональных. Эмоциональное переживание проигрыша у проблемных игроков характеризуется резким всплеском негативных эмоций (горе, гнев, отвращение, презрение, страх) и ярко выраженным чувством вины.

У профессиональных же игроков при любом исходе игры степень эмоциональных переживаний сохраняется низкой. Интерес у профессиональных игроков к исходу игры значительно выше, чем у проблемных игроков, даже в случае проигрыша. Особое эмоциональное отношение к исходу игры, имеющее корни в бессознательной регуляции, делает проблемных игроков крайне уязвимыми для формирования патологического гемблинга.

**Выводы.** Полученные данные подтверждают и демонстрируют аутодеструктивную тенденцию аддиктивной личности. Игра становится для проблемного гемблера специфическим средством самонаказания и, по сути, игроком руководит бессознательное желание проигрывать, быть психологически раздавленным и опустошенным. Игрок даже получает удовольствие от боли, от аутоагрессии, которую представляет собой чувство вины.

#### Литература

1. В.Д. Менделевич, Р.Г. Садькова. Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) // Вестн. Клинической психологии. 2003. Т.13.2.
2. Р.Ф. Теперик, Е.А. Натович, А.Ш. Тхостов. Психологические аспекты патологической зависимости от азартных игр. // Психоналитический вестник. Москва, выпуск. 21, 2010, №2, стр. 189-203.
3. Р.Ф. Теперик, Е.А. Натович, А.Ш. Тхостов. Патологическая зависимость от азартных игр: психоаналитический подход. // Вестник Московского Университета. Москва, Сер.14. Психология. 2012, №2, стр. 138-151.

**Труфанова О.К.**

**Сравнительный анализ индивидуально-личностных особенностей лиц с игровой и наркотической зависимостями**

ЮФУ, Ростов-на-Дону, Россия  
[trufanovaok@mail.ru](mailto:trufanovaok@mail.ru)

**Ключевые слова:** игровая и наркотическая аддикции, личностные особенности.

**Trufanova O. K.**  
**Comparative analysis of individual personality characteristics of individuals  
with gambling and drug addictions.**

Southern Federal University, Rostov-on-don, Russia

**Keywords:** gambling and drug addictions, personality traits.

**Введение.** Термин «аддиктивное поведение» введен W.Miller (1984) и M.Landry (1987). Он обозначает стремление к уходу от реальности путем изменения своего состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах и видах деятельности (1). Приобретая характер доминирования во всех формах психической деятельности, аддиктивное поведение ведет к нарастающему отрыву от реальности, становится дезадаптивным. Тем самым инициируется процесс, в котором личность не приобретает социального опыта, не решает важных для себя проблем (бытовых, социальных), останавливается в своем развитии. Вместо решения проблем здесь и сейчас, личность выбирает аддиктивную модель, с помощью которой изменяет свое актуальное психическое состояние на комфортное. Речь идет о дезадаптивном способе психологической защиты, которую А.О.Бухановский (2005) называет «иллюзорно-компенсаторным поведением» (2). Вне зависимости от варианта, аддиктивное поведение – форма деструктивного поведения, причиняющая ущерб человеку и обществу. В.Segal (2) выделяет следующие особенности лиц с аддиктивным поведением:

- сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
- скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;
- внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойким эмоциональным контактом;
- стремление говорить неправду;
- стремление обвинять других;
- стремление уходить от ответственности в принятии решений;
- стереотипность, повторяемость поведения;
- зависимость;
- тревожность.

**Целью** нашего эмпирического исследования было исследование индивидуально-личностных особенностей лиц с аддиктивным поведением: гемблеров (игровая зависимость) по сравнению с лицами с химической зависимостью (опийные наркоманы). В качестве испытуемых выступали: экспериментальная группа – 23 человека (21 мужчина и 2 женщины) с игровой зависимостью, средний возраст  $24,3 \pm 4,5$ ; контрольная группа – 25 человек с диагнозом «опийная наркомания» (22 мужчины и 3 женщины), средний возраст  $29,5 \pm 2,5$ , проходившие лечение в Лечебно-реабилитационном центре «Феникс» г. Ростова-на-Дону. Достоверность различий показателей рассчитывалась по критерию Манна-Уитни.

Исследовались следующие психологические характеристики следующими методиками: экстраинтроверсия, уровень нейротизма (опросник Г.Айзенка), способ реагирования в конфликтной ситуации (опросник К.Томаса в адаптации Н.В.Гришиной), потребность в одобрении (опросник Д.Марлоу и Д.Крауна), уверенность в себе, социальная смелость, инициатива в социальных контактах (опросник В.Г.Ромека), локус контроля (опросник УСК Е.Ф.Баждина).

**Результаты исследования.** Средние показатели экстра-интроверсии и нейротизма по группам: экспериментальная группа – 15,1, контрольная группа – 13,9 по интроверсии; нейротизм – 10,7 и 14,3 соответственно. Достоверных различий по шкале экстра-интроверсии не выявляется; имеется общая тенденция к экстраверсии – потребность в широком круге контактов, стремление приписывать причины происходящего с ними внешним обстоятельствам (что облегчает снятие с себя ответственности). Уровень нейротизма выше в группе опийных наркоманов, что может отражать негативное влияние на центральную нервную систему препаратов опия.

Средние показатели оценки способа реагирования в конфликтной ситуации по группам распределились следующим образом:

- соперничество: экспериментальная группа – 5,7; контрольная группа – 4,3;
- сотрудничество: экспериментальная группа – 5,3; контрольная – 4,9;



- компромисс: экспериментальная группа – 7,4; контрольная – 7,7;
- избегание: экспериментальная группа – 6,9; контрольная = 6,7;
- приспособление: экспериментальная группа – 5,3; контрольная – 6,7.

В экспериментальной и контрольной группах испытуемых наиболее характерным способом реагирования в конфликтных ситуациях являются избегание и компромисс. Минимальные показатели по выборке игровых зависимых - по типам реагирования «сотрудничество» и «приспособление». Минимальные показатели по выборке опийных зависимых – по типам «соперничество» и «сотрудничество». Таким образом, обе группы оказались несостоятельны в направлении наиболее адаптивного способа реагирования в конфликтной ситуации – сотрудничества. Реакция избегания, ухода свидетельствует о недостатке коммуникативных навыков, недостаточной социализации лиц с аддиктивным поведением в обеих группах.

Усредненные показатели потребности в одобрении по группам оказались почти одинаковыми: 8,6 и 8,3 балла. Общей тенденцией является представление себя перед окружающими в «лучшем свете», полностью соответствующими социальным нормам.

По характеристикам уверенность – неуверенность в себе, социальная смелость, инициатива в социальных контактах получены следующие средние показатели: экспериментальная группа – 7; 5,9; 5,9; контрольная – 5,7; 4,6; 4,4. Достоверные различия выявлены только по параметру уверенность – неуверенность в себе. Патологические игроки чувствуют себя более уверенными в себе, чем опийные зависимые ( $p < 0,05$ ). По другим показателям достоверных различий нет. В обеих группах имеет место низкая инициативность в социальных контактах; показатели социальной смелости выше среднего.

Достоверные различия ( $p < 0,05$ ) при исследовании УСК обнаружены по следующим шкалам: общей интернальности, интернальности неудач, интернальности в производственных отношениях. Это свидетельствует о более выраженной склонности у гемблеров перекладывать ответственность в ситуациях неудач, производственных и житейских отношениях на окружающих, демонстрируя свою ненадежность, безответственность; пренебрежение моральными и социальными нормами поведения; отсутствие чувства вины или раскаяния; переоценку фатальной предопределенности событий (повезет – не повезет) – от него ничего не зависит.

**Выводы.** Отсутствуют достаточно выраженные различия у лиц с игровой и опийной зависимостями по исследуемым параметрам. Можно предположить единый спектр индивидуально-личностных особенностей у лиц с зависимым поведением. Наиболее характерным способом реагирования в конфликтных ситуациях являются избегание и компромисс; обе группы оказались несостоятельны в направлении наиболее адаптивного способа реагирования в конфликтной ситуации – сотрудничества; общей тенденцией является представление себя перед окружающими в «лучшем свете» как полностью соответствующих социальным нормам; низкая инициативность в социальных контактах; показатели социальной смелости выше среднего.

Различия проявляются только в большей уверенности в себе и более выраженной экстернальности локуса контроля у гемблеров по сравнению с опийными зависимыми.

#### Литература.

1. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. М, МЕДпресс, 2001.
2. Бухановский А.О., Солдапкин В.А. и др. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Ростов-на -Дону, Феникс, 2005.

#### Трушкина С.В

**Клинико-психологические аспекты диагностики нарушений психического здоровья у детей первых лет жизни по «DC:0-5»**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[trushkinasv@gmail.com](mailto:trushkinasv@gmail.com)

**Ключевые слова:** раннее детство, многоосевая диагностика, родительско-детские отношения, «DC:0-5»

Trushkina S.V.  
**Clinical and psychological aspects of diagnosing mental health disorders  
in children of the first years of life by "DC: 0-5"**

FSBSI MHRС, Moscow, Russia

**Keywords:** early childhood, multi-axis diagnostics, parent-child relations, «DC:0-5»

«Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» (Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood, Washington, 2016; сокращённо «DC:0-5»), прочно утвердившаяся в качестве диагностического стандарта в западной детской психиатрии и клинической психологии, вызывает всё больший интерес у российских специалистов в области охраны психического здоровья детей. Данная диагностическая классификация была впервые издана в 1994 году и впоследствии выдержала два переиздания – в 2005 и 2016 годах, становясь с каждым выпуском всё более объёмным и детализированным руководством по определению психических нарушений у малых детей. В новые редакции авторским коллективом вносились весьма существенные изменения в содержание всех пяти диагностических осей «DC:0-5». При этом количество и назначение самих осей оставались постоянными, а именно: Ось 1 «Клинические расстройства», Ось 2 «Контекст отношений», Ось 3 «Состояние физического здоровья», Ось 4 «Психосоциальные стрессоры» и Ось 5 «Уровень развития ребенка». Ось 1 «Клинические расстройства» является основной и содержит диагностические критерии и алгоритмы для распознавания многих ранних психических отклонений. К ним, согласно «DC:0-5», относятся проявляющиеся с первых лет жизни ребёнка конституциональные и резидуально-органические психические нарушения, психовегетативные и депривационные синдромы, выраженная тревожно-фобическая симптоматика, ранние депрессии, поведенческие нарушения, связанные со сном и приёмом пищи, случаи посттравматического стрессового расстройства в раннем детстве, широкий круг выраженных в различной степени аутистических отклонений и другие – всего 42 диагностические единицы, отнесённые к восьми классам (нейропсихиатрические нарушения развития; нарушения сенсорных процессов; тревожные расстройства; расстройства настроения; обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства; расстройства сна, пищевого поведения и плача; посттравматические, адаптационные и депривационные расстройства; расстройства связей). Ось 3 «Состояние физического здоровья» предназначена для регистрации соматической, неврологической и другой биологически обусловленной патологии ребёнка, включая различные наследственные синдромы и отклонения развития. В отличие от этих двух осей, прямо адресованных врачам, оси 2, 4 и 5 представляют наибольший интерес для клинических психологов, работающих с детьми младенческого и раннего возраста, а также членами их семей. Они позволяют выявить и оценить влияние условий, сопровождающих возникновение и развитие психических нарушений у ребёнка. Оценки по этим осям вносят важный вклад в понимание общей картины заболевания и имеют ценность как для клинического психолога, так и для детского психиатра.

Так, вследствие принципиальной важности качества отношений с близкими взрослыми для развития и психического здоровья ребёнка в раннем детстве анализ их возможных нарушений признаётся в «DC:0-5» необходимой составляющей общей клинической оценки психических расстройств у маленьких детей. Ось 2 «Контекст отношений» предлагает специалисту подход для оценки составляющих родительского отношения к ребёнку с психическими нарушениями. Среди оцениваемых родительских компетенций - способность взрослого обеспечить физическую безопасность и основные потребности ребёнка, способность родителя обучать ребёнка и стимулировать его включённость в социальное взаимодействие, интерес к индивидуальности ребенка и перспективам его развития и многие другие. Кроме того, предлагается выявлять и оценивать не столь очевидные, но от этого не менее важные для качества родительско-детских отношений характеристики родителя, такие как его способность к рефлексии в отношении траектории дальнейшего развития ребёнка или его толерантность к собственной амбивалентности в чувствах к психически больному ребёнку. По итогам оценки специалист может сделать общий вывод об уровне адаптивности диадических и более широких – семейных - взаимоотношений, а также о необходимости, содержании и степени срочности проведения интервенций, направленных на коррекцию детско-родительских отношений или, в особых случаях, на защиту ребёнка. Ось 4 «Психосоциальные стрессоры» задает основу для

идентификации и оценки психосоциальных и средовых стрессоров, которые могут оказывать влияние на проявления и течение нарушений психического здоровья у младенцев и маленьких детей. Стрессор может быть внезапным происшествием (автомобильная катастрофа, землетрясение, террористическая атака, нападение животного) или продолжительной жизненной ситуацией (проживание в семье, где взрослые постоянно конфликтуют; длительное запутывание ребёнка или использование его в сексуальных целях). Кроме того, для части маленьких детей значимым источником стресса может выступать широкий круг переходных моментов, резко нарушающих привычное течение их каждодневной жизни: рождение в семье следующего ребёнка, переезд, возвращение матери на работу после длительного отпуска по уходу, начало посещения детского сада и т.п. Для многих детей разные стрессоры существуют одновременно, и считается, что ряд стрессоров является большим предиктором для последующей дизадаптации, чем любые отдельные стрессоры. Таким образом, всесторонний учёт стрессоров, влияющих на ребенка, является важной частью понимания контекста развития ребенка и нарушений в его психическом здоровье. Ось 5 «Уровень развития ребенка» предназначена для оценки компетенций ребёнка в различных областях развития: эмоций, социальных отношений, речи, когнитивной, физического и двигательного развития. Показательно, что при оценке уровня развития маленького ребёнка с нарушениями психического здоровья в первую очередь обращается внимание на его достижения в областях социального и эмоционального развития. В качестве приложения к Оси 5 предлагается опорная схема для оценки развития детей от рождения до 60-ти месяцев в пяти областях на десяти возрастных этапах.

Таким образом, принцип многоосевой диагностики, положенный в основу диагностической классификации «DC:0-5», позволяет наиболее полно учитывать клинические и психологические аспекты нарушения психического здоровья у ребёнка в первые годы жизни. В результате её применения возникает развёрнутая картина заболевания, отражающая такие важные для организации коррекционно-терапевтических вмешательств характеристики, как поддерживающие или, напротив, усугубляющие страдание ребёнка внутрисемейные отношения; кумулятивная стрессовая нагрузка на него; высокий или недостаточный для адаптации в условиях болезни уровень развития социальных и эмоциональных способностей у ребёнка.

**Туровская Н.Г.**

**Агенезия мозолистого тела и нарушение когнитивных функций в детском возрасте. Анализ клинического случая**

Волгоградский государственный медицинский университет  
Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница  
Волгоград, Россия  
[turovskayanata@mail.ru](mailto:turovskayanata@mail.ru)

**Ключевые слова:** агенезия мозолистого тела, когнитивные функции

**Turovskaya N.G.**

**Aggenesis of the corpus callosum and impaired cognitive function in childhood.**

**Analysis of the clinical case**

Volgograd State Medical University, Volgograd Regional Children's  
Clinical Psychiatric Hospital, Volgograd, Russia

**Keywords:** aggenesis of corpus callosum, cognitive functions

Изучение особенностей развития когнитивных функций и их нарушений у детей с различной церебральной органической патологией является чрезвычайно актуальным, как с целью поиска путей оказания указанной категории пациентов эффективной медицинской, психологической и педагогической помощи, так и с целью изучения роли тех или иных церебральных структур в реализации отдельных психических функций и психической деятельности в целом. Знание психологических (в том числе нейропсихологических) коррелятов той или иной неврологической патологии позволяет прогнозировать специфику возможного нарушения психического развития и осуществлять его целенаправленную профилактику [1]. В этой связи интересен анализ результатов проведения пати- и нейропсихологической диагностики мальчика 10 лет, у которого в целом данным нейровизуализации (магнитно-резонансная томография головного мозга) была диагностирована агенезия мозолистого тела. Также ребенок неоднократно проходил стационарное обследование и лечение в неврологиче-

ском отделении с диагнозом: «Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Миотонический синдром». На протяжении нескольких лет мальчик обучается по специальной коррекционной программе VII вида. В характеристике из школы отмечено, что «ребенок временами отказывается работать на уроках и сидит с отсутствующим видом...агрессивный, обиженный на жизнь, переполненный негативными эмоциями, с повышенным уровнем тревожности...Работоспособность низкая, быстрая утомляемость...Учебные навыки развиты в очень низкой степени...Общий кругозор ограничен...». Приводим описание проведенного нами нейропсихологического обследования ребенка (в сокращении). Контакт с испытуемым устанавливается постепенно. Продуктивность контакта снижена. Зрительный контакт поддерживается ребенком в полном объеме. Понимание инструкций к предлагаемым заданиям в целом доступно. Однако, в процессе исследования ребенок периодически становится безучастным к выполнению заданий и взаимодействию со взрослым. Стремление достичь положительного результата и заслужить одобрение психолога проявляет слабо. Испытуемый нуждается в массивной побуждающей помощи со стороны взрослого. Эмоции ребенка приглушены, мимика бедна, однообразна. В ходе нейропсихологического исследования у испытуемого выявляются умеренные нарушения регуляторного и легкие (близке к умеренным) нарушения динамического праксиса. В пробе «реакция выбора» долго не усваивает и быстро теряет задачу деятельности; в пробе «конфликтная произвольная деятельность» отмечаются массивные эхопраксии, которые ребенок не всегда замечает; в пробе «кулак-ребро-ладонь» - перестановки и пропуск элементов, пересерачения движения, больше выраженные в правой руке. Задание «решепроная координация» не доступно при выполнении заданий, направленных на исследование слухового и тактильного гнозиса, легкие нарушения фонематического восприятия, предметного, сомато-пространственного и зрительно-пространственного гнозиса. Испытуемый легко идентифицирует буквы и цифры, хорошо выделяет их пространственные признаки, ему доступно трехмерное изображение геометрических фигур и дома с опорой на зрительный образец. Важно отметить, что большинство трудовых операций ребенок выполняет левой рукой, а пишет и рисует – правой рукой, сканирует изображение слева-направо. В процессе исследования мышления обнаруживается некоторое снижение уровня обобщения. Результаты выполнения заданий, направленных на исследование процессов мышления, отличаются неравномерностью. По результатам выполнения «корректурной пробы» у испытуемого диагностируется значительное снижение темпа деятельности, умеренные нарушения активного внимания. Модально-специфические нарушения внимания (в том числе левосторонне игнорирование) в процессе исследования у не выявляются. Кривая запоминания «10 слов»: 3, 4, 1, 1, 1; ретенция – 6 слов. В ходе диагностики слухоречевой памяти испытуемый также, как и в процессе выполнения большинства описанных выше заданий, не стремится достичь положительного результата, равнодушен к оценке взрослого. В процессе диагностики слухоречевой памяти (тест «2 группы по 3 слова») выявляются выраженные признаки ретроактивного торможения. При выполнении всех заданий отмечаются признаки повышенной истощаемости психической деятельности».

Анализ результатов нейропсихологического исследования показывает, что на первый план среди нарушений психической деятельности испытуемого выходит грубая недостаточность динамических и регуляторных компонентов, вызванная дисфункцией стволово-дизэнцефальных отделов и дисфункцией/несформированностью лобных (в первую очередь, префронтальных) отделов коры больших полушарий головного мозга. Анализ поведения мальчика в процессе исследования позволяет сделать вывод о недостаточности всех видов управляющих функций (целеполагания и мотивации, интеллектуальной гибкости и подвижности когнитивных процессов, когнитивного контроля), со значительным преобладанием снижения процессов целеполагания и мотивационного компонента деятельности (функция передней цингулярной извилины). Таким образом, можно предположить, что агения мозлистого тела не препятствует достаточному развитию у ребенка функций задних отделов коры и может сопровождаться грубым нарушением развития функций

передних (преимущественно, префронтальных; как конвексигальных, так и, в первую очередь, медиобазальных) отделов коры больших полушарий головного мозга.

#### Литература

1. Туровская Н.Г. Особенности когнитивного развития детей с эпилептиформной активностью на ЭЭГ // Психиатрия. – 2016. – Том 71. – № 3. – С. 30–39.

**Тюшкевич С.А., Мамохина У.А., Данилина К.К., Переверзева Д.С., Салимова К.Р., Горбачевская Н.Л.**

**Результаты скрининга разных групп детей с нарушением развития на наличие синдрома Мартина-Белл**

ФРЦ МГППУ, Москва, Россия  
[tyushkevichsv@yandex.ru](mailto:tyushkevichsv@yandex.ru)

**Ключевые слова:** скрининг, синдром Мартина-Белл

**Tyushkevich S.A., Mamohina U.A., Danilina K.K., Pereverzeva D.S., Salimova K.R., Gorbachevskaya N.L.**

**Results of screening different groups of children with developmental disability for the presence of syndrome Martin-Bell**

FRС for Autism MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** screening, syndrome Martin-Bell

**Введение.** Моногенные синдромы составляют до 20% диагностированных случаев расстройств аутистического спектра (РАС), наиболее распространенным из которых является синдром Мартина-Белл (синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X, FXS, fragile X syndrome). Синдром Мартина-Белл вызван увеличением (свыше 200) ЦГТ-повторов в промоторной области гена *FMRI*, расположенного в длинном плече хромосомы X. Такое увеличение числа повторов приводит к метилированию промотора и функциональному молчанию гена *FMRI*, в результате чего наблюдается дефицит или полное отсутствие специфического белка FMRP, необходимого для регуляции синаптической пластичности. Лица с этим синдромом характеризуются когнитивными, речевыми и поведенческими нарушениями, представленными широким спектром проявления [1]. В частности, около 60% людей с синдромом Мартина-Белл демонстрируют симптомы расстройств спектра аутизма (РАС) [2].

История изучения синдрома Мартина-Белл началась еще в 1943 году, когда была описана семья, в двух поколениях которой было 11 мужчин с умственной отсталостью. В 1991 году был выделен ген *FMRI*, ответственный за развитие синдрома, а в 1994 году была создана модель нокаутных мышей без гена *FMRI* для изучения патогенеза заболевания и разработки таргетной терапии.

Несмотря на достаточную изученность синдрома с научной точки зрения, проблемы своевременной диагностики данного заболевания на сегодняшний день остаются актуальными. Единственным методом, позволяющим однозначно диагностировать заболевание, является молекулярно-генетическое исследование. Однако направление на генетическое исследование на наличие мутации ген *FMRI* родители могут получить только тогда, когда врач заподозрит у ребенка синдром Мартина-Белл.

В мировой практике для первичного включения ребенка в «группу риска» по наличию синдрома Мартина-Белл широко применяются шкальные анкеты на основе фенотипических особенностей, характерных для синдрома. Эти анкеты просты в заполнении, ими могут пользоваться специалисты разного профиля, при этом, не проходя предварительного обучения.

**Материал и методы.** На базе НОЦ нейробиологической диагностики наследственных психических заболеваний детей и подростков (ныне Научная лаборатория ФРЦ МГППУ) был разработан диагностический протокол для предварительной оценки вероятности наличия синдрома Мартина-Белл, который включает анализ ЭЭГ, использование генеалогического метода и вычисление суммарного балла по ранговой Шкале количественной оценки фенотипических проявлений. Данный диагностический алгоритм был апробирован на выборке из 180 детей с нарушением развития различной этиологии. Результаты апробации приведены в таблице ниже.

Таблица 1. Распределение по количеству детей с синдромом Мартина-Белл в разных исследованных диагностических группах

Группа	Количество обследованных детей	Количество выявленных детей с подозрением на синдром Мартина-Белл
Ранняя детская психоз-френия	47	2 (4%)
Недифференцированная умственная отсталость	100	3 (3%)
Детский аутизм	33	1 (3%)
Всего	180	6 (3,3%)

Сочетание высокого балла по шкале (больше 21) с определенным ЭЭГ-паттерном [3] (отсутствие возрастного  $\alpha$ -ритма и преобладание высокоамплитудной  $\theta$ -активности частотой 6-7 Гц с фокусом в теменно-центральных областях коры головного мозга) являлось основанием для направления детей на генетическое обследование. Проведенный молекулярно-генетический анализ количества ЦГТ-повторов гена *FMR1* подтвердил наличие синдрома Мартина-Белл у всех детей из группы риска.

Кроме того, с помощью ранговой шкалы и анализа ЭЭГ нам удалось выявить 3-х детей с ранее установленным диагнозом «синдром Мартина-Белл» (цитогенетический анализ выявил ломкость дистального отдела хромосомы X), которые не проявляли характерных фенотипических черт и у них не был зарегистрирован ЭЭГ-паттерн, характерный для этого синдрома. При последующем молекулярно-генетическом анализе количество повторов соответствовало нормальным аллелям. В результате этот диагноз был снят.

Другое наше скрининговое исследование, проведенное совместно с генетической лабораторией, с определением количества ЦГТ-повторов в гене *FMR1* позволило выявить детей с синдромом Мартина-Белл среди учащихся с недифференцированной формой умственной отсталости и аутизмом. Базой исследования было выбрано ГБОУ г. Москвы, где обучаются дети по коррекционным программам для школы VIII вида. В исследовании приняли участие 57 детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет (мальчики – 41 человек, девочки – 16 человек). В результате проведенного скринингового исследования было выявлено 3 мальчика, у которых было обнаружено более 200 ЦГТ-повторов в промоторе гена *FMR1*, что соответствует полной мутации.

**Выводы.** Таким образом, предложенный алгоритм с использованием сочетания двух методов (Ранговая оценка фенотипических проявлений и анализ паттерна ЭЭГ) позволяет с высокой надежностью заподозрить синдром Мартина-Белл среди детей с недифференцированной умственной отсталостью, задержкой психоречевого развития и расстройствами спектра аутизма. Ранее установление верного диагноза дает возможность оказания своевременной помощи детям с синдромом Мартина-Белл, в частности применение специфического медикаментозного лечения и тактик психолого-педагогического сопровождения, что существенно улучшает качество жизни не только ребенка, но и всей семьи.

#### Литература

1. R. Lozano, C. Rosero, R. Hagerman. Fragile X spectrum disorders. *Intractable & Rare Diseases Research*. 2014; 3(4), pp. 134-146.
2. S. Harris, D. Hessel, B. Goodlin-Jones, J.Ferranti, S. Bacalman, I. Barbato, F. Tassone, P. Hagerman, K. Herman, and R. Hagerman. Autism Profiles of Males With Fragile X Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*. 2008; 113 (6), pp. 427-438.
3. Горбачевская Н. Л. Современные подходы к диагностике и лечению когнитивных нарушений у детей и взрослых // Электронный журнал «Психологическая наука и образование», 2010.

Уварова О.Н.

**Ценностно-смысловая сфера у лиц зрелого возраста с небезопасным типом привязанности**

Челябинский институт переподготовки и повышения квалификации работников образования,  
Челябинск, Россия  
uvon86@gmail.com

**Ключевые слова:** небезопасный тип привязанности, ценностно-смысловая сфера

Uvarova O.N.

**Value-semantic sphere of adults with insecure attachment style**

Chelyabinsk Institute of Retraining and Advanced Training of Educators, Chelyabinsk, Russia

**Keywords:** unsafe attachment type, value-semantic sphere.

**Введение.** Ценностно-смысловая сфера является значимой, сложной, многогранной проблемой теоретических и практических исследований в зарубежной и отечественной психологии, в отечественной и зарубежной психологии изучается в двух аспектах:

- структурные компоненты ценностно-смысловой сферы личности и их взаимосвязи;
- динамические и функциональные проблемы ценностно-смысловой сферы.

Ценностно-смысловая сфера личности включает в себя два основных компонента – ценности и систему личностных смыслов. В отечественной психологии проблему ценностно-смысловой сферы изучали: Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Б. С. Братусь, Ф. Е. Василюк, Д. А. Леонтьев, Р. Х. Шакуров и другие. В зарубежной психологии проблему ценностно-смысловой сферы изучали: М. Рокич, Ш. Шварц, В. Франкл и другие.

В последнее время интерес к исследованию привязанности в детско-материнских отношениях заметно возрос, что связано с усиливающимся в социальных науках вниманием к проблемам человеческих взаимоотношений. Трудности с установлением психологической близости выделяются социологами, культурологами, медиками, психологами и педагогами в качестве ключевого фактора таких актуальных явлений нашего времени, как личностное и профессиональное развитие [1], охрана и профилактика психического здоровья [2]. Но проблема ценностно-смысловой сферы у лиц зрелого возраста с небезопасным типом привязанности в настоящее время изучена недостаточно.

Таким образом, проблема ценностно-смысловой сферы у лиц зрелого возраста с небезопасным типом привязанности является актуальной.

**Материал и методы.** По данной проблеме было проведено эмпирическое исследование, в котором использовались следующие методики:

1. Интервью о привязанностях (для взрослых) Н. К. Асановой, О. Н. Павловой (диагностики типа привязанности).
2. Ценностный опросник Ш. Шварца (диагностика ценностей личности).
3. Тест «Смысложизненные ориентации» Д. А. Леонтьева (выявление «источника» смысла жизни).

Выборка- 57 человек, 29 женщин и 28 мужчин, в возрасте 24-35 лет с небезопасным типом привязанности (оценка на основании опросника о привязанностях).

**Результаты.** В ходе проведения ценностного опросника Ш. Шварца было выявлено, что преобладающая часть лиц с небезопасным типом привязанности характеризуется следующими ценностями:

- ценностью конформности (40,3% испытуемых), доброты (49,1% испытуемых) на уровне ниже нормы;
- ценностью гедонизма (40,3% испытуемых), стимуляции (45,6% испытуемых), самостоятельности (47,4% испытуемых) на уровне нормы;
- ценностью власти (50,9% испытуемых), достижения (52,6% испытуемых), универсализма (42,1% испытуемых), традиции (38,6% испытуемых), безопасности (45,6% испытуемых) на уровне выше нормы.

Следовательно, для преобладающей части испытуемых значимы такие ценности, как: власть, достижение, универсализм, традиции, безопасность.

Результаты исследования с помощью ценностного опросника Ш. Шварца характеризуют значительную часть испытуемых как людей, для которых важен: социальный статус, доминирование над

людьми и ресурсами, личный успех в соответствии с социальными стандартами, сохранение и повышение благополучия, уважение и ответственность за культурные и религиозные обычаи и идеи, безопасность и стабильность отношений и себя, сдерживание действий и побуждений, которые могут навредить другим и не соответствуют социальным ожиданиям.

В ходе проведения методики «Смысложизненные ориентации» Д. А. Леонтьева было выявлено, что преобладающая часть испытуемых обладает:

- на уровне выше нормы - смысложизненными ориентациями «Цели в жизни» (52,6% испытуемых), «Лocus контроля – жизнь или управляемость жизни» (43,9% испытуемых)
- на уровне нормы - смысложизненными ориентациями «Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни» (50,9% испытуемых), «Лocus контроля - Я (Я - хозяин жизни)» (45,6% испытуемых).
- на уровне ниже нормы. - смысложизненной ориентацией «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией» (49,1% испытуемых)

Данные результаты характеризуют испытуемых как людей: целеустремленных, обладающих целью в жизни, придающих жизни осмысленность, убежденных в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, убежденных в том, что жизнь человека подвластна сознательному контролю, но неудовлетворенных прожитой частью жизни.

**Резюме.** Таким образом, ценностно-смысловая сфера у испытуемых с небезопасным типом привязанности характеризуется преобладанием следующих ценностей: власть, достижение, универсализм, традиции, безопасность. Также у преобладающей части испытуемых с небезопасным типом привязанности преобладают смысложизненные ориентации «Цели в жизни», «Лocus контроля – жизнь или управляемость жизни». Для более полновесных выводов исследование следует продолжить и расширить.

#### Литература

1. Кийкова Н.Ю. Расширение потребностей и возможностей профессионального развития педагогов системы инклюзивного образования в процессе повышения квалификации // Научное обеспечение системы повышения квалификации кадров. 2015. № 4 (25). С. 52-60.
2. Кийкова Н.Ю., Уварова О. Н. Охрана и профилактика здоровья детей с особыми возможностями в условиях семейного обучения и воспитания // Современное дополнительное профессиональное педагогическое образование. 2017. Т. 3. № 2 (11). С. 46-51.

Узлов Н.Д.

#### Отношение к отцовству мужчин с наркотической зависимостью

АНО «Национальный исследовательский институт дополнительного профессионального образования», г. Москва, Россия  
[knots51@mail.ru](mailto:knots51@mail.ru)

**Ключевые слова:** мужчины, отцовство, наркотическая зависимость

Uzlov N.D.

#### Attitude to paternity of men with drug addiction

Autonomous nonprofit organization «National Research Institute of Additional Professional Education», Moscow, Russia

**Keywords:** men, paternity, drug addiction

**Введение.** Анализ литературы показывает все возрастающий интерес к проблеме отцовства, которому в последнее время посвящено много работ [1-5; 7; 9 и др.]. Вместе с тем, проблематика отклоняющегося отцовства, несмотря на его очевидную очерченность (уход из семьи, отказ от совместной жизни с супругой и своим ребенком, насилие к своему ребенку, безразличное отношение к собственным детям и др.) и социальную значимость (в России 829 разводов приходится на 1000 браков) остается наименее разработанной [6]. Еще большую остроту она приобретает в связи с ростом наркотизации населения, вовлеченности в нее мужчин детородного возраста, которая превышает таковую у женщин в десятки раз. Наличие отца-наркомана в семье создает угрозу материальному и социальному благополучию ее членов, способствует формированию созависимых отношений, росту агрессии, формирует атмосферу отчуждения и недоверия между родителями и деть-



ми. Все это делает актуальным изучение проблемы отцовства у мужчин, страдающих наркотической зависимостью.

**Материалы и методы.** Обследовано 2 группы мужчин: 1) страдающие наркозависимостью, главным образом героиновой наркоманией – 40 чел. в возрасте 20-36 лет. Из них имеют высшее образование – 3 чел., среднее и средне-специальное – 29 чел., 8 испытуемых не закончили средней школы и не имеют профессии. 34 чел. имеют одного ребенка, 6 – двоих детей. 24 отца не проживают со своими детьми, 16 – проживают; 2) здоровые мужчины - отцы – 32 чел. В том числе: с высшим образованием – 10 чел., средне-техническим – 8, средним – 14 чел. 12 чел. из данной группы имеют по 2 детей, остальные – по одному; все отцы проживают совместно со своими детьми.

Были использованы следующие методики, разработанные Р. В. Манёровым [8]: Биографическая анкета личностно-смысловой сферы отцовства; методики «Представление о себе как отце»; «Представление о своем ребенке» (обе в форме незаконченных предложений).

**Результаты.** Исследование личностно-смысловой сферы отцовства показало существенные различия в ответах испытуемых относительно запланированности рождения ребенка: 29 (96 %) здоровых отцов и только 14 (35 %) наркозависимых ответили утвердительно. Безразличное отношение к полу будущего ребенка выразили 17 (42,5%) наркоманов, среди здоровых несовпадение ожиданий отметили всего 8 чел. (24 %). Из числа здоровых отцов сопровождали супругу в роддом 28 (87,5%) и также часто ее посещали, и только 14 наркозависимых (35%) провожали ее в роддом, а 17 (42,5%) не посещали совсем. На вопрос: «Каким было Ваше чувство при первом прикосновении к новорожденному?» 30 отцов, не употребляющих наркотиков (94 %) ответили, что испытали целую гамму чувств: радость, счастье, удовлетворение, спокойствие, в других случаях возникла тревога. Практически все испытали внезапно нахлынувшее на них переживание ответственности. Лишь половина наркозависимых отцов испытали аналогичные позитивные эмоции, 10 чел. (25%) никаких чувств не испытали, а семеро (17,5%) вообще не прикасались к ребенку. Чувства ответственности не пережил никто. Ценностное значение ребенка в жизни отца обе группы испытуемых оценивали примерно одинаково (прослеживалась тенденция социальной желательности в ответах), однако в высказываниях здоровых преобладали смысловые значения, в то время как многие отцы-наркоманы в наличии ребенка видели «скизненное разнообразие», уход от скуки.

Контент-анализ представлений о себе как об отце двух групп испытуемых позволил выделить 7 основных категорий (смысловых единиц): 1) пример, авторитет для ребенка; 2) глава семьи; 3) ответственность за воспитание ребенка; 4) ответственность за содержание семьи; 5) отец-защитник; 6) любовь к ребенку; 7) неприятие себя, как отца. Статистическая обработка результатов показала значимые различия в пользу здоровых отцов по параметру «пример, авторитет для ребенка» ( $\chi^2=5,78$ ;  $p < 0,01$ ); «ответственность за воспитание ребенка» ( $\chi^2=8,65$ ;  $p < 0,01$ ); «ответственность за содержание ребенка и семьи» ( $\chi^2=3,84$ ;  $p < 0,05$ ). Не принимают себя в роли отца 17 (42,5%) мужчин-наркозависимых, в то время как среди здоровых таковых нет.

Анализ различий представлений о своем ребенке, выделенных на основе контент-анализа, выявил статистически значимую разницу в категориях «наследник, продолжатель рода» в соотношении: 19 (59,3%) здоровых отцов и только 1 (2,5%) наркозависимый ( $\chi^2=14,45$ ;  $p < 0,001$ ); «смысл моей жизни» – соответственно 18 (56,2%) и 3 чел. (7,5%) при  $\chi^2=9,33$ ;  $p < 0,01$ . По остальным единицам (источник любви, объект внимания и любви) статистически значимых различий не выявлено. Неприятие своего ребенка отчетливо проявлялось в высказываниях 9 отцов-наркоманов («я его не знаю», «не видел», «дебил», «странный парень, он меня чурается», «спиногрыз» и др.).

**Выводы.** У наркозависимых мужчин, являющихся отцами своих детей, изначально слабо развито представление об отцовской роли, и эта тенденция начинает отчетливо проявлять себя еще на этапе, предшествующем рождению ребенка. Став родителем, они не принимают в полной мере родительскую ответственность, более чем в половине случаев оценивают себя в роли отца негативно. Представления о своем ребенке у наркозависимых отцов весьма ограничены. Почти у каждого пятого сопровождаются неприятием, оцениваем как дополнительная обуза, за которую нужно нести ответственность. Полученные нами данные согласуются с выводами других авторов [3; 6], исследовавших проблемы девиантного отцовства, о личностной деформации таких мужчин, проявляющейся в эгоцентризме, инфантильности, низкой моральной ответственности, еще более усугубляемой наркозависимостью.

## Литература

1. Борисенко Ю.В. Психология отцовства. – Москва-Обнинск: ИГ-СОЦИН, 2007. – 220 с.
2. Липпо С.В. Образ отца как фактор самоактуализации личности: автореферат дис. канд. психол. наук: 19.00.01 // Липпо Светлана Валерьевна. – СПб., 2006. – 21 с.
3. Манёров Р. В. Образ себя как отца в структуре Я-концепции мужчин: автореферат дис. канд. психол. наук: 19.00.01 / Манёров Роберт Валерьевич. – СПб., 2013. – 26 с.
4. Овчарова Р.В., Токарева Ю.А. Научные предпосылки к анализу проблемы отцовства как воспитательной деятельности // Наука и образование Зауралья. – Курган, 2005. – №1. – С. 30-40/
5. Павлов И.В. Психология отцовства: обзор исследований и некоторые выводы о современном состоянии проблемы // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. – № 4. – С. 78-95.
6. Пастухова М.В. Теоретические аспекты проблематики отклоняющегося отцовского поведения // Отклоняющееся поведение человека в современном мире: проблемы и решения: матер. Международной заочной научно-практич. конфер. – Владимир: ВлГУ, 2010. – С. 72 – 74.
7. Посохова С. Т., Липпо С. В., Манёров Р. В. Образ отца и самоактуализация личности // Вестник СПбГУ, 2008. – Сер. 12. Вып. 3. – С. 23-30.
8. Справочник практического психолога. Психодиагностика / под ред. С.Т. Посоховой. – СПб.: Сова, 2005. – С.514-520.
9. Токарева Ю.А., Носкова М.В., Свеженцева Е.А. Феномен современного отцовства. Психология детско-родительского взаимодействия отца с ребенком. – Екатеринбург: Урал. гос. мед. ун-т, 2014. – 294 с.

## Уласень Т.В.

### «Клинико-психологические портреты» воспитанников социозащитных учреждений

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Россия  
[ulasen.tatjana@yandex.ru](mailto:ulasen.tatjana@yandex.ru)

**Ключевые слова:** психическая травма, воспитанники социозащитных учреждений, дизадаптация

**Ulasen T.V.**

### "Clinical and psychological portraits" of pupils of socioprotective institutions

Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia

**Keywords:** mental trauma, pupils of socioprotective institutions, disadaptation

**Введение.** Цель исследования – проведение многосторонней оценки клинико-психологического состояния воспитанников социозащитных учреждений с позиций био-психо-социального подхода для создания алгоритма дифференцированной клинико-психологической и социальной помощи данному контингенту.

**Материал и методы.** В работе применены полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПИВПТСД), разработанное А. И. Щепиной и А. В. Макачук; методика копинг-стратегий школьного возраста И.М. Никольской и Р.М. Грановской; опросник агрессивности Басса – Дарки; усовершенствованная Торонтская шкала алекситимии TAS-20-R [2,3,5,6]. Статистический анализ выполнен с использованием пакета прикладных программ. Вычисления выполнены точным биномиальным методом, применен критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса (Chi-squared with Yates' correction); использованы F – критерий Фишера, критерий Манна-Уитни, выборочный коэффициент ранговой корреляции Спирмена [1].

Обследованы дети и подростки 11–18 лет, поступившие в социозащитное учреждение впервые. Несмотря на то, что в целом речь идет о подростках, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, для более точного дифференцированного анализа маркеров дизадаптивных проявлений выделены две группы (по 42 человека каждая): I группа — истинные и социальные сироты, II группа представлена подростками, воспитывающимися в кровных семьях и имеющими поддерживающий фактор.

**Результаты.** Данные сравнительного анализа клинических и социально-психологических критериев травматических переживаний позволили выявить разные профили реагирования на стресс в группах сравнения по критериям A, B, C, D, F (по DSM-IV) опросника ПИВПТСД, определяющих клиническую картину ПТСР. Выявлен особый по сравнению с группой сирот адаптационный профиль у подростков, воспитывающихся в семьях. Обращает на себя внимание тот факт, что у подростков I группы клинические проявления по критерию «немедленное реагирование» не имеют корреляционных связей с другими критериями ПТСР. Возможно, данное обстоятельство может свидетельствовать о глубоко вытесненных травматических переживаниях сирот и социальных

сирот, что требует дополнительного психологического обследования и, соответственно, индивидуального подхода в выборе психокоррекционных мероприятий. Исключение критерия «нарушения функционирования» из общей картины корреляционных связей в структуре ПТСР у подростков 2-й группы возможно связано с большей фиксацией на травматических ситуациях, включая поступление в социозащитное учреждение, вовлечением этих переживаний в структуру жалоб, потерей поддерживающего фактора с последующим формированием другого, по сравнению с сиротами, стиля социального поведения.

Следует акцентировать внимание на повторяющейся картине наличия отрицательной корреляционной зависимости у подростков II группы: между экстернальным типом мышления и общим баллом алекситимии, между общим баллом шкалы TAS-20-R и неспецифическими адаптационными реакциями крови (по лейкоцитарной формуле). Наличие стрессовых реакций крови, при отсутствии выраженной психопатологической симптоматики на момент обследования может выступать маркером латентного общего дизадапционного синдрома в условиях хронической травматизации, включая и доклинические формы психосоматических расстройств. По полученным данным у подростков I группы достоверно чаще встречается соматоформная вегетативная дисфункция F 45.31, характеризующаяся нарушениями со стороны верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. У подростков I группы, по всей видимости, имеет место более травматичный для организма ответ неспецифических адаптационных реакций организма (превалирование «реакций стресса» по лейкоцитарной формуле) при столкновении с новой стрессовой ситуацией (в данном случае поступление в социозащитное учреждение). У подростков II группы возможны следующие сценарные развития физиологической и социально-психологической дизадаптации: 1) чем значимее для личности психологическая травма, тем выше общий уровень алекситимии как варианта психологической защиты, но при этом реже отмечаются реакции «стресса» со стороны неспецифических адаптационных реакций организма и наоборот; 2) по мере «угасания» травматических переживаний, начинают нарастать трудности оценки внешней ситуации, снижается способность к прогнозированию и решению проблемных ситуаций. По всей видимости, эти обстоятельства могут объяснять разные стили социального функционирования и разные варианты копинг-стратегий поведения – «уход» у подростков-сирот и преимущественно аффективно-агрессивные копинг-стратегии у подростков, воспитывающихся в семьях, в ответ на новую стрессовую, что в общей совокупности делает подростков II группы более уязвимой.

В связи с этим, представляется актуальным изучение особенностей формирования агрессивных и враждебных тенденций как вариантов деструктивной социализации у воспитанников социозащитных учреждений в зависимости от характера перенесенного ранее травматического опыта.

В результате проведенного исследования с использованием опросника Басса-Дарки у подростков II группы выявлено превалирование проявлений физической, вербальной и косвенной агрессивности, достоверно чаще встречаемой раздражительности. У подростков сирот (I группа), напротив, выявлены превалирование негативизма, достоверно чаще встречаемая подозрительность, тенденция к превалированию враждебности. Полученные данные позволяют говорить о двух разных профилях реагирования при столкновении с новой стрессовой ситуацией у воспитанников социозащитных учреждений в зависимости от принадлежности к группе. В одном случае речь идет о превалировании «индекса агрессивности» (подростки из семей), а в случае сиротства, напротив, обращает на себя внимание превалирование враждебных тенденций.

В контексте сказанного интересными представляются результаты изучения типов родительского воспитания у обследуемого контингента с учетом принадлежности к группе. Подростки II группы более склонны характеризовать родительское воспитание с позиций позитивного интереса, директивности, автономности и, вместе с тем, превалирующей непоследовательности. Подростки I группы родительский тип воспитания характеризуют в большинстве случаев как «враждебный», что находит свое отражение в результатах опросника Басса-Дарки.

В связи с этим надо учитывать два момента, имеющих между собой причинно-следственную связь. С одной стороны, перенесенные психические травмы в условиях депривационного опыта привели к тому, что у обследуемых нами подростков сформировалась психологическая готовность отвечать агрессией на трудные жизненные ситуации в силу негативных реакций проекции и переноса на окружающих их людей, что в итоге, позволяло им обосновывать свою агрессию. По полу-

ченным данным, эти проявления оказались более выраженными у подростков II группы. С другой стороны, уместным становится упоминание о понятии «жизненного сценария» представляющий собой бессознательный жизненный план, позаимствованный у родителей, создающий иллюзию контроля над ситуацией и жизнью. При этом особенно актуальным становится утверждение Стэна Вуллэмса о том, что «чем больше стресс, тем больше вероятность вхождения человека в сценарий» [4]. Учитывая высокие уровни реагирования на стресс с выраженным преобладанием балльных оценок по клиническим проявлениям травматических переживаний, актуальными становятся вопросы прогностической оценки дизадаптивных проявлений у воспитанников социозащитных учреждений. При этом подростки I группы могут оказаться более подверженными «вхождению в асоциальный жизненный сценарий» с превалированием враждебных форм поведения.

**Резюме.** Сделан вывод о необходимости дифференцированного подхода в оказании медицинской и психологической помощи воспитанникам социозащитных учреждений с учетом принадлежности к группе.

#### Литература

1. Кобзарь А.И. Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников. – М.: ФИЗМАТ-ЛИТ, 2006. – 816 с.
2. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2000. – 507 с.
3. Рогачев В.А., Коноплева И.Н. Взаимосвязь копинг-стратегий и личностных ресурсов стресс-преодолевающего поведения сотрудников правоохранительных органов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 2(31). – С. 11 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpjr.ru> (дата обращения: 15.06.2017).
4. Смыслов Д.А. Почерк как средство экспресс-диагностики и психотерапии личности // Психология телесности между душой и телом / Ред.-состав. В.П. Зинченко, Т.С. Леви – М.: АСТ МОСКВА, 2005. – 370 с.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
6. Тэйлор Г.Д., Квилти Л.К., Бэджи Р.М., Старостина Е.Г., Боголюбова О.Н., Смыкало Л.В., Скочиллов Р.В., Бобров А.Е. Надежность и факториальная валидность русской версии 20-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 20–25.

**Усманова Е.Б., Щелкова О.Ю.**

**Влияние личностных профилей на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей**

International Preschool, Москва, Россия; СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия  
[usmanovakate@ya.ru](mailto:usmanovakate@ya.ru), [olga.psy.pu@mail.ru](mailto:olga.psy.pu@mail.ru)

**Ключевые слова:** качество жизни, психологические факторы, психосоциальная реабилитация

**Usmanova E.B., Shchelkova O.Yu**

**Personality influence on quality of life in patients with bone tumors**

International Preschool, Moscow, Russia, St. Petersburg State University,  
Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** quality of life, psychological factors, psychological and social rehabilitation

**Введение.** В современных условиях доминирования биопсихосоциального подхода в понимании здоровья и болезни человека качество жизни при хронических соматических заболеваниях (КЖЗ) выступает как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного [3]. В рамках онкопсихологии, как самостоятельного направления современной клинической психологии [6; 4], увеличивается число исследований, посвященных изучению КЖЗ пациентов с онкологической патологией, в том числе, пациентов, страдающих опухолевым поражением костей [7; 9; 10].

**Целью** настоящего исследования явилось изучение влияния личностных профилей на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей.

**Материал исследования** составили данные психологического исследования 139 пациентов с опухолевым поражением костей: остеосаркомой (n=42), саркомой Юинга (n=10), гигантоклеточной опухолью (n=32), хондросаркомой (n=32) и метастатическим поражением костей (n=23).

**Методы исследования.** Для оценки КЖЗ использовались: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) [1]; усовершенствованный «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionary Core-30), разработанный группой оценки качества жизни (Study Group on Quality of Life) при Европейской организации лечения и исследования рака (EORTC –

European Organization for Research and Treatment Cancer) [8]; Дополнительный модуль BM-22 для оценки КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей [8]. Для изучения личностных характеристик использовались тест-опросники «Большая пятерка» (BIG V) [5], «Способы совладающего поведения» (ССП) [1], смысложизненных ориентаций» (СЖО) [2]. Всего было проанализировано 27 показателей КЖЗ и 19 психодиагностических (личностных) показателей. Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 20.0 и Excel XP.

### Результаты исследования.

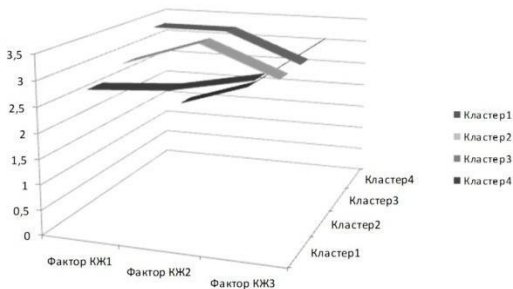
С помощью факторного анализа вся совокупность психодиагностических показателей была сведена в пять факторов, объединяющих отдельные личностные характеристики пациентов с опухолевым поражением костей: «Осознанность», «Внутриличностная конфликтность», «Социальная неадаптивность», «Интернальность (опора на себя)», «Социальная адаптивность».

В результате кластерного анализа с использованием выделенных факторов было получено четыре личностных профиля пациентов с опухолевым поражением костей. Первый профиль, характеризующийся самыми высокими значениями по фактору внутриличностной конфликтности, был назван «Личность с высокой интрапсихической конфликтностью». Второй личностный профиль, получивший высокие значения по факторам интернальности и социальной адаптивности, был назван «Адаптированная и самостоятельная личность». Третий личностный профиль, характеризующийся высокими значениями по фактору осознанности, назван «Личность с высоким уровнем самосознания». Четвертый профиль, для которого характерны высокие значения по фактору социальной дезадаптации, назван «Социально дезадаптированная личность».

Для поведения дальнейшего анализа с помощью факторного анализа была проведена редукция показателей SF-36, «Опросника качества жизни» EORTC QLQ-C30 и Дополнительного модуля BM-22, позволившая выделить три обобщенных фактора КЖ. Первый фактор включает такие характеристики КЖ, как низкая интенсивность болевых ощущений, высокая физическая, социальная и ролевая активность – фактор «Активность». Второй фактор включает хорошее общее состояние здоровья, высокую социальную активность, жизнеспособность и хорошее психическое состояние – «Оптимальное качество жизни». Третий фактор соответствует выраженным симптомам диареи – фактор «Желудочно-кишечные симптомы».

С помощью дисперсионного анализа было выявлено влияние личностных профилей (четыре представленных кластера личности) на КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей.

Рис. 1. Влияние личностных профилей на КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей



Как показано на рис. 1, пациенты с личностным профилем «Личность с высоким уровнем самосознания» обладают наилучшим КЖЗ. Пациенты, имеющие личностный профиль «Адаптированная и самостоятельная личность» также обладают высоким КЖЗ; параметры КЖ у этих пациентов значимо выше, чем у пациентов с другими личностными профилями. Пациенты, составившие кластеры «Личность с высокой интрапсихической конфликтностью» и «Социально дезадаптированная личность» обладают существенно более низкими значениями таких параметров КЖЗ, как общее состояние здоровья, высокая социальная активность, жизнеспособность и психического состояние (Факторы КЖЗ 1 и 2).

**Заключение.** Личностные характеристики пациентов с опухолевым поражением костей существенно влияют на качество их жизни. Такие характеристики личности, как наличие целей в буду-

шем, эмоциональная насыщенность жизни, удовлетворенность самореализацией, представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями, убежденность в том, что человек способен контролировать свою жизнь (интернальный локус контроля), высокий уровень осознанности, так же как готовность к сотрудничеству и высокие личностные ресурсы соответствуют более высокому КЖЗ. В то же время преувеличение тяжести болезни, склонность реагировать на болезнь по типу «раздражительной слабости», концентрация на болезненных ощущениях соответствуют снижению КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей.

#### Литература

1. Вассерман Л. И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.
2. Леонтьев, Д. А. Тест смысловых ориентаций (СЖО) // Д. А. Леонтьев. – 2-е изд. – М.: Смысл, 2006. – 15 с.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание/ Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
4. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. – СПб.: Любавич, 2017. – 352 с.
5. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования: пер. с англ. – М.: Аспект-Пресс, 2001. – 607 с.
6. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., и др. Онкопсихология. – М.: Институт психологии РАН, 2010. – 176 с.
7. Усанова Е.Б., Сушенцов Е.А., Щелкова О.Ю. Качество жизни пациентов с опухолями костей // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. – 2015. – №1. – С. 55-61.
8. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology // Journal of National Cancer Institute. - 1993. - V. 85. – P. 365-375.
9. Bekkering WP., Vliet Vlieland TP., Koopman HM. Quality of life in young patients after bone tumor surgery around the knee joint and comparison with healthy controls // Pediatric Blood Cancer. – 2010. – V. 54(5). – P. 738-745.
10. Paredes T., Pereira M., Moreira H., Simões MR, Canavaro MC. Quality of life of sarcoma patients from diagnosis to treatments: predictors and longitudinal trajectories // Europe Journal of Oncological Nurses. – 2011. – V.15(5). – P. 492-499.

*Исследование проведено при финансовой поддержке РФФИ (Рег. № № 17-36-00011 «а1»).*

**Фанталова Е.Б.**

**Рисуночные методики как вариант психодиагностики и психокоррекции в клинико-психологической практике**

ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва, Россия  
[elenafantal@yandex.ru](mailto:elenafantal@yandex.ru)

**Ключевые слова:** рисуночные тесты, образ Я, больные с алкогольной зависимостью

**Fantalova E.B.**

**Pictural techniques as option of psychodiagnostics and psychocorrection in clinical-psychological practice**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** pictural tests, I - image, patients with alcohol addiction

**Введение.** Рисуночные методики – один из наиболее популярных видов исследования в общей и клинической психологии. Относясь к классу экспрессивных проективных методов, рисуночные тесты обладают особыми возможностями, позволяющими с высокой степенью достоверности и одновременно свободы увидеть индивидуальность, эмоциональные реакции, интеллектуальные возможности, переживания, проблемы, конфликты, мотивацию рисующего, как взрослого, так и ребенка. Ведь именно рисунок проявил себя как фактор, оказывающий дополнительную помощь в диагностике, обогащающий коммуникацию и социальный репертуар личности в ходе терапии. Рисунок не отнимает много времени, не пробуждает в пациенте страх, поэтому его легко "прописать" и он дает обширный материал для интерпретации. Рисунок — это форма, в которой проявляют себя страхи, желания и фантазии, это также конкретное выражение психотерапевтических целей. В период знакомства и терапии можно использовать "свободный" рисунок, где тема зависит исключительно от испытуемого. Задания такого типа вводятся главным образом для получения информации о проекциях или укрепления творческого самовыражения. В то же время рисунок на

конкретные, заданные темы помогает прояснить сферы эмоциональных контактов и ускоряет достижение поставленных целей.

**Цель и задачи исследования:** выявить специфические особенности графических презентаций, включающих содержание Я-образов и эмоциональную регуляцию на контингенте больных с алкогольной зависимостью и здоровых испытуемых.

**Материалы и методы исследования.** Для анализа рисуночных методик был использован фрагмент дипломной работы, проводимой под нашим руководством (ВКР А.Д. Пекуновой, 2015). Анализировались рисуночные тесты, выполненные больными с алкогольной зависимостью (возраст - 13-18 лет) в сопоставлении с контрольной группой лиц (15 человек), сходной по полу и возрасту Экспериментальная группа (15 человек) – подростки, зависимые от алкоголя, имеющие следующие клинические диагнозы: F10.10 - Алкоголизм, F10.1- Пагубное употребление, F91.1 - Несocialизированное расстройство поведения, F 07.88 -Другие органические расстройства личности и поведения в связи со смешанными заболеваниями, F91.2 - Социализированное расстройство поведения. В качестве методов исследования были использованы:

- Проективный рисунок «Я – в трех проекциях» Гудинаф-Харриса в модификации автора (Е.Б. Фанталова, 2015, 2013, 2010, 1997; Йозеф Шванцара с соавт., 1978);

- Рисунок «Четыре персонажа» (В.К. Лосева, 1985) [1],

- Статистический критерий Манна-Уитни.

**Результаты исследования.** По методике «Я – в трех проекциях» Гудинаф-Харриса отмечаются достоверные различия сопоставления рисунков по содержанию (1- Я-социальное, 2- Я- реальное, 3- Я-Идеальное) у подростков экспериментальной и контрольной групп. Если сравнить по средним значениям содержательные расхождения между рисунками 1/2, 2/3, 1/3, отмеченные больными по системе оценок 0-10 в экспериментальной и контрольной группах по критерию Манна-Уитни, то обнаруживается достоверность различий всех трех сравнений со значимостью  $p < 0,05$  и  $p < 0,01$ . Таким образом, диссоциация между фрагментами Я значительно выше у больных с алкогольной зависимостью по сравнению с испытуемыми нормативной контрольной группы. В целом рисунки больных с алкогольной зависимостью более примитивны и просты, чем рисунки испытуемых нормативной контрольной группы. По результатам анализа рисунков можно сделать вывод, что самооценка подростков, зависимых от алкоголя и находящихся в больнице, заметно ниже, чем самооценка здоровых подростков.

По результатам анализа рисунков «Четыре персонажа» можно сказать, что рисунки экспериментальной группы также более просты и примитивны, чем контрольной. Анализ некоторых элементов показывает наличие тревоги, страхов, низкой самооценки и уровня притязаний, неуверенности в себе,

несформированности своих личностных черт. Также были выявлены трудности взаимоотношений во внесемейной сфере и в мире близких семейных контактов, слабая опора на критерии реальности. По данным результатов анализа рисуночной деятельности испытуемых экспериментальной группы можно сделать вывод о том, что самооценка подростков с алкогольной зависимостью, находящихся в психиатрической больнице, заметно ниже, чем самооценка здоровых подростков. У подростков экспериментальной группы возникали трудности в описании рисунков, в большинстве случаев подростки не давали развернутого описания, а опирались на уже готовый рисунок, придерживаясь формального изображения. Некоторые больные делали акцент на своих недостатках и страхах, некоторые пытались скрыть их за изображением «улыбающихся» персонажей. Подростки из экспериментальной группы испытывали опасения, что результаты исследований станут известны учителям или родителям.

В контрольной группе рисунки подростков более адекватно отражают черты личности испытуемых, их возможности, способности и стремления. В них отсутствует ярко выраженная тревога, самооценка выше, чем у подростков экспериментальной группы. Также подростки из контрольной группы имеют более сильную опору в сфере близких эмоциональных контактов и внесемейных отношениях, способны использовать ресурсы, имеющиеся в наличии. В процессе выполнения методики подростки из контрольной группы чувствовали себя уверенно, открыто и эмоционально.

**Вывод.** Содержание полученных результатов рисуночных тестов позволило использовать их в психокоррекционной работе с больными с алкогольной зависимостью. При этом учитывались данные по самооценке, эмоциональной регуляции, внесемейным и внутрисемейным контактам.

#### **Литература**

1. Лосева В.К. Рисуночная методика «Четыре персонажа» и ее использование в целях психодиагностики личности // Сб. Экспериментальные исследования личности в коллективе. Часть. 1/ под ред. А. В. Петровского, В. А. Петровского. – Даугавпилс, 1985. - 350 с.
2. Фанталова Е.Б. Я - образ в условиях переживания внутренних конфликтов у студентов // Современная психодиагностика в России. Преодоление кризиса: сборник материалов III Всероссийской конференции по психологической диагностике: в 2 т. / редколлегия: Н.А.Батурин (отв. ред.) и др. – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2015. – Т.2.- С.184-187. URL: <http://psychlib.ru/mgppu/FJy-2015/FJy-184.htm>.
3. Фанталова Е.Б. Я – образы в рисуночных тестах и их значение для психотерапии // ПСИХОЛОГИЯ XXI СТОЛЕТИЯ. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ / Сб. по материалам ежегодного Конгресса «Психология XXI столетия. Новые возможности» под ред. Козлова В.В. –Новосибирск, Ярославль, МАПН, 2013. –С.288-291.
4. Фанталова Е. Б. Аннотированный указатель методов психологической диагностики. Учебно-методическое пособие.-М.: МГСУ «Союз», 1997. С. 35-36.
5. Фанталова Е.Б. Методическое обеспечение тренировки обратной связи при общении в процессе обучения студентов-психологов // Актуальные проблемы современного образования: материалы II – ой межрегиональной научно- методической конференции/ под общей редакцией Мельниковой Р.И. – Воронеж: ВИЭСУ, ЦНТИ, 2010. С. 9 -12.
6. Шванцара Й. с соавт. Диагностика психического развития. – Прага: Авиценум : медицинское изд-во, 1978.- 388с.

**Федотова С. А.**

#### **Стратегии социально-психологической адаптации подростков**

Ярославское высшее военное училище ПВО,  
Ярославль, Россия  
[Sv.fedotova@rambler.ru](mailto:Sv.fedotova@rambler.ru)

**Ключевые слова:** дисплазия соединительной ткани, социально-психологическая адаптация, психологическая защита, самоотношение

**Fedotova S.A.**

**Strategies of socio-psychological adaptation of adolescents**  
Yaroslavl Highest Military College of Air Defense, Yaroslavl, Russia

**Keywords:** dysplasia of connective tissue, socio-psychological adaptation, psychological defense, self attitude

**Введение.** В настоящее время одним из самых распространенных наследственных заболеваний является дисплазия соединительной ткани (30% всей популяции), которая обуславливает дисфункции различных органов и систем и способствует повышенному уровню тревожности больных [1, 4].

**Материал и методы.** Целью исследования является определение базовых показателей копинг-стратегий и психологических защит, а также стратегии адаптации у людей с дисплазией (ДСТ). Проведен сравнительный анализ данных факторов в двух группах подростков: с ДСТ (15 человек, группа ДСТ) и здоровых (16 человек, группа НОРМА). Оценка исследуемых факторов проводилась по следующим методикам: опросник способов совладающего поведения Лазаруса – Крюковой и опросник Плутчика – Келлермана – Конте.

**Результаты.** Рассмотрим, насколько организованы структуры стратегий совладания в каждой из исследуемых выборок. Учитывая полярность конструкторов, относящихся к копинг-стратегиям и психологическим защитам, необходимо рассчитывать индекс организованности структур (ИОС) путем вычитания из индекса когерентности (ИКС) индекса дивергентности (ИДС). Затем подсчитывается структурный вес каждого качества и производится ранжирование и выделение базовых и ведущих качеств. Данные расчетов представлены в таблице 1.



Таблица 1. Структурные индексы системы стратегий совладания

Выборка	ИКС	ИДС	ИОС
ДСТ-ВА	56	28	28
ДСТ-НА	54	30	24
НОРМА-ВА	46	25	21

Максимально организованная структура стратегий совладания отмечается в группе высоко адаптированных подростков с ДСТ. В исследовании Л.Ю. Субботиной доказано, что высокие индексы организованности структур свидетельствуют об активном использовании копинг-стратегий и психологических защит в сложных ситуациях [3].

Рассмотрим специфику базовых совладающих стратегий в группах, дифференцированных по уровню адаптированности. Для группы ДСТ-ВА базовыми показателями являются копинг-стратегии «конфронтационный копинг», «поиск социальной поддержки», «самоконтроль». Абсолютные величины факторов «конфронтационный копинг» и «самоконтроль» относятся к средне популяционным. Величина показателя «поиск социальной поддержки» выше средней [4].

Для группы ДСТ-НА базовыми показателями являются «планирование решения проблемы», «регрессия». Показатель «планирование решения проблемы» – на верхней границе нормы, показатель «регрессии» – выше средне популяционного. Сравнивая группы ДСТ-ВА и ДСТ-НА, отметим, что первая из них базово опирается на возможность «поиска социальной поддержки». Парадоксальное сочетание в качестве базовых у низко адаптированных подростков с ДСТ таких стратегий совладания, как «регресс» и «планирование решения проблемы» можно объяснить тем, что собственно решения проблемы нет, есть только построение планов дальнейших действий, которые не будут реализованы самостоятельно.

Для группы НОРМА-ВА в структуре копинг-стратегий и психологических защит базовыми выступают копинг-стратегия «бегство – избегание», психологические защиты «замещение», «рационализация». Абсолютный показатель «замещения» на нижней границе нормы, а «рационализация» на верхней границе нормы [4]. «Бегство – избегание» используется такими подростками ситуативно, когда действительно является оправданным. Если сравнивать базовые совладающие стратегии группы НОРМА-ВА и группы ДСТ-ВА, то заметно, что вместо «бегства – избегания», присущего ситуативно здоровым подросткам, подростки с ДСТ используют «конфронтацию». Они противопоставляют себя другим, чтобы почувствовать собственную значимость, тогда как подростки группы НОРМА-ВА не нуждаются в таком дополнительном подкреплении собственной самооценки и могут просто прерывать контакт.

Таким образом, сравнение содержания и значений стратегий совладания и психологических защит, являющихся базовыми, показало, что для каждой группы исследуемых подростков они различны. Отметим полярный характер структур психологических защит у адаптированных подростков с ДСТ и группы НОРМА-ВА, что свидетельствует об абсолютно противоположной роли каждой стратегии совладания в механизме социально-психологической адаптации.

Обобщая вышесказанное и используя для интерпретации исследования Н.Н. Мельниковой, возможно выделить стратегии адаптации в группах подростков с ДСТ и здоровых подростков с различным уровнем адаптированности [2]. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2. Стратегии адаптации в исследованных группах подростков

Группа	Базовые качества	Стратегии адаптации
ДСТ-ВА	Степень чувственности (I), степень доверчивости (L), степень утонченности (N) – средние показатели. поиск социальной поддержки (ПСП), конфронтационный копинг (КК), самоконтроль (С) – высокие показатели	Активное изменение среды
ДСТ-НА	Степень открытости (А) – средний, степень зависимости от группы (Q <sub>2</sub> ) – выше среднего, планирование решения проблемы (ПРП) – высокий, регрессия (РГ) – высокие показатели	Уход от контакта со средой и погружение во внутренний мир Подчинение условиям среды
НОРМА-ВА	Степень открытости (А), эмоциональная устойчивость (С), сознательность (G) – высокие показатели, бегство-избегание (БИ) – средний показатель, замещение (З) – средний, рационализация (Р) – высокий показатель	Активное преобразование себя Уход из среды и поиск новой

Полученные результаты позволяют сделать следующие **выводы**:

1. Подростки с ДСТ и здоровые подростки имеют различные стратегии адаптации. У высоко адаптированных подростков с ДСТ доминирует стратегия активного преобразования среды, у низко адаптированных – стратегии ухода от контакта со средой и погружения во внутренний мир, а также пассивное подчинение условиям среды.
2. Обучение ребенка в семье практическим действиям в разных сферах жизни, развитие рационального взгляда на действительность способствует более высокой адаптированности подростков с ДСТ.
3. Подростку с ДСТ необходимо развитие большего числа адаптационных качеств, чем здоровому подростку, «цена» адаптированности для него является более высокой.

#### Литература

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Мельникова, Н.Н. Социально-психологическая адаптация личности: методические указания / Н.Н. Мельникова. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2002. – 34 с.
3. Субботина, Л.Ю. Психология защитного поведения / Л.Ю. Субботина. – Ярославль: Изд-во ЯрГУ, 2006. – 220 с.
4. Федотова, С.А. Психологические особенности больных с дисплазией соединительной ткани / С.А. Федотова // Материалы VI международной научно-практической конференции молодых ученых «Психология XXI века»; Санкт-Петербург, Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина, 2-3 декабря 2010 г. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2010. – С. 272-277.

**Хазова С.А., Попова М.С.**

**Личностные детерминанты защитно-совладающего поведения у взрослых с визуальными ограничениями**

Костромской государственной университет, Кострома, Россия  
[hazova\\_svetlana@mail.ru](mailto:hazova_svetlana@mail.ru)

**Ключевые слова:** совладающее поведение, психологические защиты, смысложизненные ориентации, удовлетворенность жизнью, лица с визуальными ограничениями

**Khazova SA, Popova M.S.**

**Personal determinants of protective coping behavior in adults with visual limitations**

Kostroma State University, Kostroma, Russia

**Keywords:** coping behavior, psychological protection, the meaning of life orientation, life satisfaction, those with visual limitations

**Введение.** Современное динамичное социальное пространство предъявляет высокие требования к адаптационным способностям человека. В этом плане люди с ограниченными возможностями здоровья являются достаточно уязвимой группой, поскольку ограничение существенно влияет на их возможности быстро реагировать на изменения, адаптироваться к новым условиям, совладать с возникающими трудностями и проблемами. Незрелость, низкую адекватность и бедность репертуара защитно-совладающего поведения инвалидов отмечали многие авторы [1, 3, 4].

В современной тифлопсихологии накоплен значительный материал по проблеме личностной детерминации выбора копинг-стратегий. Так, например, показано, что факторами, влияющими на продуктивность / непродуктивность совладающего поведения, являются интернальный локус субъективного контроля, эмоциональная устойчивость, смелость, гармоничный тип отношения к нарушению, позитивное самовосприятие [1, 2, 4, 5].

**Материал и методы.** Целью нашего исследования является изучение личностных детерминант защитно-совладающего поведения взрослых инвалидов по зрению. В исследовании использовались методики: опросник Способов Совладания (ОСС) Р. Лазаруса и С. Фолкман (1988), в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляевой (2004); опросник «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI) Р. Плутчика, Х. Келлермана и Х. Р. Конте (R. Plutchik, H. Kellerman & H. R. Conte, 1979) в адаптации НИПНИ им. Бехтерева; шкала удовлетворенности жизнью Э.Динера, Р.Эммонса, Р.Ларсена, Ш.Гриффина (1985) в адаптации Д. А. Леонтьева и Е. Н. Осина (2003); тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Дж.Крамбо, Л. Махолика в адаптации Д.А. Леонтьева (1992). На данном этапе в исследовании приняло участие 16 человек – инвалидов по зрению 1 и 2 группы, в возрасте от 29 до 59 лет, 4 мужчины, 12 женщин.

**Результаты.** Анализ результатов исследования совладающего поведения и механизмов психологических защит свидетельствует об их нормативной, типичной для данной возрастной категории выраженности. Обращает на себя внимание только факт чрезвычайно низких значений механизма *Замещение* ( $M=14,37$ ,  $Std.Dev.=14,9$ ). Анализ результатов исследования смысложизненных ориентаций, или в терминах авторов методики «переживания онтологической значимости жизни», приводит нас к выводу о более низких значениях по сравнению с нормативными по всем показателям, при этом наибольшее снижение касается общей осмысленности жизни. Это позволяет говорить о меньшей осознанности целей в жизни и ее перспектив, о восприятии жизни как малоинтересной и эмоционально ненасыщенной, жизни, в которой отсутствует или мала свобода выбора, а собственные возможности по ее контролю весьма иллюзорны. Что касается удовлетворенности жизнью, то ее уровень находится также в области средних значений. С точки зрения поиска детерминат защитно-совладающего поведения, особый интерес представляют результаты корреляционного анализа (все связи на уровне  $p \leq 0,05$ ). Так, установлено, что снижение вероятности избегания решения проблем связано с наличием целей в жизни и ориентацией на будущее, а также высокой удовлетворенностью жизнью. Далее, удовлетворенность жизнью как показатель интереса к жизни, решительности в достижении целей, положительной оценки собственной личности и все показатели осмысленности жизни (удовлетворенность самореализацией, способность контролировать жизнь и уверенность в ее подконтрольности) положительно коррелируют со стратегией *Положительная переоценка* ( $p \leq 0,05$ ), которая заключается в создании положительного смысла ситуации и фокусировании на росте собственной личности. Представляется, что это объясняется особой когнитивной стратегией людей с визуальными ограничениями – восприятием своей слепоты как испытания свыше, как миссии, заключающейся в доказательстве пользы незрячих для общества. Что касается защитных механизмов, то и удовлетворенность жизнью, и смысложизненные ориентации значимо снижают риск вытеснения, регрессии, замещения, рационализации, проекции и гиперкомпенсации, а также общую напряженность защит. При этом, наличие целей в жизни, ее осмысленность, удовлетворенность самореализацией и достижениями, восприятие себя как хозяина жизни положительно коррелируют с защитой по типу отрицания. Одним из возможных объяснений служит то, что именно отрицание позволяет людям с инвалидностью («не принимать в расчет»), не признавать те аспекты реальности (в частности собственные ограничения или негативное отношение со стороны окружающих), которые очевидны для окружающих, но могут противоречить основным установкам личности или угрожать ее самоуважению или социальному престижу.

**Выводы.** Результаты исследования позволяют рассматривать смысложизненные ориентации и удовлетворенность жизнью как детерминанты защитно-совладающего поведения.

#### Литература

1. Иванова Е.А. О психологических факторах преодоления жизненных трудностей личностью, находящейся в условиях зрительной депривации // Психология стресса и совладающего поведения: материалы III Междунар. науч.-практ. конф. Кострома, 26–28 сент. 2013 г.: в 2 т. / Отв. ред.: Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтык, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013. С. 178–181.
2. Кондрохова Т.Н. Внутренняя картина болезни в психологической структуре личности инвалидов по зрению: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004.
3. Куфтык Е.В., Лебедев А.П., Реунова А.А. Психологические защитные механизмы и совладающее поведение как адаптационные ресурсы лиц с особыми потребностями // Гуманитарные основания социального прогресса: Россия и современность: сборник статей Международной научно-практической конференции. В 8 частях. Часть 3 / под ред. В.С. Белгородского, О.В. Кашеева, В.В. Зотова, И.В. Антоненко. М.: ФГБОУ ВО «МГУДТ», 2016. С.210–215.
4. Попова М.С., Хазова С.А. Динамика совладания и копинг-ресурсы лиц с визуальными ограничениями // Защитная система личности и стресс. [Электронный ресурс] / под ред. Е.В. Куфтык. – М.: Мир науки, 2017. – С. 84-95.
5. Тронеева Е.В. Особенности адаптации к ситуации болезни пациентов с офтальмологической патологией. М., 2012.

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект «Жизненные траектории лиц с ограниченными возможностями здоровья через призму качества жизни» №17-06-00812*

Харисова Р.Р.

## Аффективно-когнитивная специфика механизмов бредообразования

Московский институт психоанализа, Москва, Россия

[checkquality@mail.ru](mailto:checkquality@mail.ru)

**Ключевые слова:** механизмы бредообразования, аффективно-когнитивное взаимодействие, системный подход

**Kharisova R.R.**

## Affective-cognitive specificity of the mechanisms of delusions

Moscow Institute of psychoanalysis, Moscow, Russia

**Keywords:** thinking, mechanisms of delusions, affective-cognitive interaction, systems approach

В настоящий момент существует большое количество теоретических моделей, позволяющих описывать феноменологию личности, познавательных процессов, а также их нарушений при различной психической патологии. Данные модели призваны объяснить системный характер психической деятельности и целостные механизмы личностного функционирования, включая особенности межличностной коммуникации, в целом, социального взаимодействия, структуры адаптации и творческого приспособления к миру. Большинство из имеющихся конструктов постулируют наличие тесных взаимосвязей между личностными образованиями и познавательной деятельностью субъекта [Б.В. Зейгарник, 1986; В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков, 1991; и др.]. Сложность и взаимообусловленность отношений между эмоциональными, мотивационными и когнитивными структурами признается в современной психологической литературе через представленность и исследование таких феноменов как эмоциональный интеллект, эмоциональная компетентность, эмоциональная грамотность; а также исследования аффективно-когнитивных взаимосвязей различных психологических феноменов, например, идентичности и самооценки [Е.Т. Соколова, 1989; и др.], инфантилизма [Л.А. Дементьева, Ю.В. Чебакова, 2015], телесности [Ю.В. Чебакова, Р.Р. Харисова, Д.А. Комолов, С.Н. Ениколопов, 2016] и др. Значимая роль в оценке различных нозологических форм при этом принадлежит определению основного механизма изменения деятельности при той или иной форме патологии. Существенной практической задачей в определении ведущего механизма является обоснование и выработка тех или иных методических приемов, позволяющих квалифицировать имеющиеся нарушения, учитывать аффективно-когнитивные взаимосвязи внутри целостного психического акта (например, дифференцировать постпсихотическую депрессию и дефицитарные состояния при шизофрении).

Значимость исследования бредовых расстройств, определения механизмов и специфики бредообразования связана с нозологической неоднородностью данных нарушений и высоким риском социально опасных действий при этом виде патологии [В.Б. Миникаев, 2005]. В то же время с точки зрения психологических исследований феномен бредообразования практически не изучен. Большое количество исследований связано преимущественно с рассмотрением феноменологии, особенностей клинических проявлений, прогноза и терапии при бредовых расстройствах [В.В. Портнов, 2007]. Теоретические концепции относительно изучения механизмов бредообразования, в основном, рассматривают примат аффективного [Н.Ф. Дементьева, 1974; S. Westermann, T.M. Lincoln, 2011] либо когнитивного компонента [А.А. Меграбян, 1975], как ведущего звена нарушения по принципу их большего или меньшего участия в данном процессе. Сторонники аффективного механизма бредообразования в качестве причины возникновения бредовых и сверхценных идей выделяют не только наличие эмоционального переживания, но и трудности эмоциональной регуляции и не дифференцированность аффективного опыта; в то время как концепции когнитивного механизма – нарушение строя и логики суждений.

По аналогии с моделями, описывающими феномены личности и познавательной деятельности в клинической психологии, при рассмотрении механизмов бредообразования также может применяться системный подход. Данный подход, обосновывающий целостность и взаимосвязь аффективно-когнитивных феноменов личности, позволяет рассматривать механизмы бредообразования с точки зрения аффективной репрезентации отношений с окружающими. Эмоциональная направленность переживаний определяет возникающую фабулу бреда с искажением репрезентации взаимоотношений с Другими и/или искажение репрезентации собственного Я. Так, например, фабулы,

связанные с искажением взаимоотношений с другими людьми (бред преследования, отравления и др.), имеют доминирующую эмоциональную направленность в виде страха и тревоги, исходящей от внешнего мира. Возможно, формирование фабул данной группы связано с наличием когнитивных ошибок в оценках происходящего, преимущественной опоры на незначительные признаки в противовес объективным. Вторая группа связана с искаженным восприятием своего Я, при котором угроза, чувство внутренних силы, печаль, радость или другое сильное чувство возникает из самоосознания больного (бред величия, ипохондрический, мистический и др.). Механизм бреодообразования у данной группы может быть связан с нарушением распознавания и репрезентацией собственных телесных/эмоциональных ощущений, трудностями эмоциональной оценки и, в целом, аффективно-когнитивной недифференцированностью и снижением когнитивного контроля.

#### Литература

1. Дементьева Л.А., Чебакова Ю.В. Особенности психологической саморегуляции у подростков с психическим инфантилизмом. // Психология и Психотехника. - 2015. - № 9. - С. 951-963. DOI: 10.7256/2070-8955.2015.9.16109
2. Дементьева Н.Ф. Острый чувственный бред : дис. ... канд. мед. наук. М. 1974. 206 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. 287 с.
4. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991. 254 с.
5. Мегрбян А. А. Психическое отчуждение – ведущее звено в формировании психопатологии шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. 1975. – № 9. – С. 1351-1354.
6. Миникаев В.Б. Клинико-динамическая характеристика бреда ревности при расстройствах шизофренического спектра и факторы риска социально опасных действий: дис. ... канд. мед. наук. М, 2005. 180 с.
7. Портнов В.В. Депрессивно-параноидные состояния при шизофрении (клинико-психопатологическая дифференциация, вопросы прогноза и лечения): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 22 с.
8. Соколова Е.Т. Самоосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во МГУ, 1989. 210 с.
9. Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А., Еникиологов С.Н. Формирование аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела в контексте проблемы психосоматического развития [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 1–25. doi: 10.17759/psyclin.2016050401
10. Westermann S., Lincoln T.M. Emotion regulation difficulties are relevant to persecutory ideation // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. – 2011. – № 84. – P. 273-287.

#### Царева Т.О.

#### Опыт коррекционной работы с опорой на формирование произвольной регуляции психической деятельности дошкольников с задержанным темпом психического развития.

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского, Санкт-Петербург, Россия

**Ключевые слова:** коррекция, дошкольный возраст, задержка темпов развития

Tsareva T.O.

#### Correctional work with reliance on the formation of arbitrary regulation of mental activity of preschool children with a delayed mental development.

Institute of Psychotherapy and Medical Psychology. B.D. Karvasarskogo St. Petersburg, Russia

**Keywords:** correction, preschool age, development delay

**Введение.** По данным Министерства образования РФ за последнее десятилетие число детей с задержкой психического развития увеличилось в два раза. Недоразвитие познавательных способностей отмечается у каждого десятого ребенка. (Т.Я. Сафонова, А.Д. Фролова). В 80% случаев систематическая школьная неуспеваемость обусловлена интеллектуальной недостаточностью, включая задержку темпа развития [1]. По данным ВОЗ, отмечается около 20% детей и подростков с различными типами дизонтогенеза от общей численности. По данным Института мозга человека РАН, число детей с проблемами психического здоровья составляет 15%, а подростков – 20% [2]. Большое внимание в исследованиях клинических психологов, педагогов-психологов и педагогов уделяется проблемам формирования и качественного функционирования познавательных психических процессов и мотивации к познавательной деятельности. Актуальность этой проблемы ставит задачи дальнейшего углубленного ее изучения, разработки эффективных методов и подходов к коррекции и развитию выделенной категории детей. В современной отечественной психологии исследование и формирование познавательных способностей ребенка возможно лишь при рассмотрении его как субъекта учебной (интеллектуальной) деятельности. (Т.А.Власова, М.С.Певзнер, К.С.Лебединская,

В.И. Лубовский) [3, 4, 5]. Известно, что у детей с отставанием в развитии отмечается более низкая способность к обучению, не сформирована ведущая учебная деятельность, познавательная активность значительно снижена в сравнении с детьми с нормальным темпом развития. (У.В. Ульяновская, Т.Д. Пускаева). Без должного коррекционного подхода дети не достигают школьной зрелости ни к 6 годам, ни к 7 годам. В связи с этим проблема развития познавательных процессов у детей дошкольного возраста с задержкой или остановкой психического развития является одним из важнейших вопросов на сегодняшний день. В возрастной, клинической и специальной психологии и педагогике разработано много технологий коррекционного обучения, основанных на исследованиях классиков психологии (Л.С. Выготский, П.Я. Гальперин, Е.А. Стребелева, П.С. Гуревич, В.Н. Дружинин, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Д.И. Фельдштейн, Н.Н. Малофеева, И.А. Коробейникова, В.Д. Шадриков, С.Г. Шевченко, Г.Ф. Кумарина) [6, 7, 8, 9]. Среди базовых принципов коррекционной работы выделяются принцип коррекционной направленности обучения и принцип опоры на сохранное звено нарушенной психической функции, предполагающие активное воздействие на умственное развитие ребенка. (С.Г. Шевченко, Э.Г. Симерницкая, И.Ю. Мапогин) [10, 11, 12]. Программа коррекционно-развивающих мероприятия должна опираться на зону актуального развития ребенка и учитывать зону ближайшего развития (Выготский Л.С.). У детей с задержанным развитием отмечается принципиальное сходство развития основных психических процессов и функций с таковыми у здоровых, развивающихся без отклонения сроков, сверстников. Ведение коррекционно-развивающей работы по отношению к детям с задержанным психическим развитием имеет в основе опору на ведущую деятельность (игровую, учебную). Развитие мышления предполагает движение от непонятого к известному. (Кузнецова Е.М.) Мыслительная деятельность у детей дошкольного возраста с нарушением развития познавательных процессов может формироваться только в системном подходе к коррекции и развитию. Такое поэтапное развитие мышления основано на использовании актуальной ведущей деятельности в качестве ведущего инструмента познания окружающего мира. **Цель сообщения** – показать реальные примеры коррекционно-развивающей работы с детьми с разными вариантами дизонтогенеза в решении диагностических задач и определении образовательной траектории для таких детей. В условиях частной практики и лечении последних лет ведется консультативно-коррекционная поддержка детей с ЗПР и другими типами дизонтогенеза, направленная на поэтапное психическое развитие ребенка со сниженным уровнем или замедленным темпом развития. Рассмотрим несколько конкретных случаев, иллюстрирующих опыт применения выше обозначенного подхода в динамическом наблюдении.

**Иллюстрации. Случай 1.** М., 6 лет 7 месяцев, диагноз ДЦП, умственная отсталость средней степени тяжести. Задача коррекционно-развивающего сопровождения М. определена родителями и специалистами как формирование познавательного интереса, развитие навыков самообслуживания (по этой причине М. не ходила в детский сад) и развитие игровой деятельности. При первичной диагностике у М. проявилось лишь эмоциональное взаимодействие с взрослым, отсутствовала речь, указательный жест, возможность подражания, повторения. На первом этапе коррекционной программы реализовывался нейрокоррекционный подход Т.Г. Горячевой (сенсомоторная коррекция). Постепенно в работу вводились паузы (до минуты), которые провоцировали М. на проявление инициативы в общении (опора на ведущую деятельность), также в процесс общения постепенно привлекались игрушки и прочие предметы. Спустя четыре месяца коррекционной работы (частота встреч 2 раза в неделю) у М. появился указательный жест, звуки, подражание, внимание к продуктам своей деятельности (на примере рисунков), а также интерес к предметам. Сформировались элементы наглядно-действенного мышления, появляются элементы образного (на примере сбора пазлов). Родители отмечают положительную динамику проведенной работы: появился интерес к играм и игрушкам как самостоятельно, так и с взрослым, появилась линейка эмоциональных и поведенческих реакций, появился познавательный интерес к предложенным задачам, М. приобрела рисуночные навыки. В дальнейшем М. прошла ПМПК, поступила в коррекционный детский садик, а впоследствии прошла диагностику на поступление в коррекционную школу.

**Случай 2.** Г., 4,5 года, диагноз сенсомоторная алалия, ЗППР, СДВГ. Родители были направлены учителем логопедом-дефектологом к детскому клиническому психологу (нейропсихологу) для нейрокоррекционной коррекционно-развивающей работы для формирования произвольной регуляторной деятельности с целью преодоления сенсо-моторной алалии. На момент первичной диа-

гностики у Г. выявлялась эхолалия, отсутствие понимания инструкции, задания выполнялись только после примера взрослого с удержанием внимания (вербально, возвращение к упражнению за руку). Ведущим компонентом познавательной деятельности являлась исследовательская предметная работа. В процессе коррекционной работы совместно с учителем логопедом-дефектологом с опорой на поэтапное развитие мышления спустя 5 месяцев у Г. появилось понимание обращенной речи (появилась диалоговая речь, выполнение заданий по инструкции без показа взрослым, а также с применением глухой инструкции). Ведущей деятельностью стала сюжетно-ролевая игра (игра в учителя-ученика, магазин с родителями и старшей сестрой). Родители отметили положительные изменения в интересах и деятельности Г., в связи с чем повторно обратились к врачу. У Г. был снят диагноз сенсомоторная алалия. Родители были нацелены на обучение Г. в коррекционной школе, но после отмеченных изменений и рекомендациям психиатра привлекли специалиста по подготовке к обучению в общеобразовательной школе.

**Случай 3.** М., 4,5 года, диагноз атипичный аутизм. Задачи коррекционной работы определялись как формирование навыков самообслуживания, формирование познавательной деятельности, а также развитие коммуникативных навыков. На момент первичной диагностики ведущая деятельность – непосредственное эмоциональное общение, из других важных характеристик – наличие указательного жеста, недостаточность произвольного внимания. М. привлекали яркие предметы/телефонный звонок, которые на длительное время (более 10 минут) привлекали внимание М, которое переключить было практически невозможно, вплоть переноса времени диагностики (М. закатывал истерику, кричал и плакал, тянул руки мамы в сторону привлекаемого объекта). Спустя 5 месяцев коррекционной программы М. стал выполнять задания по инструкции (в том числе глухой, например, поставленная перед ребенком пирамидка со снятыми кольцами, рисовать), появилось соответствие предметов по цвету, форме (доска Сенена), подражание (повторение движения, глядя на взрослого, рисунки в форме круга, квадрата и треугольника). У М. появился исследовательский интерес, стало возможно переключение внимание к другим предметам, появилась более четкая концентрация на предмете и его свойствах, появились графические навыки (навыки рисования), способность собирать пазлы, М. стал взаимодействовать с взрослым в игре (при выполнении задач). У М. появился исследовательский интерес к окружающему миру, заметно снизилась заикленность на одном предмете, мама отметила включенность М. в совместную деятельность дома, а также тьютер отметил интерес к рисованию, лепке, конструированию, к совместной игре с другими детьми в детском саду, М. стал требовать меньшего сопровождения, меньше внимания.

Таким образом, если вывести на передний план коррекционной работы развитие соответствующих возрасту форм мышления при опоре на ведущую деятельность, то сама коррекционная программа развития может стать гораздо эффективнее, позволяя ребенку приобрести примитивные формы коммуникации (социализации, самообслуживания), она готовит ребенка к учебной деятельности в школе (коррекционной или общеобразовательной). Данный подход отражает современный уровень понимания этой проблемы в детской клинической психологии. Накопленный опыт коррекционной работы с детьми с задержкой или приостановкой психического развития требует дальнейших размышлений с точки зрения методологии работы, но практическая эффективность не вызывает сомнений.

#### Литература

1. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития [Текст]: Учеб. пособие / Л.Н. Блинова - М.: Изд-во НИЦ ЭНАС, 2001. - 136 с.
2. Сухотина Н. К. Психическое здоровье детей и определяющие его факторы // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2013. Т. 113. № 5. Вып. 2. С. 16–22.
3. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии и //Хрестоматия по психологии и//Сост. доп. М., 1987. - С.422.
4. Лебединская К.С. Задержка психического развития.//Хрестоматия. Детская патопсихология. М., 2000. - С.50 -63.
5. 144. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989. - 104с.
6. Специальная психология. Авторы: Богдан Н.Н., Могильная М.М., редактор: Александрова Л.И. – М.:Просвещение, 2013. – 201с.
7. Обухова Л.Ф. Возрастная психология: Учебник. М., 1996.
8. Выготский Л.С. История развития высших психических функций. Собр. соч. в 6 томах. Т. 3. М.: Педагогика, 1983. С. 5-313.

9. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии : Кн. для педагога-дефектолога / Е.А. Стребелева. — М. : Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2005. — 180 с.
10. Смирницкая Э.Г., Мапогин И.Ю. Нейропсихологическая диагностика и коррекция школьной неуспеваемости. М., 1991. - 12 с.
11. Шевченко С.Г. Особенности освоения элементарных общих понятий детьми с задержкой психического развития // Дефектология. 1976. №4. с.20-28.
12. Эльконин Д.Б. Детская психология (Развитие ребенка от рождения до 7 лет). М.: Учпедгиз, 1960. 328 с.

**Царенко Д.М., Юдеева Т.Ю., Довженко Т.В.**

**Нарушение способности к ментализации у больных биполярным аффективным расстройством**

МНИИП - филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ,  
ФГБОУ ВО МГППУ. Москва, Россия  
[dropship@rambler.ru](mailto:dropship@rambler.ru) [psylab2006@yandex.rudtv99@mail.ru](mailto:psylab2006@yandex.rudtv99@mail.ru)

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство, социальное познание, ментализация, социальная мотивация, агрессия

**Tsarenko D.M. Yudeeva T.Yu. Dovzhenko T.V.**

**Impaired ability to mentalize in patients with bipolar disorder**  
V.Serbsky NMRCPN of the MOH Russia, MSUPE, Moscow, Russia.

**Keywords:** Bipolar disorder, social cognition, mentalization, social motivation, aggression

**Введение.** В последнее время научно-практическая проблема нарушений социальной познания при различных психических расстройствах стала одним из главных фокусов внимания клинических психологов и психиатров. В частности, растет количество работ, посвященных понятию ментализации (способности понимать и объяснять себе и другому определенное психическое состояние) как важной основы социальной адаптации. Актуальность исследования нарушения способности к ментализации при биполярном аффективном расстройстве обусловлена распространенностью этого расстройства и его клинической значимостью.

Целью исследования явилась оценка способности к ментализации у больных биполярным аффективным расстройством в сравнении с больными шизофренией, больными тревожными и депрессивными расстройствами и группой здоровых лиц.

**Материалы и методы.** В группу больных биполярным аффективным расстройством (БАР) вошли 25 пациентов с диагнозом БАР, текущий эпизод депрессии разной степени тяжести, мужчин – 7, женщин – 18, средний возраст – 33,52±7,30 лет, средний балл HADS «тревога» – 10,28±4,90, «депрессия» – 9,48±4,18. Группу больных шизофренией составили 87 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения, мужчин – 59, женщин – 28, средний возраст – 34,76±10,07 лет, средний балл HADS «тревога» – 7,30±4,76, «депрессия» – 7,08±4,16. Группу больных тревожными и депрессивными расстройствами (ТД) сформировали 52 пациента, мужчин – 11, женщин – 41, средний возраст – 33,44±11,75 лет, средний балл HADS «тревога» – 10,12±4,90, «депрессия» – 7,88±4,22. Группу здоровых лиц составили 79 человек, мужчин – 31, женщин – 48, средний возраст – 33,25±7,17 лет, средний балл HADS «тревога» – 3,62±2,00, «депрессия» – 3,20±2,31. Все пациенты в группах с психической патологией на момент обследования находились на этапе становления ремиссии. В качестве метода для оценки способности к ментализации был использован тест «Понимание психического состояния по глазам» (Reading the mind in the Eyes), или сокращенно – тест «Глаза» (Eyetest). Более высокий суммарный балл по тесту отражает лучшую способность к ментализации. Для оценки психопатологической симптоматики проводилось клинико-психопатологическое исследование, использовались опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom checklist-90-Revised – SCL-90-R) и госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS). Для оценки социальной мотивации использовалась шкала социальной ангедонии (Revised Social Anhedonia Scale – RSAS). Обработка материалов осуществлялась с помощью методов непараметрической статистики, сравнительного (U критерий Манна-Уитни) и корреляционного (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) анализов.

**Результаты.** Средний суммарный балл по тесту «Глаза» в группе больных БАР составил – 11,72±2,49; в группе больных шизофренией – 10,05±2,50; в группе больных ТД – 12,14±2,63; в группе здоровых лиц – 12,78±1,90. Значимость различий между группами больных БАР и шизо-



френией  $p < 0,01$ ; между группами больных БАР и ТД  $p > 0,05$ ; между группами больных БАР и здоровых лиц  $p < 0,05$ ; между группами больных шизофренией и ТД  $p < 0,05$ ; между группами больных шизофренией и здоровых лиц  $p < 0,001$ ; между группами больных ТД и здоровых лиц  $p > 0,05$ . Полученные данные показывают, что группа больных БАР не имеет значимого отличия по среднему суммарному баллу теста «Глаза» от группы больных ТД, при этом отличается значимо более высокими показателями теста «Глаза» от группы больных шизофренией и значимо более низкими показателями от группы здорового контроля. В группе БАР были выявлены значимые обратные корреляции суммарного балла по тесту «Глаза» с показателями шкалы социальной ангедонии ( $\rho = -0,401$ ), и подшкалы «враждебность/агрессивность» SCL-90-R ( $\rho = -0,554$ ), отражающие связь ухудшения способности к ментализации с ростом социальной ангедонии в виде снижения удовольствия от общения с другими людьми и с повышением раздражительности, неуравновешенности, агрессивности.

**Выводы.** Способность к ментализации у больных БАР является более сохранной, чем у больных шизофренией, не отличается от больных тревожными и депрессивными расстройствами и снижена по сравнению со здоровыми испытуемыми. Ухудшение способности к ментализации у пациентов с БАР взаимосвязано с ростом негативной социальной мотивации в виде избегания социальных контактов и снижения способности получать удовольствие от общения с другими людьми. Способность к ментализации у больных БАР снижается при нарастании симптомов раздражительности, возбудимости, невливости, агрессивности, ярости.

*Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (грант № 14-18-03461) на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России*

**Цехмейструк Е.А.**

**Использование БОС-тренинга на этапе санаторно-курортного восстановления у детей-спортсменов в разные периоды тренировочного цикла**

Томский государственный университет, Томск, Россия,  
mea2887@mail.ru

**Ключевые слова:** БОС-тренинг, восстановление, дети-спортсмены

**Tsekhmeystruk EA**

**The use of BOS-training at the stage of sanatorium recovery in children-athletes at different periods of the training cycle**

Tomsk state University, Tomsk, Russia,

**Keywords:** BOS-training, recovery, children-athletes

**Введение.** Современный уровень высших спортивных достижений предполагает возрастание тренировочных нагрузок и психоэмоционального напряжения, что оказывает негативное влияние на адаптационные возможности организма и уровень стрессоустойчивости [2, 3]. Данное положение обуславливает актуальность и значимость восстановительных мероприятий у детей-спортсменов на всех этапах подготовки. БОС-технологии в практике санаторно-курортного комплекса используют для разных категорий оздоравливающихся с целью снижения тревожности и нивелирования уровня стресса [2, 4]. В рамках спортивной подготовке метод БОС применяют для коррекции негативных состояний у спортсменов и улучшения навыков саморегуляции, необходимой для высоких спортивных достижений [1, 3]. Включение БОС-тренинга как психологического средства восстановления [1] в перечень мероприятий санаторно-курортного оздоровления может оказывать положительный эффект на психоэмоциональную сферу детей-спортсменов, находящихся в разных периодах тренировочного цикла.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе детского отделения Филиала ТНИИКиФ ФГБУ СибФНКиЦ ФМБА России (г. Томск), где в течение 3 недель получали восстановительное лечение 52 девочки в возрасте 10-15 лет ( $11,0 \pm 2,3$ ), занимающихся сложно координационными видами спорта (спортивная и художественная гимнастика). Группа 1 ( $n=30$ ) детей-спортсменов находилась в восстановительном периоде тренировочного цикла, группа 2 ( $n=22$ ) одновременно с проведением восстановительных мероприятий регулярно тренировалась 5-6 раз в неделю 1-2 раза в день по 2-4 часа. Психодиагностические мероприятия проводились в первые и последние дни пребывания. Для исследования психоэмоционального статуса использовались ин-

терпретационные коэффициенты «МВЦ М. Люшера» (работоспособность, уровень стресса, психоэмоциональное напряжение, баллы); тест Ч,Д, Спилберга – Ю.Л. Ханина для оценки ситуативной тревожности (баллы). Для реализации БОС-тренинга использовался комплекс «Biofeedback 2000 x-pert» (CPS, Physiomed GmbH) 3 раза в неделю по 30 минут. Регистрировались частота сердечных сокращений (ЧСС), температура рук (ТР) и электрическая кожная проводимость (ЭКП). Выбор данных параметров связан с их высокой динамичностью, наблюдаемой в процессе расслабления. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакет SPSS. 18.00. Данные представлены в виде «среднее±стандартное отклонение» (M±SD). Для определения достоверности различий зависимых выборок использовался Т-критерий Уилкоксона. (p<0,05).

**Результаты.** Для детей-спортсменов в первые дни прибытия были характерны средний уровень работоспособности, наличие стрессового состояния и психоэмоционального напряжения, умеренный уровень ситуативной тревожности. После проведенных восстановительных мероприятий во всех группах отмечается положительная динамика: повышение работоспособности, снижение уровня стресса и психоэмоционального напряжения, уменьшение ситуативной тревожности, что свидетельствует об улучшении психологического состояния (Диаграмма 1).  
 Диаграмма 1. Динамика показателей психоэмоционального статуса (M±SD), \*достоверная значимость различий между зависимыми выборками (p<0,05).



Положительное влияние психологических мероприятий на состояние спортсменов отмечается при анализе показателей проводимого БОС-тренинга: наблюдается снижение значений ЧСС и ЭКП, и повышение температуры рук (Диаграмма 2). Данные изменения свидетельствуют о получении релаксационного эффекта и улучшении психоэмоционального состояния.

Диаграмма 2. Динамика показателей физиологических параметров (M±SD), \*достоверная значимость различий между зависимыми выборками (p<0,05).



**Выводы.** БОС-тренинг как психологическое средство восстановления, используемое в комплексе с лечебными мероприятиями, способствует повышению работоспособности, снижению уровня стресса, психоэмоционального напряжения и тревожности у детей-спортсменов. Современные технологии (возможность выбора тренинговых программ, фонов, звукового сопровождения и др.) позволяют реализовать индивидуальный подход при использовании БОС-тренинга, повышая мотивацию к занятиям, что имеет особое значение при работе с детьми. Стоит отметить, что порядок проведения БОС-тренинга, предполагающий регулярные и непродолжительные по времени занятия, соответствует процедурному характеру организации санаторно-курортной помощи. Положительное влияние БОС-тренинга на этапе санаторно-курортного оздоровления отмечается у детей-спортсменов в тренировочный и восстановительный периоды тренировочного цикла, позво-

ляя не только улучшить психоэмоциональное состояние, но и повысить навыки саморегуляции, которые особенно важны для достижения результатов в спорте.

#### Литература

1. Гант Е.Е., Орленко Е.М. Психологические средства восстановления психической работоспособности спортсменов / Физическое воспитание студентов. – 2016. – №10. – С.4-9.
2. Левницкая Т.Е., Богомаз С.А., Козлова Н.В., Лучица Ф., Атаманова И. В., Тренькаева Н.А., Щеглова Э.А. Развитие навыков саморегуляции у спортсменов высших достижений // СПДЖ. 2016. №60. С.130-147.
3. Психолого-педагогическое сопровождение спортивной деятельности в контексте самореализации личности: монография [под общ.ред. Л.Г. Уляевой]. – М.: ИПК "ОнтоПринт", 2014. – 232 с.
4. Репс В.Ф. Медико-психологические аспекты здоровья и организации психологического сопровождения рекреационных комплексов // Университетские чтения: материалы научно-методических чтений ПГЛУ. Ч.1. (Пятигорск, 1-12 января 2008 г). – Пятигорск: ПГЛУ, 2008. – С.93-99

**Чебакова Ю.В., Паршуков А.Ю.**

#### Влияние условий социального контекста на обобщение у больных шизофренией

Московский институт психоанализа, Москва, Россия,  
[chebakova.yu.v@mail.ru](mailto:chebakova.yu.v@mail.ru), [mat-tri-x@yandex.ru](mailto:mat-tri-x@yandex.ru)

**Ключевые слова:** шизофрения, обобщение, контекстная обработка, социальный опыт, «химеризация»

**Chebakova Yu.V., Parshukov A.Yu.**

#### Influence of social context conditions on generalization in patients with schizophrenia

Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia

**Keywords:** schizophrenia, generalization, context processing, social experience, "chimerization"

**Введение.** В исследованиях нарушения познавательных процессов при шизофрении, проведенных под руководством Ю.Ф. Полякова [1], в качестве объяснительной модели рассматривались изменения селекции признаков из прошлого опыта вследствие нарушения его вероятностной организации и механизмов социального маркирования, что близко к современным зарубежным исследованиям контекстных эффектов (context effects). Анализ зарубежных работ позволил определить основные методологические вопросы, определяющие интерпретацию проводимых нами эмпирических исследований варьирования социальных контекстных стимулов (условий задания) при обобщении у больных шизофренией: 1) нарушена ли у респондентов данной группы патологии обработка любого социального контекста [1; 2; 3; 4]; 2) является ли механизм нарушения контекстной интеграции единым механизмом нарушения контекстной обработки, независимым от степени социальной опосредованности условий задания [5; 6; 7]; 3) какова роль ситуационного (в частности, эмоционального) контекста в обработке социальных стимулов при шизофрении [8; 9].

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 20 больных шизофренией с умеренно выраженным когнитивным дефектом и 21 респондент без психических заболеваний. Применялся модифицированный вариант экспериментальной методики «Исключение предметов» с тремя сериями проб, предполагающими: 1) варьирование семантических связей между предметами; 2) усиление скрытых, коннотативных, эмоционально нагруженных свойств предметов; 3) варьирование степени социальной вероятности контекста. Производился подсчет ответов по трем типам «ключача» (объективному, отражающему опору на социально-типовой опыт; субъективному – социально значимый типовой опыт; «химерному», при котором обобщение производится на основе нестандартных социальных признаков предметов). Для оценки статистической значимости различий использовался t-критерий Стьюдента.

**Результаты.** В первой серии внешний контекст организован за счет семантических связей между предметами, что непосредственно активизирует внутренний контекст – семантические репрезентации опыта. При этом подсерии 1а и 1б отличаются тем, что в заданиях 1а внешний контекст актуализирует структуры интериоризированного социально значимого типового опыта, а в пробах 1б предполагается двухальтернативный выбор – социально значимый типовой (условно – субъективный) и социально-типовой (объективный) опыт. Обнаружены статистически значимые различия по частоте попадания в субъективный «ключ» в подсерии 1а ( $p=0,026$ ), в то время как в подсерии 1б значимые различия между группой больных шизофренией и контрольной выборкой по данному

параметру не зарегистрированы ( $p=0,176$ ); также различия не выявлены по частоте попадания в объективный «ключ» в подсерии 1б ( $p=0,319$ ).

Во второй серии внешний контекст организован за счет специального усиления скрытых, коннотативных, эмоционально нагруженных свойств предметов (например, усиливается коннотативное, скрытое свойство ножа быть орудием убийства посредством изображения на нем крови). Статистически значимых различий по параметру типа «ключа» не зарегистрировано. В целом и группа патологии, и контрольная выборка реже попадают в субъективный «ключ» и чаще в объективный.

В третьей серии внешний контекст предполагает варьирование его социальной вероятности. Выявлено, что больные шизофренией значимо реже по сравнению с контрольной выборкой дают ответы с объективным «ключом» в подсерии 3б с наличием двух предметов с нестандартным социальным контекстом ( $p=0,015$ ), в то время как в подсерии 3а с наличием только одного такого предмета значимые различия между группами по данному параметру не зарегистрированы ( $p=0,403$ ). Анализ ответов внутри подсерий с учетом степени социальной вероятности контекста выявил, что в подсерии 3б больные шизофренией значимо реже по сравнению с контрольной выборкой дают ответы с объективным «ключом» в заданиях со средневероятным и низковероятным социальным контекстом ( $p=0,016$  и  $p=0,032$  соответственно). Респонденты группы патологии на уровне статистической тенденции ( $p=0,091$ ) чаще дают ответы с «химерным» «ключом» по сравнению с группой контроля в заданиях с высоковероятным нестандартным социальным контекстом.

**Выводы.** У больных шизофренией в качестве нарушения процессов обобщения выявлен дефицит специфического, социально значимого, типового внутреннего контекста при относительной сохранности объективного социально-типового. Обнаружено дезорганизирующее влияние на процесс обобщения усиления внешних контекстных факторов, актуализирующих скрытые, коннотативные, эмоционально нагруженные свойства предметов, приводящее к трудностям контекстной интеграции в обеих группах. В группе патологии выявлено нарушение обработки отрицательного эмоционального контекста при обобщении, выражающееся в аффективной дезорганизации и нецеленаправленных ответах. Показано, что в группе патологии высокая вероятность нестандартного социального контекста способствует более частой «химизации» контекста и опоре на латентные признаки при обобщении по сравнению с контрольной выборкой. У больных шизофренией обнаружено, что средняя и низкая вероятность нестандартного социального контекста приводит к нарушениям процесса обобщения в форме когнитивной дезорганизации и нецеленаправленных ответов вследствие изменения механизмов социального маркирования.

#### Литература

1. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Медицина, 1974. 168 с.
2. Green M. F., Horan W. P., Lee J. Social cognition in schizophrenia //Nature Reviews Neuroscience. 2015. Т. 16. № 10. С. 620-631.
3. Hanm J. A. et al. Metacognition and social cognition in schizophrenia: stability and relationship to concurrent and prospective symptom assessments //Journal of clinical psychology, 2012. Т. 68. № 12. С. 1303-1312.
4. Baez S. et al. Contextual social cognition impairments in schizophrenia and bipolar disorder //PLoS One. 2013. Т. 8. № 3. С. e57664.
5. Notredame C. E. et al. What visual illusions teach us about schizophrenia //Frontiers in integrative neuroscience. 2014. Т. 8.
6. Yang E. et al. Visual context processing in schizophrenia //Clinical Psychological Science. 2013. Т. 1. № 1. С. 5-15.
7. Tibber M. S. et al. Visual surround suppression in schizophrenia //Frontiers in Psychology. 2013. Т. 4.
8. Lee J. et al. An intact social cognitive process in schizophrenia: situational context effects on perception of facial affect //Schizophrenia bulletin. 2012. Т. 39. № 3. С. 640-647.
9. Green M. J. Waldron J. H., Coltheart M. Emotional context processing is impaired in schizophrenia //Cognitive Neuropsychiatry. 2007. Т. 12. №. 3. P. 259-280.

*Публикация подготовлена в рамках поддержанного РФФИ научного проекта № 16-06-00830.*

**Чеплюк А.А., Виноградова М.Г.**

**Выполнение зрительно-перцептивных задач больными с тревожными расстройствами, коморбидными ананкастному расстройству личности**

МГУ им. М.В. Ломоносова, ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», Москва, Россия  
staysha@yandex.ru

**Ключевые слова:** расстройства личности, тревожные расстройства, ананкастное расстройство личности, зрительно-перцептивные задачи

**Chepelyuk A.A., Vinogradova M.G.**

**The performance of visuo-perceptual tasks in patients with anxiety disorders comorbid to obsessive-compulsive personality disorder**

Lomonosov MSU, FSBI " Zakusov Institute of Pharmacology", Moscow, Russia

**Keywords:** personality disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive personality disorder, visuo-perceptual tasks

**Введение.** В настоящее время все больше возрастает количество исследований тревожных расстройств, обусловленное их широкой распространенностью, присутствием тревоги как в нормальном, так и патологическом функционировании, поиском факторов уязвимости к развитию патологических тревожных состояний, а также их взаимосвязью с личностной патологией –обсессивно-компульсивного, зависящего и избегающего расстройств личности [4,5]. Ответы на данные вопросы во многом связаны с традиционными для отечественной психологии исследованиями различных аспектов проблемы взаимодействия «аффекта и интеллекта».

Данные литературы свидетельствуют о статистически значимом повышении частоты встречаемости ананкастного расстройства личности у пациентов с паническими и обсессивно-компульсивными расстройствами [3]. Среди характерных для них когнитивных нарушений указываются трудности переключения (когнитивная ригидность), повышенное внимание к деталям, увеличение латентного времени выполнения заданий, связанного с необходимостью длительного анализа [2].

**Целью** настоящего исследования является изучение особенностей выполнения зрительно-перцептивных задач больными с ананкастным расстройством личности.

**Материал и методы.** Были обследованы 36 пациентов с ананкастным расстройством личности (АРЛ) с генерализованным тревожным, тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами (F41.1, F40.0, F42.0-коды по МКБ-10), средний возраст-31,9±9,8лет. Контрольную группу составили 60 здоровых испытуемых, средний возраст-30,2±8,7лет. Для изучения особенностей решения зрительно-перцептивных задач в исследовании применялся модифицированный нами вариант теста «Включенных фигур» Г. Виткина [1]. Стимульный материал был организован в две серии. В серии I к каждой из основных 12 фигур последовательно предъявлялись восемь простых (всего 96 стимульных ситуаций). В серии II одновременно предъявлялись шесть пар сложных фигур и последовательно восемь простых к ним (всего 48 стимульных ситуаций). Использовались 3 варианта инструкции: «глухая» и две дополнительных (с вербальной и наглядной подсказками, соответственно). Анализировались время выполнения серий I и II, количество выборов простых фигур в структуре сложных в каждой из серий, количество выборов простых фигур в структуре сложных в условиях «глухой» и дополнительных инструкций, число правильных ответов в каждой серии. Полученные результаты сопоставлялись с результатами теста интеллекта Д. Векслера для оценки различных параметров когнитивного функционирования.

**Результаты.** Значимые различия были обнаружены в снижении баллов в субтестах «Шифровка» ( $p \leq 0,001$ ), «Недостающие детали» ( $p \leq 0,001$ ) и «Кубики Коса» ( $p \leq 0,05$ ) у пациентов с АРЛ по сравнению со здоровыми испытуемыми, связанные с выраженным стремлением в точности соответствовать заданному образцу, фиксацией внимания на отдельных деталях изображений (сдвигу мотива скорее на выявление неточностей в изображениях вместо формулирования правильных ответов с недостающими деталями), трудностями переключения с раз выбранного неправильного способа соотнесения частей внутри целого, шоковыми реакциями (удлинение времени выполнения) на непривычное расположение заданного стимула. Пациенты с АРЛ значимо лучше здоровых испытуемых справились с субтестом «Складывание фигур» ( $p \leq 0,04$ ). В модифицированном тесте Г. Виткина пациенты с АРЛ значимо быстрее выполняли серии I ( $p \leq 0,01$ ) и II ( $p \leq 0,001$ ) по сравнению со здоровыми испытуемыми. Количество выборов простых фигур в структуре сложных в серии I не отличалось между группами. При переходе к серии II у пациентов с АРЛ отмечалось статистически значимое снижение числа выборов простых фигур в структуре сложных в сравнении со здоровыми испытуемыми ( $p \leq 0,05$ ). В условиях «глухой» инструкции пациенты с АРЛ делали

значимо больше выборов простых фигур в сравнении со здоровыми испытуемыми ( $p \leq 0,01$ ), в то время, как в условиях дополнительной вербальной инструкции результаты пациентов не отличались от нормативных показателей. В обеих сериях продуктивность пациентов с АРЛ была значимо ниже нормативных показателей ( $p \leq 0,001$ ). У здоровых испытуемых установлена статистически значимая положительная связь между правильными ответами в серии II и «Общим баллом» по тесту Векслера ( $r=0,418$ ,  $p=0,001$ ). У пациентов с АРЛ правильные ответы в серии I были значимо связаны с выполнением субтеста «Кубики Кооса» ( $r=0,540$ ,  $p=0,002$ ).

**Выводы.** Полученное для пациентов с АРЛ снижение показателей невербальных субтестов Векслера свидетельствует о снижении продуктивности деятельности в условиях непосредственно данного внешнего образца. Лучшее выполнение субтеста «Складывание фигур» отражает возможность увеличения продуктивности деятельности при отсутствии внешнезаданного образца. Условия зрительно-перцептивных задач модифицированного теста Г.Виткина являются промежуточными-образец присутствует сначала во внешнем плане (перед поиском простых фигур), а затем он переходит во внутренний-в виде образа искомой фигуры в ее непосредственном отсутствии. В данных условиях у пациентов с АРЛ наблюдается повышение скорости выполнения при снижении результативности деятельности. В условиях «глухой» инструкции происходит нарастание тревоги, увеличение числа ошибочных выборов. При введении дополнительной вербальной инструкции отмечается улучшение выполнения в соответствии с нормативными значениями, в то время как при зрительно-перцептивной подсказке - отклонение от них в сторону крайней осторожности в ответах. У здоровых испытуемых результативность в серии I модифицированного теста Г.Виткина не зависит от параметров когнитивного функционирования, в то время как у пациентов с АРЛ она связана с продуктивностью процессов анализа частей внутри целого. Результативность выполнения серии II модифицированного теста Г.Виткина у здоровых испытуемых напрямую связана с общим интеллектом, в то время как у АРЛ она не обнаруживает связей с какими-либо параметрами когнитивного функционирования.

#### Литература

1. Виноградова М.Г., Шабанова А.А. Методические рекомендации к проведению модифицированного теста Г. Виткина. М., 2014, 48с.
2. Fineberg N.A., Day G.A., de Koenigswarter N., Reghunandan S., Kolli S., Kiri J-S., Hranov G., Laws K.R. The neuro-psychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. *CNS Spectrums*.2015; 20:490–499.
3. Giuseppe U.A. Fomera M.F., Bogettoa F. DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(5):325-332.
4. Osma J., García-Palacios A., Botella C., Barrada J.R. Personality disorders among patients with panic disorder and individuals with high anxiety sensitivity. *Psicothema*. 2014;2 (26):159-165.
5. Starcevic V., Castle D.J. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior. *Handbook of Stress*, Volume 1. In: FINK G, ed. Amsterdam, Boston, Heidelberg, London, New York, Oxford, Paris, San Diego, San Francisco, Singapore, Sydney, Tokyo: Elsevier. 2016:203-211.

**Черенева Е.А., Гуткевич Е.В.**

**Структурно-функциональная модель организации произвольного поведения у детей в норме и с нарушениями интеллектуального развития<sup>1</sup>**

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева» НИ ТГУ, НИИ ПЗ, Томский НИМЦ.  
[elen\\_kom@bk.ru](mailto:elen_kom@bk.ru); [gutkevich.elena@rambler.ru](mailto:gutkevich.elena@rambler.ru)

**Ключевые слова:** произвольное поведение, нарушение интеллектуального развития

**Chereneva E. A. Gutkevich E. V.**

**Structural and functional model of arbitrary behavior in children in norm and with intellectual development disorders**

V.P. Astafiev Krasnoyarsk State Pedagogical University, National Research Tomsk State University,  
Tomsk, Russia

**Keywords:** arbitrary behavior, violation of intellectual development

<sup>1</sup> Публикуется в авторской редакции (прим. ред.сборника)

Введение. В теории и практике психологической науки не ослабевает интерес к изучению детерминант произвольного поведения как фактора формирования эмоционально-личностной сферы и индикатора социально-психологической адаптации индивида. В теории открытых самоорганизующихся психологических систем (В.Е. Ключко, О.М. Красноярцева и др.), современной семьи в аспекте психологии здоровья личности (Гуткевич Е.В.), в общей теории ригидности Г.В. Залевского, в исследованиях, выполненных на стыке этих теорий (Э.В. Галажинский, И.О. Гилева, И.А. Тепленева, О.Б. Шептенко и др.) содержится много оснований, позволяющих развивать методологическую концепцию современного человекознания, разработку критериев оценки психического здоровья [1, 3, 5]. Проблема исследования психической регуляции в детском возрасте является одной из актуальных проблем современности. Сегодняшние тенденции развития современного общества говорят о возникновении большого количества психических расстройств, вызванных различными этиопатогенетическими факторами [2, 4]. Актуальность проблемы исследования вызвана следующими положениями:

Необходимость теоретического осмысления результатов отечественных и зарубежных исследований, недостаточно представленных в отечественной психологии исследований в области изучений произвольной регуляции в детском возрасте при нормальном и нарушенном интеллектуальном развитии.

Дефицитом отечественных сравнительных исследований в области теории и практики диагностики и коррекции произвольного поведения детей с нарушениями интеллектуального развития, как дополнительной возможности понимания механизмов формирования личности детей в норме и нарушениями интеллектуального развития, поиске дополнительных ресурсов развития и коррекции эмоционально-личностной сферы.

Материал и методы исследований.

Концепцию структурно-функциональной модели произвольного поведения детей в норме и с нарушениями интеллектуального развития можно представить в следующих тезисах:

Концепция динамического изучения произвольного поведения у детей младшего школьного возраста в норме и патологии отражена во взаимосвязанных уровнях личностной организации. Разработанные нами уровни определяют не только характеристики и их динамическую структуру саморегуляции, но и особенности эмоционально-личностный опыт индивида, влияющий на формирование личности в целом. Мы выделяем следующие уровни произвольного поведения и их структурные компоненты: личностно-смысловой, когнитивный, регулирующий.

Оценка уровней произвольного поведения у детей младшего школьного возраста в норме и патологии базируется на следующих параметрах:

самооценка, уровень притязаний, установки, защитные механизмы поведения, перцепции (гештальты) - личностно-смысловой уровень;

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

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

Выделенные уровни и параметры базируются на осях диагностики: клиническая, патопсихологическая и социально-психологическая. Клиническая ось представляет собой оценку уровня интеллектуального развития, патопсихологическая динамическое изучение эмоционально-личностной сферы, социально-психологическая ось предполагает динамическое исследование системы детско-родительских отношений в детском возрасте. Комплексная система оценивания произвольной регуляции поведения генерализируют производные: когнитивные стратегии произвольной регуляции и особенности интеракций с другими людьми [2, 4, 5].

Данная модель уделяет огромное внимание процессу научения и влиянию окружающей среды, но, одновременно подчеркивает, что в развитии и в коррекции нарушений произвольного поведения главную роль играет индивидуальный эмоционально-личностный опыт, через который индивид опосредует/обрабатывает информацию.

Для разработки модели нами были использованы следующие методы: метод лонгитюдного наблюдения, беседа с участниками эксперимента и методики: «Детский апперцептивный тест (САТ) для изучения защитных механизмов, установок» (в интерпретации Мери Р. Хевортс – опре-

деления ведущих защитных механизмов поведения, а также использовали интерпретацию Г. Мюррея и модификации Бурлаковой и Олешкевич – определение особенностей апперцептивного поведения); «Опросник Ахенбаха для родителей для изучения проблем адаптации испытуемых»; «Методика PARI» (опросник родительских установок); графический тест «Звезды и волны» (У. Авеллалемант); графический тест «Дом – Дерево – Человек» Дж. Бука и Л. Кауфмана в модификации Р.В. Беляускайте; «Методика по изучению самооценки испытуемых» (методика Дембо-Рубинштейн). Также нами разработана карта наблюдения по оценке уровня произвольного поведения и типа стратегий поведения (Е.А. Черенёва, 2017).

#### **Выводы.**

Формирование произвольной регуляции поведения ребенка является непрерывным полидeterminированным процессом, представленным в виде индивидуальной субъектно-объектной траектории развития индивида, которая отражается через систему детско-родительских отношений.

Закономерности и механизмы формирования структурно-динамической модели произвольной регуляции детей с сохранным и нарушенным интеллектом имеют общие закономерности и принципы формирования.

Концепция динамического изучения произвольного поведения у детей младшего школьного возраста в норме и патологии отражена во взаимосвязанных уровнях эмоционально-личностной организации: личностно-смысловой, когнитивный, регулирующий, формируемые вследствие индивидуального психического развития.

Когнитивные стратегии произвольной регуляции поведения в детском возрасте влияют на формирование адаптивных/неадаптивных стратегий поведения и особенности интеракций с другими людьми и в большей степени зависят от индивидуального эмоционально-личностного опыта и уровня интеллектуального развития.

#### **Литература**

1. Гуткевич Е. В. Семья и психические расстройства (генетика, превенция, этика). – Изд-во Palmarium Academic Publishing. – Saarbrucken, Deutschland / Германия, 2014. – 228 с.
2. Черенёва Е.А., Гуткевич Е.В. Теоретико-методологический анализ предпосылок построения концепции изучения регуляции поведения детьми с интеллектуальными нарушениями. // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. - 2017. № 2 (40). - С. 180-186.
3. Черенёва Е.А. Неосознаваемые мотивы и смысловые установки личности у детей с нарушенным интеллектом. Сибирский вестник специального образования / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2012. № 3. URL: <http://sibsedu.kspu.ru> [Электронный ресурс].
4. Черенёва Е.А. Саморегуляция учебной и внеучебной деятельности у учащихся 5-6-х классов специальных (коррекционных) школ VIII вида: монография./ Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск - 2008. – 261 с.
5. Cherenewa E.A. Unconscious mechanisms of social and psychological adaptation of mentally retarded children // Журнал Сибирского федерального университета. Серия: Гуманитарные науки. 2014. Т. 7. № 9. С. 1620-1626.

**Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э.**

#### **Сочувствие к себе как важный антисуицидальный фактор**

МНИИП филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, ФГБНУ НИЦПЗ, Москва  
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова  
Вятский государственный университет, Киров, Россия

**Ключевые слова:** суицидальность, сочувствие к себе, антисуицидальный фактор, гендерные различия

**Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Drovosekov S.E.**

#### **Self-compassion as an important antisuicidal factor**

Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of the V.Serbysky NMRCPN of the MOH Russia,  
FSBSI MHRC, Moscow, Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia  
Vyatka State University, Kirov, Russia

**Keywords:** suicidality, self-compassion, protective factor, gender differences

Сочувствие к себе является относительно новым понятием в позитивной психологии, которое ввела пионер в этой области К. Neff [2003]. Оно базируется, с одной стороны, на буддистской традиции отношения любви и доброты к миру и себе, а с другой – на традиции западной психологии



(«безусловное положительное отношение» [К. Роджерс, 2001], «безусловное самопринятие» [А. Эллис, 2002]), а также близко к понятию эмоционального интеллекта [Д. Голлман, 2013], так как данный конструкт подразумевает тонкое распознавание и балансировку собственных переживаний.

С другой стороны, понятие сочувствия к себе близко подходит к области исследования самооценки. Однако, авторы подхода строго разделяют эти сферы, говоря, что попытки заработать высокую самооценку часто приводят к негативным последствиям (нарциссизму, предрассудкам, буллингу), в то время как сочувствие к себе (более мягкое и бережное отношение к себе и окружающим) не несет такого вреда, так как принимает несовершенства этого мира и в то же время побуждает быть лучше (внимательнее, добрее).

Недавние исследования показывают, что сочувствие к себе тесно связано со сниженными показателями психопатологии и психологическим благополучием [С. Germer, К. Neff, 2013], со сниженным психологическим стрессом у подростков [I. Marsh, S. Chan, A. MacBeth, 2017], а также со сниженной суицидальностью [J. Rabon, F. Sirois, J. Hirsch, 2017].

К. Нефф выделяет три измерения данного конструкта: доброту к себе (и ее противоположность – самокритику), чувство общности с человечеством (против изоляции) и внимательность (или осознанность, против повышенной идентификации с проблемой). Автор разработала шкалу для оценки уровня сочувствия к себе, разделив ее, соответственно, на 6 субшкал (3 позитивных и 3 негативных). Структура опросника подтвердилась на многочисленных выборках из разных стран мира [I. Toth-Kiraly, V. Bothe, G. Orosz, 2017]. На данный момент нами на выборке 221 студентом (50 мужчин, 171 женщина, возраст  $19,7 \pm 1,19$ ) проведено исследование, в котором методом эксплораторного факторного анализа удалось выделить 2 ведущие шкалы (общую позитивную – собственно сочувствие к себе, и общую негативную – самокритику) [К. Чистопольская и соавт., 2017].

В данном исследовании общий балл сочувствия к себе коррелировал со шкалами «негативного прошлого» опросника временной перспективы Ф. Зимбардо ( $r = -0,52, p < 0,001$ ), «душевной боли» ( $r = -0,47, p < 0,001$ ), а также «страхом смерти» и «принятием смерти как бегства» методики «Отношение к смерти» ( $r = -0,14, p < 0,01$  и  $r = -0,14, p < 0,05$  соответственно), со шкалой «внутреннее смятение» опросника «Причины суицидальной попытки» ( $r = -0,13, p < 0,05$ ); положительно – с общим баллом жизнестойкости ( $r = 0,61, p < 0,001$ ), шкалой «способность к выживанию и совладанию» методики «Причины для жизни» М. Линехан ( $r = 0,23, p < 0,01$ ), шкалами социальной поддержки Г. Зимета («поддержка семьи» –  $r = 0,27, p < 0,001$ , «поддержка друзей» –  $r = 0,17, p < 0,01$ , «поддержка значимого другого» –  $r = 0,23, p < 0,01$ ).

Все эти методики применяются в исследовании суицидального риска, и следующим нашим шагом стала попытка связать конструкт сочувствия к себе непосредственно с суицидальными проявлениями личности, а также проверить взаимодействие данной переменной с полом респондентов, поскольку среди молодых мужчин и женщин сочувствие к себе может иметь различные (положительные и отрицательные) коннотации.

В новом исследовании участвовало 193 студента (58 мужчин, 135 женщин,  $20 \pm 2,18$ ). Женщины оказались более склонны к суицидальному поведению ( $\chi^2 = 6,323, p = 0,012$ ), что соответствует данным мировых исследований: в европейском регионе женщины совершают больше суицидальных попыток, однако мужчины – больше завершённых суицидов [WHO, 2002].

На первом шаге модерационного анализа с баллом по «Опроснику суицидального поведения» как зависимой переменной, полом и баллами по шкале сочувствия к себе как независимыми переменными, были получены следующие результаты:  $R^2 = 0,26, F(2,190) = 32,71, p < 0,001$ . Затем была добавлена переменная взаимодействия пола и баллов по шкале сочувствия к себе, которая привела к значимой прибавке в объяснении вариаций суицидального поведения,  $\Delta R^2 = 0,03, \Delta F(1,189) = 6,62, p = 0,01, b = 1,75, t(189) = 2,57, p = 0,01$ . Женщины, набравшие низкий балл по шкале сочувствия к себе, были более склонны к проявлениям суицидальности, в то время как для мужчин балл сочувствия к себе не был значим для объяснения суицидального поведения.

На данном этапе можно только предполагать, почему так происходит, и есть гипотеза, что сочувствие к себе считается в нашем культурном контексте более приемлемым самоотношением для женщин, в то время как мужчин учат быть жестче к себе, и признание, к примеру, что «Я стараюсь относиться к себе с любовью, когда испытываю душевную боль», для них менее приемлемо. В таком случае, возможно, в будущем следует также учитывать фактор социальной желательности.

Тем не менее, конструкт сочувствия к себе оказался важным для объяснения суицидального поведения. Требуются дальнейшие исследования для понимания взаимодействия этой переменной с переменной пола и их вклада в проявления суицидальности.

#### Литература

1. Голдман Д. Эмоциональный интеллект: почему он может значить больше, чем IQ. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013.
2. Роджерс К. Становление личности: Взгляд на психотерапию. М.: Эксмо, 2001.
3. Чистопольская К.А., Ениколов С.Н., Николаев Е.Л. Сочувствие к себе: защитный фактор при суицидальном поведении. // Школа В.М. Бехтерева: От истоков до современности. / Ред. Н.Г. Незнанов и др. – СПб, Алта-Астра, 2017. С. 486-488.
4. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой психотерапии. С-Пб.: Речь, 2002.
5. Gemmer C.K., Neff K.D. Self-compassion in clinical practice. // Journal of Clinical Psychology: In Session. 2013. Vol. 69, P. 856-867.
6. Marsh I.C., Chan S.W.Y., MacBeth A. Self-compassion and psychological distress in adolescents – a meta-analysis // Mindfulness. P. 1-17. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
7. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself // Self and Identity, 2003. Vol. 2, P. 85-101.
8. Rabon J.K., Sirois F.M., Hirsch J.K. Self-compassion and suicidal behavior in college students: Serial indirect effects via depression and wellness behaviors // Journal of American College Health, 2017. P. 1-9. <https://doi.org/10.1080/07448481.2017.1382498>
9. Toth-Kiraly I., Bothe B., Orosz G. Exploratory Structural Equation Modeling Analysis of the Self-Compassion Scale // Mindfulness, 2017. Vol. 8, P. 881-892.
10. World Health Organization. Self-directed violence, 2002. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/factsheets/en/selfdirectedviolfacts.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/selfdirectedviolfacts.pdf)

**Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Вагайцева М.В.**

**Подготовка клинических психологов для работы в области онкопсихологии**

ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России,  
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ,  
ФГБОУ ВО СПбГУ, ФГБОУ ВО СПбГПУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, СПбГКУЗ «Хоспис №1»  
Санкт-Петербург, Россия  
[vculkova@mail.ru](mailto:vculkova@mail.ru), [vi-lena1@mail.ru](mailto:vi-lena1@mail.ru), [7707170m@gmail.com](mailto:7707170m@gmail.com)

**Ключевые слова:** онкологическое заболевание, психическая травма, онкопсихология

**Chulkova V.A., Pestereva E. V., Vagaytseva M.V.**

**Training of clinical psychologists for work in the field of oncology**

FSBT<sup>1</sup>NMRC of Oncology n.a. N.N. Petrov<sup>2</sup> MOH Russia,  
FSBEI HE "NWSMU n.a. I.I. Mechnikov" MOH Russia, FSBEI HE "St. Petersburg State University",  
FSBEI HE "St. Petersburg SPMU" MOH Russia, 5St. Petersburg Hospice №1, Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** oncological disease, trauma, oncopsychology

В настоящее время во всем мире, в том числе и в России, наблюдается увеличение числа людей с онкологическими заболеваниями [1]. Развитие медицинской науки и использование высокотехнологичных методов лечения этой категории пациентов переводят рак в разряд хронических заболеваний и позволяют продлевать жизнь онкологическим больным.

Постановка диагноза онкологического заболевания разрушает безопасное существование человека, так как возникает реальная угроза жизни и неопределенность будущего. Теперь вся его жизнь делится на до и после болезни. При этом жизнь после болезни не гарантирована и возможна только в результате длительного, агрессивного и нередко калечащего лечения. К этому стоит добавить, что в ситуации онкологического заболевания больной не может контролировать саму болезнь, а причины, ее вызвавшие, представляются ему не только непонятными, но и отражают страхи, имеющиеся в обществе перед этой коварной болезнью. Как правило, меняется социальный статус пациента и снижается его материальное благосостояние. Вследствие этого, заболевание раком сопровождается чрезвычайным эмоциональным напряжением, свидетельствующим о тяжелых и мучительных переживаниях больного. Переживания больного в ситуации онкологического заболевания создают угрозу его психической травматизации. [4]. Ситуация онкологического заболевания не проходит бесследно ни для одного пациента и, практически, ни для одной семьи, имеющей онкологического

больного. В этой связи возникает необходимость создания службы психологического сопровождения онкологического больного и его семьи.

Следует отметить, что еще во второй половине прошлого века существовало понимание важности учета психологических факторов в лечении и реабилитации онкологических пациентов, которое было основано на психологических исследованиях больных раком [2]. Увеличивающиеся возможности лечения онкологических больных, создающие предпосылки более длительной и качественной их жизни, приводят к изменениям современного общества по отношению к онкологическим больным и вызывают интерес и желание психологов работать в области онкологии. Вместе с этим, возрастают и требования к подготовке психологов, которые приходят в онкологическую клинику. В настоящее время необходимым условием работы психолога в медицинском учреждении, в том числе онкологическом, является его подготовка в области клинической/медицинской психологии, которая позволяет специалисту работать с человеком, учитывая закономерности функционирования психики больного и его адаптации к ситуации заболевания. Однако программы по подготовке клинических психологов в большей степени обеспечивают их обучение работе с пациентами психоневрологических и психиатрических учреждений и в меньшей степени с пациентами психосоматических и, тем более, онкологических клиник. Вместе с тем, специфика онкологического заболевания создает совершенно уникальные переживания человека, оказавшегося перед лицом витальной угрозы в кризисной или экстремальной ситуации заболевания, важнейшим признаком которых является опасность психической травмы. При травме информация извне (в данном случае диагноз онкологического заболевания) оценивается личностью как непереносимая для существования. Психическая травма при заболевании раком отличается от других психических травм: во-первых, невозможно разделить травмирующее событие от самого человека, поскольку угроза, которую несет в себе болезнь, исходит не из внешней среды, а находится внутри организма; во-вторых, опасное для жизни заболевание - таковым является рак - угрожает будущей жизни человека, в отличие от других видов травм, которые, как правило, являются событиями прошлого, запечатленными в памяти и влияющими на настоящее [3]. Следствием психической травмы являются различные виды дезадаптации пациента, выражающиеся в невозможности принять злокачественный характер заболевания и приспособиться к заболеванию (даже несмотря на успешное лечение) и в усилении невротической и психосоматической симптоматики. Крайняя степень дезадаптации больного проявляется в возникновении посттравматических стрессовых расстройств [5] и суициде больного.

Следует обратить внимание на то, что для психолога в онкологии есть угроза вторичной психической травмы, поэтому очень важны критерии подбора специалистов для работы в этой области. Особое внимание следует уделить психологам, которые выбирают данную работу для того, чтобы справиться с собственной психической травмой, в том числе, возникшей в результате болезни или утраты близкого.

В Санкт-Петербурге в Национальном медицинском исследовательском центре онкологии им. Н.Н. Петрова (НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, ранее - НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова) Минздрава России существует программа повышения квалификации клинических психологов в области онкопсихологии. Программа сформирована с учетом многолетних научных психологических исследований и опыта консультативной работы медицинских психологов, являющихся сотрудниками НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, а также опыта работы медицинских психологов других онкологических учреждений города, включая Хоспис. Программа основана на концептуальном подходе, который разработан на кафедре психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии СПбГУ и с позиций которого ситуация онкологического заболевания определяется как экстремальная и кризисная [5]. В программе рассматриваются различные аспекты и методы профессиональной психологической помощи онкологическим пациентам и их родственникам, включая психологическую работу в Хосписе, а также вопросы психологической помощи врача-онколога больному, уделяется внимание профилактике эмоционального выгорания. Обязательным частью программы является знакомство психологов с общими вопросами клинической онкологии. Создание программы продиктовано стремлением повысить уровень подготовленности онкопсихологов.

## Литература

1. Мерабишвили В.М. Злокачественные образования в Северо-Западном федеральном округе России. Экспресс-информация. Третий выпуск (заболеваемость, смертность, контингенты, выживаемость). // под ред. проф. А.М. Беляева. – СПб.: «Книга по требованию». - 2017. – 282 с.
2. Реабилитация онкологического больного// под ред. член-корр. АМН СССР, проф. Н.П. Напалкова. – Ленинград. - 1979. – 157 с.
3. Тарабрина Н.В., Ворона О.В., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы // М: Институт психологии РАН, - 2010. – 175 с.
4. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник СПб университета. – 2010.- Сер. 12, Вып. 1. – С. 185-191.
5. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Заболевание с витальной угрозой: и экстремальная ситуация, и психологический кризис // Учебник «Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия» под ред. д. психол. н. Н.С. Хрустальной - Глава 5. – СПб.: Изд-во СПбГУ. -2014. – С.223 - 271.

**Шайгерова Л.А., Шилко Р.С., Долгих А.Г.**

**Этнокультурная обусловленность психического здоровья и психологического благополучия**  
МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия  
[rshilko@mail.ru](mailto:rshilko@mail.ru)

**Ключевые слова:** психическое здоровье, этнокультурные различия, психологическое благополучие, норма и патология

**Shaigerova L.A., Shilko R.S., Dolgikh A.G.**

**Ethnocultural influence on mental health and psychological well-being**  
Lomonosov MSU, Moscow, Russia

**Keywords:** mental health, ethno-cultural differences, psychological well-being, normal and abnormal

Современные представления о проблеме влияния культуры, этничности и религиозных убеждений на психическое здоровье и психологическое благополучие отличаются разрозненностью и противоречивостью, объединяясь в два крупных противоположных направления, одно из которых рассматривает психическое здоровье и психологическое благополучие в тесной связи с этнокультурным контекстом, тогда как другое делает больший акцент на универсальности феноменов, рассматриваемых в этой области.

В последнее время всё больше приверженцев обретает культурно специфический подход к психическому здоровью и психологическому благополучию, сменяя господствующий на протяжении десятилетий культурный универсализм. Представления о культурной обусловленности взглядов на психическое здоровье и психологическое благополучие развиваются и постепенно подвергаются пересмотру в психологии и психиатрии под воздействием роста результатов исследований, выполненных в культурах, отличных от западноевропейской и североамериканской. В литературе анализируются культурно специфические синдромы, предрасположенность к различным психическим расстройствам и психозам или особенностями их протекания у представителей разных культур и народов, культурные различия в представлениях о психологическом благополучии; обсуждается культурная обусловленность когнитивных аспектов психологического благополучия и психического здоровья, а также особенности восприятия нарушений психического здоровья в разных культурах, среди мигрантов и этнических меньшинств [1, 2, 3, 4, 5].

Разрабатываются и обсуждаются диагностические инструменты, предназначенные для выявления влияния культуры на психическое здоровье, и способы их внедрения в практику специалистов – психологов, психотерапевтов, врачей, социальных работников [6]. Изменение представлений о роли культуры в понимании психического здоровья и выявлении психических расстройств нашло своё отражение и в последней версии Руководства по диагностике и статистике психических расстройств DSM-V [7]. Так, использовавшееся в предыдущей версии DSM понятие культурно зависимого синдрома было заменено тремя различными концептами: культурный синдром, культурный способ выражения дистресса и культурно обусловленная воспринимаемая причина психического заболевания. Кроме того, в руководстве представлена разработанная схема полуструктурированного интервью по проблемам, связанным с влиянием культуры на психику, а в качестве дополнения к DSM-V выпущено совместимое с его принципами Клиническое руководство по культурной психиатрии [8].

Одновременно с распространённостью этнокультурно специфических подходов, на протяжении последних 25 лет набирает силу противоположный, основанный на универсализме, глобальный подход в области психического здоровья и психологического благополучия (Global Mental Health). Данный подход содействует укреплению глобализации и вестернизации в сфере диагностики и оказания психологической и психотерапевтической помощи. В его рамках переводятся с английского языка (на котором как правило создаются методики) на другие языки и адаптируются методы психодиагностики, получают распространение в мировой практике методы оказания помощи и подходы к лечению. Критики данного подхода усматривают причину его привлекательности преимущественно в связи с интересами психофармакологической индустрии, стремящейся к расширению рынка своей продукции в глобальном масштабе [9]. В то же время, культурный универсализм в области психического здоровья и психологического благополучия имеет свои положительные стороны, обеспечивая возможность сравнений результатов исследований, полученных в разных странах и разных популяциях с целью объединения усилий в глобальном поиске современных методов психодиагностики и оказания помощи.

Критический анализ литературы в рамках обозначенных подходов в области этнокультурной обусловленности психического здоровья и психологического благополучия свидетельствует об острой актуальности разработки соответствующего профессиональной этике и основанного на соблюдении прав человека гибкого непредубежденного подхода к проведению и анализу исследований, психодиагностике и оказанию психологической и психотерапевтической помощи.

#### Литература

1. Солдатова Г.У., Шайгерова Л.А., Калинин В.К., Кравцова О.А. (2002). Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности. М.: Смысл. 480 с.
2. Gopalkrishnan N., Babacan H. (2015). Cultural diversity and mental health // Australian Psychiatry, Vol. 23(6), Sup. 6-8. doi: 10.1177/1039856215609769
3. Suchy, Y. (2016). Population-based norms in crisis. Clinical Neuropsychologist, 30, 973–974.
4. Fernando S. (2014). Globalization of psychiatry – A barrier to mental health development // Int Rev Psychiatry, 26: 551–557.
5. Yamaguchi A., Kim M.-S. (2015). Effects of self-construal and its relationship with subjective well-being across cultures // Journal of Health Psychology, Vol. 20 (1), 13-26. doi: 10.1177/1359105313496448
6. Groen S., Richters A., Laban C., Devillé W. (2017) Implementation of the Cultural Formulation through a newly developed Brief Cultural Interview: Pilot data from the Netherlands // Transcultural Psychiatry, Vol. 54(1), 3-22. doi: 10.1177/1363461516678342
7. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edn. (2013). Washington, DC: American Psychiatric Association.
8. Зинченко Ю. П., Шайгерова Л. А. (2014). О некоторых методологических проблемах DSM-5 // Национальный психологический журнал. Т. 3, № 15, 52–58. DOI: 10.11621/npj.2014.0306
9. Ecks S. (2016). Commentary: Ethnographic critiques of global mental health // Transcultural Psychiatry, Vol. 53(6), 804–808. doi: 10.1177/1363461516678720

*Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект №17-29-02506.*

**Шалина О.С.**

**Нейропсихологический статус подростков с сахарным диабетом 1-го типа**

МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия  
[shalinaya@yandex.ru](mailto:shalinaya@yandex.ru)

**Ключевые слова:** нейропсихологический статус, энцефалопатия, сахарный диабет

**Shalina O.S.**

**Neuropsychological Status in Adolescents with Diabetes Type 1**

A.I. Yevdokimov MSUMD MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** neuropsychological status, encephalopathy, diabetes T-1

**Введение.** Полноценное интеллектуальное развитие человека – длительный и многофакторный процесс, идущий с раннего возраста. И структурно-функциональная целостность головного мозга является фундаментом полноценного развития. Но патологически высокий и патологически низкий уровни глюкозы в крови пагубны для клеток нервной системы и приводит к энцефалопатии. Зада-

чей данного исследования видится определение заинтересованных нейропсихологических факторов при патологическом уровне сахара в крови.

**Материал и методы.** Представлены данные пилотажного нейропсихологического обследования 30 пациентов (подростки с сахарным диабетом 1-го типа, проходящие очередной курс стационарного лечения в отделении эндокринологии №1 Российской детской клинической больницы в возрасте 12-18 лет). Проводится сравнение пациентов, разделенных на подгруппы в соответствии с типом компенсации сахарного диабета (компенсированная форма течения заболевания, декомпенсированная форма (гипергликемия) и частый гипогликемии). Использовались стандартные и модифицированные нейропсихологические пробы, направленные на диагностику состояния структур I, II и III функциональных блоков мозга. В оценке выполнения проб использовались нормативы для взрослой популяции [2, 3], в плане приписывания баллов и оценки результатов в ряде методик использовались критерии и протокол, предложенные Лабораторией нейропсихологии МГУ [1]. Всего было проведено 16 проб, по которым были получены 77 показателей. Состояние I функционального блока мозга оценивалось по показателям: тонус, темп деятельности, утомляемость, импульсивность, гиперактивность и обобщенный показатель нейродинамики. Состояние III функционального блока оценивалось по показателям: самокоррекция, ресурс (возможность произвольно повышать результативность деятельности по мотивирующей инструкции), продуктивность внимания. На стыке функционального значения структур этих двух блоков мозга оценивались показатели «инертности» и «серийной организации движений». Состояние II функционального блока оценивалось по показателям: слухо-речевая память, зрительно-пространственная координация, интегративный показатель правополушарных функций.

**Результаты.** Практически у всех пациентов наблюдаются нарушения тонуса (63,3%), преобладает фоновое снижение тонуса по типу гипоактивации. Импульсивность явно выражена практически у половины выборки (43,3%) пациентов, без значимости различий между группами. Обобщенный показатель нейродинамики свидетельствует о недостаточности функций I блока мозга практически во всей выборке. В контрольной группе (компенсированная форма) преобладают сниженные либо нормальные показатели нейродинамических компонентов деятельности. В декомпенсированной группе с гипергликемией наблюдается либо сниженные, либо повышенные показатели нейродинамики. Обнадеживают данные по показателю «самокоррекция»: налицо достаточно благополучная картина успешной компенсации допускаемых в деятельности ошибок (56,7%). Но показатели продуктивности внимания ниже. Сравнение групп по результатам теста Струпа выявляет различия по показателю ошибок во второй части теста и разности в количестве ошибок в двух пробах (компенсированная группа справляется с заданием лучше, чем декомпенсированная). Широко представлена в выборке недостаточность произвольного контроля, например, при выполнении конфликтных заданий или переключении на новую инструкцию (более 83%). По сравнению с компенсированной группой, показатели проб на серийную организацию движений хуже в декомпенсированных группах. Инертность в том или ином виде проявляется обширно (70%). Показатели слухоречевой памяти неоднородны. Большинство пациентов демонстрировали либо тенденцию к интерференции при воспроизведении рядов слухоречевых стимулов, либо влияние интерференции (83,3%).

**Резюме.** Большинству пациентов выборки присущи нейродинамические нарушения, недостаточность тонуса, активации деятельности. Часты случаи инертности, которые, с учетом успешной самокоррекции, могут свидетельствовать именно о недостаточности подкорковых структур и их восходящего влияния на корковые зоны. При этом, в той или иной степени недостаточны функции произвольного контроля, динамические характеристики деятельности, показатели серийной организации движений. В плане ресурсного потенциала пациентов можно определить возможность повышения продуктивности деятельности за счёт произвольного внимания, внешней экстернизации деятельности, использования дополнительных средств самоорганизации. Декомпенсированные группы демонстрируют более частые случаи недостаточности тонических компонентов деятельности, меньшую устойчивость и продуктивность в работе в зашумленных, конфликтных условиях, более выраженную заинтересованность структур левого виска и более выраженную правополушарную симптоматику. На основании полученных данных предикторами энцефалопатии можно определить прежде всего недостаточность нейродинамических компонентов деятельности, обеспе-

чиваемых структурами I функционального блока мозга, а также неустойчивость к интерферирующим воздействиям, которые объясняются не только нарушением произвольного контроля, но и слабостью «энергетической» составляющей.

Одним из перспективных продолжений этого исследования видится набор большей по численности выборки и использование метода контрастных групп, когда появится возможность сравнить пациентов не только по форме течения заболевания, но и по стажу заболевания. Также необходимо более четкое выделение дисфункций I функционального блока по сравнению с вторичной заинтересованностью структур III функционального блока. Немаловажно, что реакции со стороны глубинных структур мозга являются универсальными при воздействии на мозг практически любых негативных факторов. Соответственно, сопоставление данных нейропсихологического обследования пациентов разных нозологических групп повысит надежность результатов и обоснованность выводов.

#### Литература

1. Методы нейропсихологического обследования детей 6-9 лет / Под общей редакцией Т.В. Ахутиной. – М.: В. Секачев, 2017 – 280 с.
2. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. – СПб.: Питер, 2007. – 496 с.
3. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Из. 2-е, исправленное и дополненное. - М.: «Российское педагогическое агентство», «Когито-центр», 1998. - 128 с.

**Шаманурова К.Э.**

#### Преимущества использования качественной схемы исследования в онкопсихологии

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва, Россия,  
[shamansurova.ke@gmail.com](mailto:shamansurova.ke@gmail.com)

**Ключевые слова:** онкопсихология, качественные исследования

**Shamansurova K.E.**

#### Assertion of lack of qualitative research in psychooncology

Sechenov University, Moscow, Russia

**Keywords:** oncopsychology, quantitative research

Современный блок знаний в онкопсихологии строится на базе работ в области клинической и медицинской психологии [3,4], где используется «констатирующая» схема исследования, отвечающая потребностям классической доказательной психологии и медицины. Данное исследовательское направление относительно молодое - 1970-1980 гг. [6], что предполагает необходимость формирования устойчивых представлений о психологических источниках и следствиях заболевания. Исследователь гораздо больше ориентирован на фиксировании явлений, чем на их качественном описании. Количественные исследования в онкопсихологии ориентированы в данный момент на установление взаимосвязей между психологическими следствиями ситуации заболевания и личностными особенностями. Например, оценивается характер совладания в зависимости от уровня стресса, личностных особенностей или подвида злокачественного образования. Фиксируются показатели общения пациента с врачом или близким окружением, выделяются закономерности отношений между конкретным диагнозом и произошедшими трудными жизненными ситуациями и личностными изменениями в этой связи, оцениваются смысловые установки и включенность в трудовую деятельность [3,4]. Этот подход отражает ситуационные потребности помогающих специалистов (в том числе медиков и психологов), однако анализ целостной психологической картины болезни описывается преимущественно с опорой на данные, полученные в констатирующих исследованиях (онкология - стрессовая, травматическая, угрожающая жизни ситуация). Подобный подход указывает на некоторую предопределенность, «предписанность» уровня стресса и характера реагирования на ситуацию заболевания и проводимое лечение. В последние пять лет можно констатировать рост исследований в этом поле, что отражает с одной стороны, углубление понимания психофизиологической природы онкологии и ее влияние на различные стороны жизни пациентов, а с другой, говорит о повышении готовности самих пациентов принимать участие в исследовательских программах.

Если же подходить к реальности болезни как психосоциальному знанию [1,2], нормативной реальности, культуре заболевания, социальной ситуации развития, подводящих пациента к опреде-

ленному поведению и самоощущению, тогда глубина понимания психологической реальности болезни значительно меняется. Болезнь становится определенной жизненной ситуацией, вписанной в общих жизненный контекст, в которой поведение и отношение предписывается психологически («условиями/правилами»), смысловыми нагрузками [5] медицинского учреждения, конкретного врача, общественного мнения. Трансформации болезни возможны в зависимости от понимания самого контекста и заложенных в нем смыслов, от изменения контекста путем активности пациента и др. Подобное знание может быть доступным в большей мере в рамках качественных исследований. Трудности реализации традиционного подхода доказательной науки (медицины и психологии) подтверждается еще и рядом объективных условий – быстрая смена врачей, медицинских учреждений, жизненных условий, этически трудное простраивание исследовательской схемы, многофакторность психологической реальности болезни. Качественный подход в этих обстоятельствах становится реалистичным выходом из обозначенных барьеров. Кроме того, качественная схема исследования может стать удобной формой диагностики в трудных ситуациях, где структурированный подход количественных диагностических методов воспринимается пациентом как формально-отстраненный.

Таким образом, следует говорить о необходимости поднятия вопроса в профессиональном сообществе об изменении исследовательских схем, а также сформулировать пока дефицитные исследовательские запросы, до сих пор не раскрытые в количественном подходе к описанию психологической стороны онкологического заболевания, тем более, что качественный анализ является одним из приоритетных направлений в отечественной медицинской (клинической) психологии.

#### Литература

1. Мельникова О.Т., Кричевец А.Н., Гусев А.Н., Бусыгина Н.П., Хорошилов Д.А., Барский Ф.И. Критерии оценки качественных исследований. // Национальный психологический журнал. - 2014. - №2(14) - с. 49-51
2. Мельникова О.Т., Хорошилов Д.А. Предмет качественного исследования как методологическая проблема социальной психологии // Национальный психологический журнал -2013. - №1(9) - с.50–61.
3. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А.Чулкова, Т.Ю. Семглазова, М.В. Рогачев. – СПб: Любавич, 2017. – 352 с.
4. Тарабрина Н. В., Ворона О. А., Курчакова М. С., и др. Онкопсихология. — М.: Институт психологии РАН, 2010. — 176 с. — (Фундаментальная психология - практика).
5. Улановский А.М. Качественные исследования: подходы, стратегии, методы // Психологический журнал. – 2009. – Том 30. - № 2.
6. Tomer Levin, David W. Kissane (2006). «Psychooncology - the state of its development in 2006». The European Journal of Psychiatry 20 (3). DOI:10.4321/S0213-61632006000300006

**Шапиро У.И., Луковцева З.В., Васильченко А.С.**

**Опыт уровня анализа аффективной регуляции у больных шизофренией в парадигме психологии переживания**

ГБУЗ «ГПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина» ДЗМ, ФГБОУ ВО МГППУ,  
ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия  
[Uleana1@yandex.ru](mailto:Uleana1@yandex.ru), [sverchokk@list.ru](mailto:sverchokk@list.ru), [vasilchenko.alesya@gmail.com](mailto:vasilchenko.alesya@gmail.com)

**Ключевые слова:** психология переживания, аффективная регуляция, шизофрения

**Shapiro U.I., Lukovtseva Z.V., Vasilchenko A.S.**

**Experience of level analysis of affective regulation among patients with schizophrenia in the paradigm of the psychology of emotional experience**

“Gannushkin Psychiatric Clinical Hospital № 4”

MSUPE, V.Serbsky NMRCPN of the MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** psychology of experience, affective regulation, schizophrenia

**Введение.** При шизофрении один из ведущих векторов изменения личности образуют эмоционально-волевые нарушения. Остается дискуссионным вопрос об иерархической позиции таковых в структуре дефекта [2, 3, 4, 8]. Представляет интерес расширение существующих представлений об эмоционально-волевых нарушениях при шизофрении с учетом данных, накопленных в ходе исследований аффективной регуляции (далее – АР). Традиционно эмоциональная регуляция рассматривается как компонент сознательной саморегуляции поведения, определяемый отношением субъекта к окружающей действительности и обеспечивающий формирование определенного пережива-



ния [6]. Теория AP была разработана в школе К.С. Лебединской, В.В. Лебединского, О.С. Никольской на модели раннего детского аутизма. В составе AP были выделены четыре уровня. Эту линию исследований продолжили Н.Я. и М.М. Семаго, создавшие карту наблюдения за поведением ребенка, которая позволяет уточнить качественную картину эмоциональных нарушений через описание каждого из уровней AP [5, 7]. Многочисленные исследования AP затрагивают лишь детский возраст. Между тем, соответствующие процессы сохраняют свою значимость и далее, определяя мир переживаний человека и модус его взаимодействия с окружающим миром. Определение особенностей AP у больных шизофренией стало **целью** данного исследования.

**Материал и метод.** В исследовании приняли участие 9 мужчин и 16 женщин (средний возраст – 41 год), проходивших лечение в ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина с диагнозом «Параноидная шизофрения» (F20.0). Критериями исключения из выборки послужили: психотическое или околопсихотическое состояние; грубый мотивационно-волевой дефект; возраст более 65 лет. Основным методом стало полуструктурированное интервью, составленное на основе вышеупомянутой карты наблюдения Н.Я. и М.М. Семаго [7]. Утверждения интервью были сгруппированы по четырем уровням AP. Испытуемые выражали согласие или несогласие с утверждениями, используя 7-балльную шкалу, где минимальная оценка соответствовала гипофункциональному состоянию данного уровня AP, а максимальная – гиперфункциональному. Помимо этого, процедура предполагала постановку дополнительных вопросов для уточнения индивидуальной картины. Учитывая теоретические представления об AP, нормативным мы считали ответ «4 балла», соответствующий сбалансированному функциональному состоянию AP. Нормативные значения показателей для каждого уровня AP, обозначенные в табл. 1 как N, рассчитывались путем умножения количества утверждений, характеризующих этот уровень, на 4. **Результаты** исследования можно кратко представить в виде таблицы.

**Таблица 1. Среднегрупповые показатели AP у больных шизофренией**

Уровень AP	1 – уровень аффективной пластичности	2 – уровень аффективных стереотипов	3 – уровень аффективной экспансии	4 – уровень эмоционального контроля
N (нормативное значение)	28	32	28	16
Nэмп. по обследованной выборке	18,5	25	27,5	12,5

Охарактеризуем результаты, далеко выходящие за рамки нормативных, и рассмотрим их в свете концепции переживания Ф.Е. Василюка [1]. Первый уровень AP отвечает за защиту от средовых воздействий, интенсивность которых является небезопасной, и за поиск оптимального режима восприятия мира. У больных шизофренией здесь проявляется сверхчувствительность к любым изменениям окружающей среды, особенно если речь идет о среде человеческой, коммуникативной. В рамках концепции Ф.Е. Василюка первый уровень можно соотнести с внешне легким и внутренне простым жизненным миром, который характеризуется одной лишь потребностью. Мы видим, что жизненный мир и внешний мир при шизофрении слиты, а значит, само существование больного не требует наличия другого человека. Второй уровень предполагает активизацию контакта с окружающей средой через выделение определенных потребностей. В случае нашей выборки этот уровень окрашен переживанием дискомфорта при взаимодействии с другими людьми, связанным с нежеланием сотрудничать; здесь проявляются замкнутость, неразговорчивость, раздражительность. Данный уровень соответствует внешне трудному и внутренне простому жизненному миру по Ф.Е. Василюку. У пациентов мы видим недостаточную по сравнению со здоровыми людьми способность к переживанию сомнений, колебаний, мук совести и чувства вины. Осмысление предмета происходит лишь по принципу его полезности или вредности для удовлетворения возникающей потребности. Четвертый уровень отвечает за формирование правил и норм взаимоотношений, развитие чувства эмпатии и социальной перцепции. Картина этого уровня, полученная в ходе исследования, не противоречит литературным данным [8]. Здесь проявляются излишняя ранимость, ориентировка не на результат самой деятельности, а на процесс. Опираясь на концепцию Ф.Е. Василюка, четвертый уровень можно соотнести с внутренне сложным и внешне трудным жизненным миром. Центральной выступает проблема воли, а путь к цели одновременно затруднен внешними препятствиями и осложнен внутренними колебаниями. Картина, которую мы видим на этом уровне у пациентов, указывает на утрату ведущей роли личностного компонента в структуре дея-

тельности. Итак, для больных шизофренией характерно гипофункционирование перечисленных уровней АР. Что касается картины, полученной при исследовании третьего уровня, то она представляется условно нормативной. Между тем, качественный ее анализ позволяет выявить тенденции, отвечающие общим представлениям о психологических особенностях больных шизофренией. Третий уровень обеспечивает активную адаптацию к изменяющимся условиям и достижение аффективно значимых целей через преодоление неожиданных препятствий. В ходе диагностики пациенты оценивали ситуации, характеризующие процессы данного уровня, как «нейтральные», и не выражали заинтересованности в их решении. Тот факт, что по степени выраженности названные особенности все же были проявлены не столь значительно, как особенности других уровней АР, можно объяснить побочным действием принимаемых препаратов, дефицитом энергетического потенциала в сочетании с характерными мотивационными нарушениями. В числе возможных факторов назовем и недостаточную подробность оценки данного уровня в ходе предложенного полуструктурированного интервью.

**Выводы.** Содержание мира переживаний при шизофрении прежде всего характеризуется отдельностью от других людей, а их деятельность окрашена ориентацией скорее на процесс, чем на результат. Между тем, внутри заданных правил и границ пациенты стремятся к удовлетворению своих потребностей и способны оценить полезность/вредность того или иного предмета в этом аспекте. Анализ АР при шизофрении в свете представлений о феномене переживания представляется практически перспективным. Он может найти место при изучении преморбидных особенностей, при углубленном качественном анализе дефекта и уточнении реабилитационных мишеней.

#### Литература

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания : анализ преодоления критических ситуаций : монография / Ф.Е. Василюк. – М. : Изд-во Московского университета, 1984. – 200 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учебное пособие : для студентов высших учебных заведений / Б.В. Зейгарник. – 5-е издание, стереотипное. – М. : Академия, 2007. – 208 с.
3. Критская В.П. Патопсихология шизофрении / В.П. Критская, Т.К. Мелешко. – М. : Институт психологии РАН, 2015. – 389 с.
4. Критская, В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. – М. : Изд-во Московского университета, 1991. – 256 с.
5. Никольская О.С. Аффективная сфера человека : взгляд сквозь призму детского аутизма / О.С. Никольская. – М. : Центр лечебной педагогики, 2000. – 364 с.
6. Селютина Н.В. Эмоциональная регуляция поведения: области изучения, компоненты и функции // Психологическая наука и образование. 2007. № 5. С. 267–274
7. Семаго Н.Я. Проблемные дети : основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М. : Аркти, 2001. – 208 с.
8. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания – новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении: монография / А.Б. Холмогорова, О.В. Рычкова. – М. : ФОРУМ, 2016. – 288 с.

**Шарилова Ф.К., Сулейманов Ш.Р.**

#### Особенности эмоциональных расстройств у подростков при нервной анорексии

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан  
[farida@48mail.ru](mailto:farida@48mail.ru)

**Ключевые слова:** эмоциональные расстройства, нервная анорексия, подростки

**Sharipova F.K., Suleymanov Sh.R.**

#### Features of emotional disorders in adolescents with anorexia nervosa

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

**Keywords:** emotional disorders, anorexia nervosa, teenagers

**Актуальность** изучения особенностей эмоциональных нарушений у подростков с расстройствами пищевого поведения обусловлена ростом числа заболеваемости данной патологией среди детско-подросткового контингента. По данным современных научных исследований (McCarthy M., 1990; McCourt J., Wallis G., 1995; Herpworth J., 2009) установлено, что именно под влиянием мощного давления средств массовой информации, рекламы, социальных сетей интернет-пространства в обществе формируется культ стройного женского тела, параметры фото и топ-моделей. Следствием такого рода «информационной обработки» является снижение самооценки, озбоченность фи-

гурой, экспериментирование с диетами и физическими упражнениями, что, в конечном счете, может служить причиной возникновения расстройств пищевого поведения, начиная уже с 5-летнего возраста (Marocco-Muttini С.,1993). Расстройства приема пищи, как правило, начинаются в детском и подростковом возрасте. Отмечается низкая регистрация таких расстройств на ранних этапах, а также тяжелые последствия для состояния здоровья подростков, в том числе, репродуктивной функции. У пациентов появляется скрытый внутрисемейный конфликт, трансформирующийся в болезненный симптомокомплекс. Пациенты и их родственники испытывают опасения, тревогу, навязчивые страхи по поводу обращения за психиатрической помощью из-за искаженного восприятия этой части медицины и «стигмы» психического расстройства (Линёва А.Е., Брюхин Т.Е., 2017).

**Цель:** исследовать особенности эмоциональных расстройств на различных этапах развития нервной анорексии для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

**Материал и методы.** Было обследовано 28 пациенток в возрасте 14-17 лет, отвечающим диагностическим критериям согласно МКБ-10 F - «Психические расстройства и расстройства поведения»; рубрика - «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»; группа F50 Расстройства приема пищи: F50.0 «Нервная анорексия». Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. Для исследования эмоциональной патологии использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, госпитальная шкала тревоги и депрессии, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину.

**Результаты.** В ходе исследования ведущее место отводилось изучению динамики нарушений эмоциональной сферы. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести нервной анорексии. На инициальном этапе у 26 обследованных (93%) были выражены: сниженный фон настроения, аффективные колебания, падение работоспособности. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями заболевания. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью (23%), ощущение враждебности со стороны окружающих и формирование отрицательного отношения к близким (36%), эпизоды немотивированной агрессии (55%), навязчивые страхи (16%). Страхи в инициальном периоде нервной анорексии имели дисморфофобический регистр непсихотического уровня. Тревожно-фобические включения наблюдались у девочек в основном во второй половине дня и сопровождалась расстройствами приёма пищи в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и инициальным этапом нервной анорексии. В большинстве случаев в преморбиде у девочек-подростков не отмечалось повышенного веса. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у больных выявлялась склонность к разнообразным реакциям протеста. Девочки высказывали недовольство своим весом, чрезмерным отложением жира в различных частях своего тела, кривыми и толстыми ногами, болезненно относились к наличию пухлых щёк, слишком большого размера живота и груди. Жалобы в основном были на слабование, подростки винили себя в скованности, робости, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве. Суицидальные тенденции ограничивались только мыслями и планированием, высказывания имели нестойкий пассивный характер, подростки неохотно сообщали о своих замыслах и намерениях, сведения в основном были собраны у родителей, которые обнаружили регистрацию своих детей на различных сайтах социальных сетей и сообщество в Интернете, пропагандирующих культ смерти. Оценка суицидальных мыслей и намерений у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения позволяет отнести их к истинным суицидам и включить в группу риска. При использовании теста Люшера больные не могли опираться на самооценку своего состояния, что позволяло определять психологическое содержание переживаемой ситуации. Данные тестирования показали, что у всех девочек-подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале Гамильтона. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось

отрицательно отношение к жизни. По данным теста Люшера эти больные стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 56% случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. На этапе редукции вновь происходило обострение аффективных расстройств. На фоне депрессивных расстройств у пациенток значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками(60%), суицидальные мысли и тенденции (23%).

**Выводы.** Эмоциональные расстройства выявляются у 93% больных и находятся в прямой зависимости от этапа заболевания. По мере развития заболевания аффективные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя тревожно-фобическую и депрессивную симптоматику с суицидальными тенденциями, приводят к нарастающей школьной и социальной дезадаптации подростков.

**Шведовский Е.Ф**

**Клинические факторы и особенности речи у пациентов с шизофренией подросткового возраста**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
e\_shvedovskiy@ncpz.ru

**Ключевые слова:** шизофрения, речевая деятельность, подростки, особенности речи

**Shvedovskiy E.F.,**

**Clinical Factors and Language Features in Patients with Schizophrenia of Adolescent Age**  
FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** schizophrenia, language activity, adolescents, speech features

Речевые особенности подростков при шизофрении составляют специфический интерес в области клинической практики, как медицинских психологов, так и психиатров. Актуальность мультидисциплинарных исследований детской и подростковой шизофрении подчеркивается в мировой литературе, в том числе и в контексте дифференциальной диагностики подросткового кризиса и патологических эндогенных состояний [3,5]. В контексте современных исследований, речевая деятельность при шизофрении рассматривается специалистами в прямой связи с когнитивным функционированием. Существуют данные, свидетельствующие либо об отставании, либо о сближении с нормой развития по параметрам когнитивного функционирования, больных шизофренией подростков, в зависимости от тяжести заболевания [1].

В данной работе использованы методики разработки отдела медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ: Слоговая методика (СМ) [4], Конструирование объектов (КО) [2]. Использовались показатели: Коэффициент стандартности (КСТ) – вычислялся в обеих методиках, латентное время ответа (ЛЮ), отмечалось только в СМ. Выборку составили пациенты ФГБНУ НЦПЗ (N=32, ср.возр.= 14,6). В ходе анализа пациенты были подразделены на 3 группы в соответствие с поставленными диагнозами.

Таблица 1.Результаты выполнения слоговой методики и методики «Конструирование объекта» пациентами сопоставляемых групп

Диагностическая группа	Средний возраст	Количество	Слоговая методика К.стандартности	Слоговая методика Латентное время	Конструирование объекта К.стандартности
F21.xx	14,6	17	0,54	3,3	0,54
F20.xx	14,9	9	0,59	2,8	0,45
Смешанная группа (F06.xx/F23.xx/F25.xx/F32.xx/F33.xx)	14,4	6	0,59	3,1	0,43

В таблице 1 представлено распределение пациентов по трем группам, а так же средние значения каждого из параметров по группам. Наиболее ярко выраженные отличия между группами показал параметр Коэффициент стандартности по методике Конструирование объектов. Наименьшее значение – 0,43 по смешанной группе диагнозов, наибольшее – 0,54 по группе шизотипических расстройств. Значения Коэффициента стандартности по Слоговой методике, напротив, показывают

слабое различие между группами исследования. Данные результаты составляют промежуточный этап исследования по апробации методического комплекса для исследования речевой деятельности у подростков при эндогенной психической патологии. Полученные данные могут указывать на то, что в целом для эндогенных расстройств шизофренического круга характерна схожая картина речемыслительной деятельности. Однако данные требуют уточнения и дальнейшей детальной разработки и анализа.

#### Литература

1. Зверева Н.В., Хромов А.И. Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков при шизофрении: клинические и возрастные факторы // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 1 (24). – С. 7 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 20.02.2018).
2. Зверева Н. В., Хромов А. И. Возрастная динамика мыслительной деятельности детей и подростков с эндогенной психической патологией на примере методик «Малая предметная классификация» и «Конструирование объектов» // Психологическая наука и образование [www.psyedu.ru](http://www.psyedu.ru). – 2011. – №. 4. – С. 60-70.
3. Иовчук Н. М., Северный А. А. Роль экзогенной манифестации и течения циркулярной шизофрении у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – №. 1. – С. 4-12.
4. Критская В. П., Савина Т. Д. Исследование некоторых особенностей познавательной деятельности, обусловленных формированием шизофренического дефекта // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении/Под ред. ЮФ Полякова. М. – 1982. – С. 122-149.
5. Цудульковская М. Я., Копейко Г. И., Олейчик И. В., Владимирова Т. В Роль психофизиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии // Психиатрия. – 2003. – №. 5 (5). – С. 21-28.

**Шеховцова Е.С.**

#### **Особенности принятия решения и саморегуляции у лиц с расстройствами шизофренического спектра, совершивших общественно опасные действия**

ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия  
[shiha.1@mail.ru](mailto:shiha.1@mail.ru)

**Ключевые слова:** принятие решения, саморегуляция, оценка риска

**Shekhovtsova E.S.**

#### **Features of decision-making and self-regulation in individuals with schizophrenia spectrum disorders who have committed socially dangerous actions**

V.Serbosky NMRCPN of the MOH Russia, Moscow, Russia

**Keywords:** decision-making, self-regulation, risk assessment

**Введение.** На современном этапе развития науки проблема психической саморегуляции занимает центральное место при объяснении механизмов противоправного поведения психически больных, оценки риска их опасности и выбора эффективных мер предупреждения совершения повторных общественно опасных действий (ООД). Сам факт наличия психического расстройства не является прямой причиной совершения правонарушения, однако, психическое заболевание обуславливает личностные изменения, которые влияют на поведение в ситуации принятия решения и на процесс осуществления выбора.

Последовательное принятие решений является одним из компонентов произвольной регуляции деятельности, т.к. выбор человека представляет собой осуществление определенного действия в соответствии с наиболее привлекательной альтернативой [Т.В. Корнилова, 1999; А.А. Ткаченко, 2016].

Совершение ООД лицами с расстройствами шизофренического спектра протекает как по продуктивно-психотическим, так и по негативно-личностным механизмам. Второй механизм совершения ООД связан с утратой высших эмоций и искажением мотивационной сферы, что предполагает специфические особенности анализа ситуации выбора и принятия решений. Указанные особенности часто определяют совершение «безмотивных» или «холодных» преступлений против личности и здоровья в отношении близких и знакомых людей [А.В. Голенков, 2015; И.Д. Спирина, 1998]. Изучение указанных выше специфических индивидуально-психологических особенностей принятия решений и саморегуляции у лиц с расстройствами шизофренического спектра и выступило целью данного исследования.

**Материал и методы.** Выборку составили 56 лиц мужского пола (36 человек, обвиняемых по уголовным делам, и 20 человек с нормообразным поведением) в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст 32 года) с диагнозами, относящимися к расстройствам шизофренического спектра.

Методический комплекс: 1. новый опросник толерантности к неопределенности Т.В. Корниловой (2009) – оценка личностной толерантности/интолерантности к неопределенности, в том числе в ситуации социального взаимодействия); 2. тест «Сравнение похожих рисунков» Дж. Кагана (1966) – диагностика когнитивного стиля импульсивность-рефлексивность; 3. методика «Выявление осознанности различных компонентов мотива» А. В. Ермолина и Б. П. Ильина (2002) – диагностика представленности различных мотивов; 4. методика «Словесно-цветовая интерференция» Дж. Струпа (1935) – оценка ригидности/гибкости в ситуации необходимости преодоления интерферирующих факторов; 5. опросник «Стиль саморегуляции поведения» (1988) – оценка развития индивидуальной саморегуляции; 6. полупроективная методика «Ситуационный анализ» В.Г. Булыгиной (2017) – изучение особенностей анализа ситуаций с учетом избыточности/недостаточности информационной и эмоциональной составляющих для анализа, уровня неопределенности, чувствительности к противоречиям.

**Результаты исследования.** В ходе исследования (статистическое сравнение различных нозологических групп с использованием критерия U-Mann-Whitney) было выявлено, что для лиц с расстройствами шизофренического спектра характерно сужение количества значимых мотивов, преобладание опоры на внешние признаки ситуации при принятии решения. При этом ответственность за принятие решения перекладывается на обстоятельства, личная ответственность за принятие решения игнорируется. Данный факт в сочетании с большим количеством патологических, парадоксальных мотивов может быть связан с повышенным риском совершения общественно опасных действий.

Характерное для больных с расстройствами шизофренического спектра снижение количества социальных мотивов, а также преобладание среди них знаемых, а не реально действующих мотивов (социальные мотивы не исполняют у таких больных функцию побуждения к деятельности), может потенциально приводить к недостаточному учету общественной опасности своих действий. Больным с расстройствами шизофренического спектра в быстро изменяющихся условиях ситуации выбора сложно перестроить свое поведение, что увеличивает время, необходимое на принятие решения.

Для больных с расстройствами шизофренического спектра, совершивших ООД, характерна меньшая оценка своего эмоционального состояния в момент принятия решения и неспособность прогнозировать последствия выбора. Также испытуемые данной группы не испытывают дискомфорта в случае неопределенности в отношениях с другими людьми и способны к изменению своего поведения в зависимости от условий, что отражается и в ситуациях межличностного взаимодействия. В условиях недостатка и избытка информации для принятия решения альтернативы носят более агрессивный и менее адекватный характер, нарушается способность прогнозировать последствия выбора.

Больные с расстройствами шизофренического спектра, не совершавшие ООД, напротив, имеют более высокие показатели по шкалам общей и межличностной интолерантности к неопределенности. Что позволяет сделать предположение о том, что стремление к ясности и упорядоченности, в том числе в ситуации межличностного взаимодействия, может вступать сдерживающим фактором совершения противоправных действий, т.к. увеличение времени на анализ ситуации способствует снижению побуждения к реализации патологического мотива.

Для определения значимого вклада особенностей принятия решения в реализацию криминального поведения у больных с расстройствами шизофренического спектра был проведен линейный регрессионный анализ, который показал, что основной вклад в реализацию противоправных действий вносят следующие переменные: нарушение функции прогнозирования последствий выбора, низкий общий уровень саморегуляции и интолерантности к неопределенности, в том числе в сфере межличностных отношений.

## Литература

1. Голенков А.В. Клинико-социальные особенности больных шизофренией, совершивших общественно опасные деликты против жизни и здоровья / А.В. Голенков // Российский психиатрический журнал. – 2015. – №5. – С. 17–23.
2. Корнилова Т.В. Психологическая регуляция принятия интеллектуальных решений : дис. ... доктора психол. наук / Т.В. Корнилова. – Москва, 1999. – 466 с.
3. Спирина И.Д. Некоторые патологические механизмы антисоциальных поступков и общественно опасных действий при шизофрении / И.Д. Спирина // Материалы Международной конференции психиатров : Москва, 1998. – С. 174.
4. Ткаченко А.А. Предмет судебно-психиатрической экспертизы и трансляционная медицина // Психическое здоровье. – 2016. - №11. – С. 3–14.

**Шинина Т.В.**

**Supervision: a vector of increasing the practical readiness of students of clinical psychologists to work in social work**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

[shininatv78@gmail.com](mailto:shininatv78@gmail.com)

**Ключевые слова:** практико-ориентированный подход, супервизия, клинические психологи

**Shinina T.V.**

**Supervision: a vector of increasing the practical readiness of students of clinical psychologists to work in social work**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** practice-oriented approach, supervision, clinical psychologists

*«...Блюма Вульфсона повторяла, что самой практикой является хорошая теория.*

*Тезис о тесной связи науки и практики она завещала нам как одну из фундаментальных основ развития специальности и подготовки клинических психологов, призывая к этому и реализуя своим личным участием...»*

*Ю.Ф. Поляков [ 5., с.210].*

Клиническая психология сегодня определяет наиболее важные области практической профессиональной деятельности психологов. Охрана психического здоровья, профилактика заболеваний, повышение психических ресурсов и адаптивных возможностей человека - становится чрезвычайно актуальной темой в эпоху неопределенности, потери стабильности в будущем дне и цифровизации реальности [4, 7, 8]. В социальной сфере произошли большие изменения и сформирован социальный заказ на специалистов, которые имеют серьезную методологическую базу и владеют практическим инструментарием, который можно применять к различным клиентам социальной сферы. Юбилейные поляковские чтения позволяют нам остановиться и рефлексировать становление профессиональной идентичности психологов сегодняшнего дня. Конечно, это большая возможность «сверить пульс» времени и актуализировать яркие мысли великого ученого Юрия Федоровича Полякова. Ю.Ф. Поляков обращал большое внимание на практико-ориентированный подход в обучении психологов, уделяя значимую роль важности проведения исследований, поиска психодиагностических инструментов, работе междисциплинарных команд специалистов. Особую роль можно отнести к созданию профессиональных сообществ и роли психолога в учреждениях. По воспоминаниям ведущих ученых России отмечается, что Ю.Ф. Поляков создал в Институте Психиатрии АМН СССР (далее, Центре Психического Здоровья РАМН) самую крупную в системе здравоохранения страны психологическую службу и в каждом отделении появился психолог [3].

Практико-ориентированный фокус – один из важнейших вызовов к специалистам помогающих профессий социальной сферы. Готовность клинических психологов к работе в социальной сфере, где огромное поле сложных случаев; при этом сформированы междисциплинарные команды, действует психологическая служба и встает острая необходимость в специалистах клинического профиля. Современные выпускники владеют теоретическими знаниями, имеют представления о различных методиках, техниках; получают разные дополнительные спецкурсы, при этом имеют смутную картину в своей профессиональной идентичности и понимания выбора направления деятельности. Получение диплома и выход в поле практики может вести к различным трудностям становления молодых специалистов в профессии.

Возможность снизить риски, может сделать курс *супервизии* в практике студентов, композиция которого может включить в себя несколько компонентов. Супервизия - является, необходимым проводником между миром знаний и миром практики. Именно супервизия позволяет студентам развивать профессиональную рефлексию, получать обратную связь от супервизора, тренировать наблюдательность за клиентом и за собственными чувствами и мыслями, что позволяет раскрывать потенциал клинических психологов. Супервизия на практических площадках, включает в себя основные направления: 1)прикрепление студента к опытному специалисту центра; 2)наблюдение за клиентами, анализ анамнеза в рамках междисциплинарных консилиумов центра; 3)составление профиля клиента на основании пакета документов центра с расширением социального контекста; 4)работа в междисциплинарных командах специалистов. Обсуждение проблемной ситуации («клиент глазами студента», «как я вижу проблему клиента»; «какой план работы с клиентом»; 5)подготовка случая для анализа; 6)представление случая на групповую супервизию; 7)подготовка дневника саморефлексии в работе («что получилось на групповой сессии»; «что происходило со мной во время сессии»; «сегодняшние открытия во мне»; «чему я научился сегодня и чему я научился благодаря группе»; «обратная связь самому себе»; «обратная связь супервизору»; «мои ресурсы и трудности»; 8)отработка гипотез на практической площадке, в рамках междисциплинарных консилиумов. Важным материалом для анализа в супервизии студента является дневник-саморефлексии. Дневник саморефлексии в рамках курса супервизии позволяет осмыслить свой личный нарратив и конструировать свою профессиональную идентичность [2]. Он позволяет анализировать, что происходит в процессе получения опыта встреч с клиентом, наблюдения за клиентом, с возможностью дальнейшей проработки наиболее острых моментов. Дневник позволяет расширить самосознания как возможности развития подлинности самого себя [6]. В структуре курса супервизии, включена возможность в отработке навыков консультирования, формулирования рекомендаций для родителей, получение обратной связи от наставников из практических центров социальной сферы города Москвы, а также задать направление для саморазвития в этой области. Практическое обучение, включает в себя: участие в родительских консилиумах [1], моделирование ситуаций и проведение индивидуального консультирования в качестве ко-консультанта с супервизором – преподавателем кафедры. Супервизия помогает студенту рефлексировать свой опыт в процессе курса, как на практических площадках, в режиме скайп-конференций, так и в самостоятельной работе. Супервизия направлена на двусторонний процесс. Не только супервизор воздействует на личность студента, но и процесс супервизии влияет на личность супервизора. Возможность развивать практические навыки, саморефлексию позволяют осмыслить и увидеть «белые пятна» в своей работе, получить новые инсайты и построить направления своего развития.

Перспективным для готовности клинических психологов к работе в социальной сфере является обращение к практике супервизии, позволяющей непрерывно осмысливать результаты опыта, структурировать мысли и чувства и проследить динамику трансформации знаний в связи с полученным опытом.

#### Литература

1. Галасюк И.Н., Шинина Т.В., Морозова И.Г. Родительский консилиум как инструмент развития личностных ресурсов родителя и особого ребенка // Всероссийская научно-практическая конференция "Личность в норме и патологии". Посвящается 20-летию факультета психологии и педагогики челябинского государственного университета: материалы Всероссийской конференции 20-21 апреля 2017 г. – Челябинск: Печатный двор, 2017. – 553с. С. 411-414
2. Зайцева Ю.Е. Я-нарратив как инструмент конструирования идентичности: экзистенциально-нарративный подход. Вестник СПбГУ. Сер. 16, Психология и Педагогика, 2016, Вып. 1, 118–136.
3. Зверева Н.В., Ениколопов С.Н. Юрий Федорович Поляков: человек, ученый, организатор науки и образования [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 3 (14). – URL: <http://medpsy.ru>
4. Нюхалов Г.А. «Дискурсы современной супервизии – возможно ли преодоление хаоса?» Российский психотерапевтический журнал №1 2017 (9)
5. Поляков Ю.Ф. Заветы Б.В. Зейгарник и современная клиническая психология [Электронный ресурс] //Материалы Первой международной конференции памяти Б.В. Зейгарник Москва, 12–13 октября 2001. С. 208–211.
6. Роджерс К. [Rogers C.] Консультирование и психотерапия: Новейшие подходы в области практической работы: Монография. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.



7. Miller S., Hubble M., Chow D., Seidel J. The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 2013, 50(1), 88–97.
8. Nagpal S., Ritchie M.H. Selection interviews of students for master's programs in counseling: An exploratory study. *Counselor Education and Supervision*, 2002, 41(3), 207–218.

**Шипкова К.М.**

**Возможности музыки в восстановлении речевой коммуникации при афазии**

МНИИП филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ  
Московский институт психоанализа, Москва, Россия  
[karina.shipkova@gmail.com](mailto:karina.shipkova@gmail.com)

**Ключевые слова:** музыка, речь, коммуникация, восстановление речи, афазия

**Shipkova K.M.**

**The possibilities of music in the restoration of speech communication in aphasia**

Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of the V.Serbsky NMRCNP of the MOH,  
Moscow Institute of psychoanalysis, Moscow, Russia

**Keywords:** music, speech, communication, speech restoration, aphasia

**Постановка проблемы.** Современное состояние вопроса восстановления высших психических функций требует разработки новых техник, технологий, методов с учетом новых данных о динамическом характере межполушарной функциональной организации, роли межполушарного взаимодействия в процессе восстановления нарушенных функций [1–10].

**Целью** нашего исследования стало изучение воздействия музыки на монологическую речь пациентов с афазией. Изучалось влияние музыки на обратную динамику: 1. показателей слуховой асимметрии; 2. симптомов пораженного и симптомов «обкрадывания» интактного полушария; 3. количественных и качественных изменений монологической речи (на модели составление рассказа).

**Выборка.** В исследовании приняли участие 2 группы пациентов (по 8 исп. ) с поражением левого полушария и афазией, которые проходили курс речевой реабилитации. Основная группа, в отличие от контрольной, в дополнение к общей программе речевой реабилитации, была включена в программу музыкально-речевой терапии. Группы были уравнены по возрасту(40–62г.), гендеру (2 женщ./6 муж.), формам афазии (по 4 чел. моторные афазии/ височные афазии), степени нарушения речи (по 4 чел. ср.ст./легк. ст.), давности дефекта (2мес. – 4г.).

**Методика.** Музыкально-речевая терапия состояла в стимуляции монологической речи посредством музыки. Большим предлагалось составлять рассказ по сюжетной картине на фоне музыкального консонансного сопровождения. Ранее в наших исследованиях было показано, что именно консонанс музыки и зрительного ряда оказывает положительное влияние на качество и темп речи при афазии [7]. Подборка из 30 картин, составленная на основании выбора 10 экспертов (исключались психологи, музыканты, искусствоведы) имела 3 эмоциональных знака: нейтральный (идиллические пейзажи), отрицательный (драматичные, волнующие, тревожные жанровые сцены) и положительный (радостные, беззаботные жанровые картины – «атмосферные» картины). Занятие включало описание 3-х картин разного эмоционального знака. Музыкальные произведения к каждой картине были подобраны музыковедами. Курс состоял из 10 индивидуальных занятий, проводимых дважды в неделю.

**Обработка данных.** Учитывались следующие параметры: общее время рассказа (продолжительность речевого потока); кол-во слов/предложений за 1 минуту; кол-во предложений разной длины (короткие – до 4 слов; средние – 5–7слов, длинные 8–12 слов, очень длинные – более 12 слов); синтаксическая сложность предложений (наличие/кол-во сложносочиненных предложений, пассивные речевые конструкции и т.д.). Для оценки динамики показателей брались рассказы 1, 3, 5, 7, 10-го занятий (всего 120 текстов). Тестирование проводилось до и после курса речевой реабилитации и курса музыкально-речевой терапии.

**Результаты.** В конце курса восстановительного обучения у пациентов обеих групп отмечалась положительная динамика в речи. При этом у основной группы показатели монологической речи при повторном тестировании значительно отличались от контрольной по параметрам: длины, сложности фраз, общему объему речевого потока. У пациентов с моторными формами афазии возрастала плавность речи, усиливался контроль за персеверациями, у пациентов с височными афазиями –

контроль за номинативной функцией речи, уменьшалось количество вербальных и литеральных парафазий. Было отмечено, что «атмосферные» картины и «радостная» музыка были в целом более эффективным инструментом стимуляции речи, в сравнении с нейтральным или отрицательным знаком музыки и тематикой картин. Следует отметить, что в 2-х случаях (динамическая, сенсорная афазия) мы не наблюдали выраженного эффекта воздействия музыки на речь, что может быть связано с индивидуальными особенностями пациентов - низкой степенью эмоциональной отзывчивости на музыку [1]. У пациентов основной группы отмечалась активизация левого полушария, о чем свидетельствовали изменения в индексе ведущего уха. В случае ведущего правого уха его индекс нарастал, в случае ведущего левого уха его индекс снижался. Симптомы «обкрадывания» правого полушария, в целом у этой группы, несколько регрессировали. У контрольной группы была отмечена стагнация индекса в случае ведущего левого уха и нарастание значения индекса в случае ведущего правого уха, как и у основной группы. Регресс «симптомов обкрадывания» у контрольной группы был отмечен в 50% случаев.

**Заключение.** Музыка-речевая терапия является эффективным средством, стимулирующим включение интактного полушария в процесс восстановления нарушений речевой функции. Она влияет на количественные и качественные характеристики речи при афазии, оказывает положительное влияние на восстановление разных сторон речи и может быть использована как метод реабилитации речи при разных формах афазии.

#### **Литература**

1. Адмакина Т.А. Психологические характеристики эмоциональной отзывчивости на музыку. Автореф. канд. пех.н.2012.
2. Варламов А.А., Масленников А.В., Стрелец В.Б. особенности межполушарной асимметрии ЭЭГ при восприятии консонансных и диссонансных аккордов/ Современные направления исследований функциональной межполушарной асимметрии и пластичности мозга. Ред. С.Н. Иллариошкин, В.Ф. Фокин. Материалы конференции. Москва 2-3 декабря 2010.Изд-во: Научный мир. С.108-111.
3. Гарипова Н.М. О механизмах эмоционального воздействия музыки// Вестник МГОУ, сер. Педагогические науки. 2011.№2. С.156-162
4. Монахова И.Е., Вартанов А.В. Мозговые механизмы субъективной организации слуховых ритмических паттернов// Вест. Моск. Ун-та, сер.14.Психология.2011.№3.С.156-168.
5. Паношова Т.Д. Межполушарная организация слуховых и двигательных функций у музыкантов. Автореф. канд.кх.н. М.2010.
6. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции. М.:Изд-во МГУ.1998.
7. Шипкова К.М., Лукьянок Е.В. Объективные показатели межполушарной перестройки ВПФ при односторонних поражениях мозга статья /Сб. докладов конференции «Актуальные вопросы функциональной асимметрии мозга». 2003. С.348-349.
8. Шипкова К.М., Якубович К.В. Влияние музыки на качество спонтанной речи у больных с афазией// Медицинские науки. 2007.№3.С.120-122.
9. Baird A. Samson S. Music evoked autobiographical memory after severe acquired brain injury: Preliminary findings from a case series// Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal.2014. 24:1.P.125-143
10. Davidson R.J., Jackson D.C., Kalin N.H. Emotion, plasticity, context and regulation: perspectives from affective neuroscience// Psychol.Bull.2000.V.126.P.890-909
11. Heller W. Neuropsychological mechanism of individual differences in emotion, personality and arousal//Neuropsychology.1993.V.7.P.476-489.

**Шипова Н.С.**

**Копинг-поведение взрослых с ОВЗ: стратегии и ресурсы**

Костромской Государственный Университет, Кострома, Россия  
[ronia\\_777@mail.ru](mailto:ronia_777@mail.ru)

**Ключевые слова:** лица с ограниченными возможностями здоровья, совладающее поведение, ресурсы совладания, копинг-стратегии

**Shipova N. S.**

**The coping behavior of adults with disabilities: strategies and resources**

Kostroma State University, Kostroma, Russia

**Keywords:** adults with disabilities, coping behavior, coping resources, coping strategies

**Введение.** Возможности, предоставляемые современным миром, и условия существования в обществе неодинаковы для различных людей. Физическая доступность зданий, отношение обще-

ства, возможность работы и получения образования – вот лишь некоторые факторы, по которым лица с ограниченными возможностями здоровья находятся в менее выигрышном положении относительно лиц с нормативным развитием. Однако, и практические наблюдения, и теоретические данные свидетельствуют о потенциальной возможности лиц с ОВЗ добиваться успеха в казалось бы враждебной им среде, иметь высокое качество жизни. В чем возможны причины этого явления? Можно ли выделить эффективные стили и ресурсы совладания таких людей?

Качество жизни индивида рассматривается с двух сторон: относительно объективной (физическое и эмоциональное состояние, поведенческая активность, материальное и социальное положение, трудовой и семейный статус и др.) и субъективной (удовлетворенность различными сторонами бытия и жизнедеятельности [1]). Обобщенный подход объединяет данные первых двух, добавляя некоторые показатели (например, физическое состояние и способности, социальные взаимодействия) [3].

**Материал и методы.** В ходе комплексного мультитдисциплинарного исследования изучается, как человек с ОВЗ проживает нормативные и ненормативные события и кризисы своего жизненно-го пути, как субъект изменяется в результате, что применяет для преодоления сложностей и как с ними совладевает. Научная проблема исследования базируется на необходимости исследования механизмов и факторов, обеспечивающих высокое качество жизни лицам с ОВЗ. Данный аспект неразрывно связан с совладающим поведением таких лиц, поскольку наличие заболевания нами априори рассматривается как стресс, переживаемый человеком (при сохранном интеллекте), запускающий механизмы психологической защиты личности и стратегии совладающего поведения. Эмпирической базой нашего исследования явились две группы респондентов: взрослые люди (47 человек), имеющие инвалидность либо ограниченные возможности здоровья (нарушение зрения; нарушение работы опорно-двигательного аппарата при сохранном интеллекте), контрольной группой выступали лица с типичным развитием. Возрастные группы участников исследования различны (от 17 до 63 лет) ( $M=37,04$ ;  $SD=12,43$ ). Методический инструментарий представлен как количественными, так и качественными методами. В соответствии с темой данной статьи, мы ограничимся освещением результатов следующих методик: опросник способов совладания (ОСС) (“Ways of Coping Questionnaire” -WCQ) S.Folkman и R. Lazarus (1988), адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Кувшьяк и М.С. Замышляевой, 2004); методика «Life line» (Линия жизни), модифицированная авторским коллективом для целей исследования; феноменологическое интервью.

**Результаты.** Нами проанализированы трудные жизненные ситуации, которые отмечают на линии жизни лица с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья. Анализ и сопоставление данных двух рабочих групп показал, что в большинстве случаев это трудности, соотносимые с теми, которые переживают лица с типичным развитием: расставание с матерью (2 выбора), смерть питомца (1), смерть родных (17 выборов), переезд (5), расставание с партнером (1), переживание одиночества (4 выбора), проблемы с обучением (3), ссора с родными (2), неприяности с законом (1), проблемы со здоровьем родных (1). Однако отмечены и специфические для данной категории респондентов трудности: заболевание (11 выборов), негативная установка на лечение (как собственная, так и окружающих – 3 выбора), проживание в интернате (5 выборов). Значимость данных категорий проверялась при помощи критерия углового преобразования Фишера и соответствует значениям  $\varphi=4,89$  при  $p\leq 0,01$ ;  $\varphi=2,47$  при  $p\leq 0,01$ ;  $\varphi=3,22$  при  $p\leq 0,01$  соответственно.

В ходе анализа методики «Life line» отмечено, что негативные события в большинстве случаев признаются респондентом зависящими не от субъекта, а от внешних обстоятельств. В то же время, яркие позитивные события субъект чаще всего описывает как «подвластные» себе и контролируемые. Объяснение данному факту нам видится в наличии заболевания как объективной действительности, неподконтрольной действиям субъекта. Отдельно был отмечен аспект будущего. Лица с нарушениями здоровья видят будущее менее подробно и позитивно, чем контрольная группа. Только 20% выборки лиц с ОВЗ отмечают будущие события. Из них к положительным относятся занятия спортом, создание семьи, поступление в высшее учебное заведение, получение работы, переезд, приобретение дома. К негативным ожидаемым событиям относятся развод и смерть. Полученные результаты можно объяснить тем, что респонденты имеют тенденцию к «нормализации» собственной жизни, то есть приведение ее к стандартному шаблону и критериям успешности.

В ходе интервью в качестве стратегий совладания со стрессом респонденты выделяли спортивные достижения (17 выборов), взаимодействие с природой (3 выбора), погружение в работу (4 выбора), переосмысление жизни (1 выбор), социальное отвлечение (3), переключение деятельности (6), творчество (2). Категории, выбираемые респондентами с ОВЗ, соотносятся с копинг-стратегиями лиц с типичным развитием, однако имеют меньшую выраженность и используются не так часто, как в контрольной группе. Особой стратегией лиц с ОВЗ выступает приспособление к недугу, то есть создание механизмов, облегчающих быт и передвижение – 4 выбора.

В результате проведения методики «Опросник способов совладания» мы выделили относительно предпочитаемые респондентами копинг-стратегии (поскольку сильной напряженности какой-либо из стратегий не отмечено, как и значимых отличий от нормативов методики). Это «поиск социальной поддержки» ( $M=55,19, SD=30,31$ ), «положительная переоценка» ( $M=53,68, SD=29,71$ ) и «поиск решения проблемы» ( $M=65,93; \sigma=21,75$ ). Меньшую напряженность имеют стратегии «бегство/избегание» ( $M=44,93; \sigma=18,91$ ) и «дистанцирование» ( $M=47,30; \sigma=18,01$ ). Таким образом, мы видим отсутствие отличий по данному показателю от выборки лиц с типичным развитием. Однако в профиле представлены как активные копинг-стратегии, предполагающие самостоятельное преодоление стресса, так и стратегии, ориентированные на получение поддержки окружения. Ресурсы, применяемые респондентами, имеющими ограниченные возможности здоровья, представлены как внутренними (личностные качества, сила воли и характер), так и внешними (поддержка друзей и близких, помощь государства). Значимых различий в частоте выбора ресурсов обеих групп выявлено не было.

**Выводы.** На проведенном этапе исследования нам удалось выявить специфические копинг-стратегии, характерные для переживания стресса из-за наличия заболевания лицами с ограниченными возможностями здоровья. Особенности используемых ресурсов совладания выявлено не было, однако мы рассматриваем более подробный анализ данного вопроса как дальнейшую перспективу исследования.

#### Литература

1. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб., 1999. – 140 с.
2. Савченко Т.Н., Головина Г.М. Субъективное качество жизни: подходы, методы оценки, прикладные исследования. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. – 170 с.
3. Spilker B. Quality of Life Assessments in Clinical Trials. N. Y. Raven Press - 1990.

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ (проект №17-06-00812)*

**Ширяева И. Н., Козловская Л. Т., Арефьева-Ладько А. В., Багадаева А. О., Нурсултанов М. К.**

**Опыт применения метода канистерапии в остром периоде восстановления больных, перенесших острую недостаточность мозгового кровоснабжения**

Инсультный центр «КГП на ПХВ 1-ой городской больницы» г. Усть-Каменогорск  
ГУ «Служба пожаротушения и аварийно-спасательных работ Департамента по ЧС  
Восточно-Казахстанской области» КЧС МВД РК; Усть-Каменогорск, Казахстан  
[ishiryayeva@mail.ru](mailto:ishiryayeva@mail.ru); [lora12345bk.ru](mailto:lora12345bk.ru); [lavdekor@mail.ru](mailto:lavdekor@mail.ru)

**Ключевые слова:** канистерапия, острая недостаточность мозгового кровообращения, реабилитация

**Shiryayeva I.N., Kozlovskaya L.T., Arefeva-Ladyko A.V.,  
Bagadayeva A.O., Nursultanov M.K.**

**The experience of applying the method of canister therapy in the acute period of recovery of patients who had acute acute cerebral blood flow insufficiency**

Stroke center "KGP on PHV of the 1st city hospital" in Ust-Kamenogorsk city  
"Fire extinguishing and emergency rescue service of the ES Department  
of the East Kazakhstan region" of the Ministry of ES of the Republic of Kazakhstan  
Ust-Kamenogorsk, Kazakhstan

**Keywords:** canister, acute cerebrovascular insufficiency, rehabilitation

**Введение.** Современная ситуация в Казахстане характеризуется увеличением количества людей, перенесших острую недостаточность мозгового кровоснабжения (ОНМК). Ежегодно в Республике

Казахстан происходит свыше 49000 случаев, с установлением диагноза - инсульт (ОНМК) – заболевания, являющегося лидером по причинам смертности населения во всем мире. Из всех пациентов, перенесших инсульт, 80% навсегда остаются инвалидами. К наиболее частым последствиям инсультов относят развитие двигательных расстройств (до 80%) и когнитивных дисфункций (40-70%) в виде нарушений памяти, речи, мышления, ориентации в пространстве и времени и т.д. [1]. Эти нарушения отражаются на качестве жизни человека и в дальнейшем могут способствовать снижению коммуникативной, профессиональной и социальной сферы. Чтобы избежать или хотя бы как-то минимизировать развитие необратимых процессов у инсультных больных важно приступать к их восстановительному обучению как можно раньше в остром периоде. Поэтому наряду с традиционными методами лечения возрастает интерес к поиску, подбору и использованию таких вспомогательных методов коррекционно-реабилитационной работы, которые можно использовать уже на самых ранних этапах восстановления с целью предотвращения быстро нарастающей инвалидизации больного с ОНМК. На основании литературных данных и собственного опыта работы мы рассматриваем метод канистерапии как реабилитацию больных с помощью специально обученных собак. Этот метод используется с целью мотивации больного, позволяющий через работу с собакой адаптировать его к дальнейшему взаимодействию с другими людьми и специалистами, участвующими в оздоровлении, реабилитации, социализации постинсультного больного.

**Материал и метод.** В работе с больными на базе Инсультного центра «КТП на ПХВ 1-ой городской больницы» г.Усть-Каменогорска в качестве вспомогательного метода реабилитации применяется метод канистерапии. Он является достаточно новым не только для Республики Казахстан, но и для всего постсоветского пространства. Его преимущество – это возможность применения на раннем этапе восстановления с целью мотивирования больного к позитивным изменениям, активизации его внутреннего потенциала, изменения негативных установок, настроения, повышения самооценки, осознания и восстановления своей телесности. При построении реабилитационной программы мы опирались на основные принципы: междисциплинарный и комплексный подход систематичность занятий и поэтапное построение программы реабилитации (от простого задания к сложному). Во внимание принимались взаимосвязь специалистов в ходе реализации программы; связь лечебного и восстановительного периода, ЛФК, логопедические, психологические занятия, физиотерапия, лечение положением, массаж и т.д. В канистерапевтическом процессе каждому участнику отведена своя роль. *Собака* здесь является инструментом работы, средством воздействия на психику и телесность пациента, побуждает его к ответным реакциям и действиям. С другой стороны, она как живой участник, субъект процесса, обладает психикой, эмоциональным и поведенческим репертуаром реагирования, сама испытывает на себе воздействие со стороны *Пациента*. *Психолог* работает с пациентом на этапе диагностики (на входе и выходе), проводит занятия канистерапии, осуществляет контрольное наблюдение в ходе занятий. *Кинолог*: обеспечивает сопровождение и управление собакой, отслеживает реакции собаки на пациента. *Врачи-неврологи* определяют изменения в неврологическом статусе пациента на момент возникновения ОНМК и в ходе проведения канистерапии, контролируют ход реабилитации. Рабочая программа канистерапии включает в себя три блока: психомоторный, когнитивный, релаксационный. Занятие во вводной части начинается со знакомства или приветствия участниками друг друга, далее пациент взаимодействует с собакой и ведет её по периметру площадки в определенно заданном темпе, направлении; обводит фишки слева/справа и т.д. Цель: разогрев; восстановление координации и баланса; работа со схемой тела, крупной моторикой, пространством, самооценкой больного в ходе выполнения упражнений при активном движении.

В основной части – работа ведется на «ковре» уже при менее активных движениях. В когнитивном блоке содержатся упражнения, направленные на восстановление высших психических функций: речь, внимание, память, тактильную чувствительность, на пространственную ориентацию. Собака здесь выступает в роли «собеседника», партнера. Пациент может принимать удобное для себя положение и ему предлагается выполнить упражнения на отработку мелкой моторики, задания по выполнению графо-моторных проб, упражнения, направленные на восстановление функций речи, внимания, памяти и т.д. Когнитивный блок сменяется моторным, направленным на коррекцию/восстановление двигательных функций паретичных конечностей. Цель - восстановление произвольных движений; укрепление ослабленных мышц; увеличение амплитуды движений;

развитие подвижности суставов. В психомоторный блок включены активные и пассивные упражнения из комплекса лечебной физкультуры и терапии положением. Собака используется для переключения локуса контроля больного с физического/психологического дефекта на внешние явления. Например, по заданию психолога, больной переносит акцент с пораженной руки на коммуникацию глаза в глаза с собакой. Этого легко достичь при выполнении задания: провести собаку по заданному маршруту (при этом собака ставится в движение с пораженной стороны больного и удерживается его ослабленной рукой). Далее, в релаксационном блоке основной части программы работа ведется на «ковре» и направлена на снятие спастичности в пораженных конечностях, а так же с целью научения и закрепления техники расслабления. Здесь собака дает локальное тепло и работает «в укладках» на пораженные (паретичные) конечности постинсультного больного. Завершается занятие процедурой благодарения и ритуалом прощания не только между пациентом и собакой, но и со всеми присутствующими в зале. Здесь можно использовать приемы кормления, тактильные взаимодействия с собакой и проговариванием позитивных моментов, замеченных в ходе занятия, обратной связью. Цель всей работы – смещение акцентов с пессимистических установок больного в позитив, формирование нового видения себя, повышения самооценки, уверенности в себе, раскрытие и формирование новых резервов, потенциала. Поиск эффективных средств оценки динамики состояния пациентов в ходе канистерапии осуществлялся в области психофизиологических показателей состояния. Пилотное исследование проводилось с целью проверки гипотезы о влиянии собаки на изменение психофизиологического состояния постинсультного больного в ходе проведения канистерапии. Основная задача - выявление феноменов, указывающих на изменение психофизиологического состояния пациента при работе с собакой или без нее. Формирование групп: 1 - экспериментальная группа (с участием собак) - пациенты с установленным диагнозом ОНМК по ишемическому типу; 2- контрольная группа (без участия собак) - здоровые люди; 3 - контрольная группа (без участия собак) - больные с установленным диагнозом ОНМК по ишемическому типу. В работе использовались специально подготовленные собаки породы золотистый голден-ретривер и велш-корги пемброк в возрасте от 3 до 4 лет, всего четыре собаки.

В экспериментальную группу вошли 10 человек (в возрасте от 30 до 65 лет), перенесших ОНМК по ишемическому типу в остром периоде (до 2х месяцев с момента возникновения заболевания). Занятия проводились бесплатно, с периодичностью 2 занятия в неделю на протяжении 4 месяцев. У испытуемых фиксировались показатели температуры тела и конечностей, артериального давления, частоты сердечных сокращений до, в состоянии релаксации и после проведения занятий. Состояние релаксации в этой группе достигалось при тесном тактильном контакте и взаимодействии с собакой. Работу с больным проводили без речевого сопровождения и не предугадывая о том, на какую часть и сторону тела будут уложены собаки. Менялось положение только после локального повышения температуры. Мысленное сканирование тела пациентом осуществлялось при отслеживании им давления веса собаки на себе и сопровождалось пассивным, аутогенным ответным напряжением мышц на её вес, дифференцированием различных тепловых и тактильных ощущений. Собаки оставались напряженными, нервничали и учащенно дышали, либо вылизывали конечности пациентов до тех пор, пока пациенты физически не расслабились. Только при возникновении у пациентов телесного расслабления и спокойного ритма дыхания собаки успокаивались, вытягивались рядом с пациентом, начинали ровно, спокойно и бесшумно дышать, засыпали на больном. В контрольную группу без участия собак вошли здоровые люди в количестве 10 человек в возрасте от 34 до 72 лет, сходные по половозрастным характеристикам. Здесь фиксировались те же показатели, что и в экспериментальной группе, но проводилась канистерапия. Также регистрировались психофизиологические показатели до, в момент релаксации и после занятия. В контрольной группе без канистерапии - 10 человек в возрасте от 30 до 70 лет, с диагнозом ОНМК по ишемическому типу в остром периоде. Оценивались психофизиологические показатели до, в момент и после релаксации. В обеих контрольных группах собаки не использовались. Состояние релаксации достигалось только при прослушивании людьми аудиозаписи аутотренинга. Мысленное сканирование частей тела осуществлялось при направлении внимания пациента речевыми инструкциями.

**Результаты.** В группе больных с диагнозом ОНМК (при участии собаки) обнаружена тенденция к повышению значений АД после окончания занятий с собакой на ковре. Давление в момент релаксации снижалось на 10-20 мм рт.ст. но по окончании занятия опять возвращалось на исходные

позиции либо повышалось на 10 мм выше исходного значения, замеренного перед началом занятия. В момент релаксации (при «укладках» собак на паретичные конечности) температура рук или ног, прогреваемых телом собаки, поднималась на 1-1,5 градуса выше значения 36,6. При замерах ЧСС зафиксировано четкое снижение пульса относительно исходных значений, выявленных перед началом занятия. Люди уходили домой спокойными и уравновешенными. Показания не превышали исходных значений ЧСС. В группе больных с диагнозом ОНМК (без участия собаки) в момент релаксации и после занятий выявлена тенденция к снижению показателей АД, но к повышению значений ЧСС после завершения занятий, относительно исходных значений ЧСС, зафиксированных до начала занятия. В группе (без участия собаки) здоровых людей наблюдалась тенденция к нормализации либо снижению АД в момент релаксации. Артериальное давление относительно исходных значений, зафиксированных перед началом занятия, в момент релаксации снижалось так же на 10-20 мм рт. ст, но при этом показания АД, фиксируемые после окончания занятия, либо оставались в границах рабочего давления человека, либо не превышали исходных показателей АД, зафиксированных перед началом занятия. В момент релаксации температура кистей рук и стоп не повышалась, так же выявлена тенденция к понижению значений ЧСС.

**Резюме.** Проведенное пилотажное исследование позволяет оптимистично расценивать опыт применения канистерапии с пациентами, перенесшими ОНМК, по выше обозначенной процедуре коррекционно-реабилитационной работы. Для получения подтверждения высказанных гипотез требуется расширение выборки, использование не только психофизиологических, но и психологических параметров диагностики.

#### Литература

1. Ширяева И.Н. «Инсульт», опубликовано на сайте vko-zozh.kz от 25.10.2017

**Щелкова О.Ю., Круглова Н.Е.**

**К разработке биопсихосоциальной модели прогноза при кардиохирургическом вмешательстве**

СПбГУ, РГПУ им. А.И.Герцена, Санкт-Петербург, Россия  
[Olga.psy.pu@mail.ru](mailto:Olga.psy.pu@mail.ru), [nkruglova2016@yandex.ru](mailto:nkruglova2016@yandex.ru)

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, прогноз, психологические факторы, биопсихосоциальная модель

**Shchelkova O.Yu., Kruglova Nadezda E.**

**Developing biopsychosocial model of prognosis in cardio-surgical intervention**

St. Petersburg State University, Herzen University, Saint Petersburg, Russia

**Keywords:** ischemic heart disease, coronary arterial bypass graft, prognosis, psychological factors, biopsychosocial model

**Введение.** В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из основных терапевтических и социальных проблем во всем мире. В полной мере это относится к ишемической болезни сердца (ИБС) – одной из главных причин смертности и инвалидности лиц трудоспособного возраста [1]. Одним из наиболее эффективных методов лечения прогрессирующей и резистентной к медикаментозной терапии ИБС является операция коронарного шунтирования [3]. Однако, несмотря на увеличение объема оказываемой высокотехнологичной помощи и объективное улучшение состояния большинства прооперированных больных, показатели физической активности и трудоспособности у этой категории пациентов невысокие. Отмечено выраженное улучшение соматического состояния после КШ у 90% больных, но к трудовой деятельности без снижения предоперационного уровня трудоспособности и квалификации возвращаются лишь 40-60% пациентов [9]. Это позволяет предположить существенную роль психологических (личностно-мотивационных) факторов в восстановлении полноценного социального функционирования больных, перенесших КШ. Поэтому при планировании и оценке эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий становится необходимым анализ совокупности разнообразных объективных (отраженных в медико-биологических и клинических показателях) и субъективных (психологических и социально-средовых) характеристик больных. Однако до настоящего времени не существует системной модели прогноза при ССЗ, которая представляла бы клинико-биологические, психологические и социальные характеристики в их единстве и взаимодействии.

Разработка такой интегративной биопсихосоциальной прогностической модели является целью нового исследовательского проекта.

В основу проекта положена методология комплексного изучения психологических факторов эффективности восстановительного лечения больных ИБС после коронарного шунтирования, разработанная и реализованная в рамках договора о научном сотрудничестве между Санкт-Петербургским государственным университетом и Северо-Западным федеральным медицинским исследовательским центром имени В.А. Алмазова [5].

**Материал и методы.** На первом этапе исследования в связи с особой социальной значимостью проблемы невозвращения к трудовой деятельности после удачно проведенной операции на сосудах сердца изучались психологические факторы, связанные с трудовым прогнозом больных ИБС, перенесших КШ. Программа исследования включала выявление наиболее информативных для прогноза возвращения к трудовой деятельности социально-демографических, психосоциальных и индивидуально-психологических характеристик больных ИБС, перенесших КШ.

Были использованы клинико-психологическое интервью и психодиагностические методики: «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) [2], «Способы совладающего поведения» (ССП) [4], «Большая пятерка» (BIG V) [10], «Тест смысложизненных ориентаций» (СЖО) [8], «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) [4]. Исследовано 63 чел., перенесших КШ, это лица трудоспособного возраста, до начала подготовки к оперативному вмешательству сохранявшие трудоспособность и фактически работающие, а также не имеющие медицинских противопоказаний для продолжения трудовой деятельности через три месяца после операции (после восстановительного лечения и реабилитации). Программа исследования включала также выделение среди больных ИБС лиц, фактически работающих в отдаленном послеоперационном периоде (через три месяца после КШ), и сопоставление этих лиц по социально-демографическим, индивидуально- и социально-психологическим характеристикам с неработающими больными. Результаты исследования позволили выделить более 40 характеристик больных ИБС, связанных с благоприятным и неблагоприятным прогнозом восстановления трудового статуса после КШ [7].

**Результаты.** С помощью методов математической статистики была проведена оценка информативности отдельных психологических характеристик для прогноза трудоспособности больных ИБС в послеоперационном периоде. Была получена дискриминантная функция («решающее правило»), позволяющая по значениям дискриминантных переменных еще до операции прогнозировать попадание каждого нового больного ИБС, ожидающего подобную операцию на сердце, к классу работающих или неработающих пациентов. Согласно полученным данным, среди всех изученных психодиагностических показателей самым прогностически информативным оказался показатель шкалы «Экстраверсия» (BIG V), далее по значимости следуют показатели шкал «Социальная активность» (SF-36) и «Социальная защита» (ситуативная тревожность, ИТТ). Таким образом, прогностическим значением в отношении возобновления трудовой деятельности обладают психологические признаки, отражающие направленность и качество социальных контактов пациентов. Испытуемые экстраверты, ограниченные в общении в связи с заболеванием, не воспринимающие окружающую среду как источник неуверенности в себе, склонны возобновлять работу после операции КШ [6].

Полученные в этом исследовании данные будут интегрированы в системную биопсихосоциальную модель прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях. Планируется изучить совокупность факторов медицинского, социального (в том числе, трудового), психологического (когнитивный и эмоционально-аффективный статус, уровень алекситимии, типологические особенности структуры личности и ценностно-мотивационной сферы) видов прогноза в их системном единстве. Для этого предполагается проведение метаанализа представленных в отечественной и зарубежной научной литературе прогностических моделей при ССЗ, сравнительный анализ клинических (медико-биологических), психосоциальных, индивидуально-психологических характеристик больных ИБС с различной динамикой (ухудшением и улучшением) соматического состояния, когнитивного функционирования, а также эмоционального состояния и compliance в процессе реабилитации после коронарного шунтирования, выявление с помощью методов математической статистики наиболее прогностически информативных факторов, измеренных в период подготовки к операции, в отношении психологического и социального функционирования больных ИБС в ближайшем и



отдаленном послеоперационных периодах. На этой основе предполагается разработать и обосновать теоретическую системную модель прогноза при ССЗ и верифицировать ее с помощью методов математического моделирования.

#### Литература

1. Бауман У., Перре М. Клиническая психология и психотерапия. – СПб.: Питер, 2012. – 914 с.
2. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Психологическая диагностика тревоги и тревожности // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. / Науч. ред. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – С. 96-114.
3. Бокерия Л. А., Гудкова Р. Г., Ступаков И. Н. Хирургическое лечение больных с сосудистой патологией в Российской Федерации // Здравоохранение. – 2010. – № 6. – С. 15-23.
4. Вассерман Л. И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.
5. Еремина Д. А., Круглова Н. Е., Щелкова О. Ю., Яковлева М. В. Психологические основы повышения эффективности восстановительного лечения больных ИБС после коронарного шунтирования // Вестн. С.-Петерб. ун-та. – Серия 12. – 2014. – Вып. 1. С. 54-68.
6. Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю. Информативность психологических характеристик больных ИБС для прогноза возвращения к труду после коронарного шунтирования // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2015. – N 3 (9) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp>
7. Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю. Психологические и социальные факторы трудового прогноза при операциях на сосудах сердца // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». – 2016. – Т.9, №3. – С.55-66.
8. Леонтьев Д.А. Тест смысловых ориентаций (ЖО). – 2-е изд. – М.: Смысл, 2006. – 15 с.
9. Лубинская Е. И., Николаева О. Б., Демченко Е. А. Сопоставление клинической и социальной эффективности кардиореабилитации больных, перенесших коронарное шунтирование // Вестник Российской военной-медицинской академии. – 2012. – № 1 (37). – С. 218-223.
10. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования: пер. с англ. – М.: Аспект-Пресс, 2001. – 607 с.

*Проект реализуется при поддержке РФФИ (Рег.№ 18-013-00689 «а»)*

**Яковлева Н.В., Кутырева Я.С., Романова О.В.**

**Пилотажное исследование эффективности программы «Острова» по развитию эмоционального интеллекта у детей с нарушениями развития**

АНО ДО «Детский центр развития и социализации», Москва, Россия  
[info@educcentre.ru](mailto:info@educcentre.ru)

**Ключевые слова:** эмоции, восприятие эмоций, эмоциональный интеллект, нарушения развития

**Yakovleva N.V., Kutuyeva Y.S., Romanova O.V.**  
**Pilot study of the effectiveness of emotional intelligence development program 'Islands'**  
**for children with developmental disorders**

Independent non-profit supplementary education organization 'Children's Centre for Development and Socialization', Moscow, Russia

**Keywords:** emotions, emotions perception, emotional intelligence, developmental disorders

**Введение.** Дети с различными вариантами дизонтогенеза часто испытывают трудности в распознавании и понимании своих и чужих эмоциональных состояний, что отрицательно сказывается на их социальной адаптации [1; 2; 7]. Программа «Острова» направлена на развитие эмоционального интеллекта детей 7-12 лет с нарушениями развития. Методологически программа опирается, прежде всего, на работы В.А. Лабунской (формирование социально-перцептивного эталона) [3] и И.А. Архиповой (алгоритм распознавания эмоций) [5]. Программа рассчитана на 30 занятий и состоит из 5 циклов (каждый цикл состоит из 5 уроков, посвященных 5 базовым эмоциям: радости, злости, печали, страху и удивлению):

1. Распознавание чужих эмоций. Формируются социально-перцептивные эталоны эмоций, модель эмоций, соотношение экспрессивного эталона, внутреннего состояния и названия состояния.

2. Понимание своих эмоций. Формируется способность отнести свою эмоцию к определенной категории на основе умения определить знак эмоции, закрепляются социально-перцептивные эталоны, развивается модель эмоций.

3. Экспрессия. Задания направлены на выражение эмоциональных состояний через мимику, жесты, позу. Экспрессивные эталоны дополняются пантомимикой и индивидуальными особенностями эмоциональной экспрессии.

4. Эмотивный словарь. Эмотивный словарь пополняется синонимичными названиями базовых эмоций. Смысловые оттенки эмотивной лексики проявляются через ситуации. Вводится шкала интенсивности эмоций и её соотношение с синонимичными названиями эмоций.

5. Саморегуляция. В этом цикле происходит обучение адаптивным способам выражения эмоций и реагирования на чужие эмоции.

**Материал и методы.** В пилотажном исследовании приняли участие 15 детей в возрасте 7-12 лет, имеющие нарушения развития различного генеза. Все дети были доступны контакту и понимали обращённую речь. Для диагностики распознавания чужих эмоций были выбраны задания на распознавание эмоций по мимическим признакам и позе, как наиболее значимым компонентам эмоциональной экспрессии [3]. Детям предъявлялся стимульный материал в виде схематических изображений, реалистичных изображений и изображений поз. Для реалистичных изображений были использованы фотозаталоны выражений ряда эмоций П. Экмана и У. Фризена [6]. Схематические изображения были выбраны в соответствии с описанием глаз и рта на фотозаталонах [6]. Изображения поз были выбраны с учётом анализа описаний эмотивных поз А.А. Акишиной [4]. Для диагностики способности понимать собственные эмоции детям предлагалось представить себя в различных эмоционально насыщенных ситуациях (например, «тебе подарили подарок»), «на тебя побежала собака и хочет укусить») и обозначить вербально и невербально (выбрать подходящую карточку со схематичным изображением эмоции) своё эмоциональное состояние в них.

**Результаты.** Первичная диагностика показала, что большинство детей испытывало трудности при опознании и назывании эмоций. Самой сложной задачей оказалось опознание эмоции по позе. После прохождения программы количество правильных ответов значимо увеличилось (здесь и далее применялся Т-критерий Вилкоксона,  $p=0,008$ ) за счёт увеличения количество правильных названий схематических изображений ( $p=0,04$ ) и поз ( $p=0,005$ ). Кроме того, значимо увеличилось количество попыток объяснить эмоциональное значение позы невербально ( $p=0,04$ ), через ситуацию ( $p=0,04$ ) и правильное отнесение позы к эмоциональному полюсу ( $p=0,04$ ).

При обозначении своего эмоционального состояния около половины испытуемых давали адекватный невербальный ответ на большую часть заданий. Вербальное обозначение своего эмоционального состояния давалось меньшему количеству детей. После прохождения программы количество адекватных выборов карточки значимо не изменилось, при этом возросло количество адекватных вербальных обозначений ( $p=0,03$ ).

**Выводы.** Результаты апробации программы «Острова» позволяют заключить, что её прохождение влияет, по крайней мере, на два параметра: умение определить наличие эмоции по позе и способность к вербальному обозначению эмоции, как при опознании изображений, так и при обозначении своего состояния. Качественный анализ позволяет заключить, что значительные сдвиги от входящей к исходящей диагностики наблюдались преимущественно у тех детей, чьи способности к опознанию эмоций изначально были невысоки. С одной стороны, использованный диагностический инструмент может быть недостаточно чувствительным к тем изменениям, которые произошли у детей с более высокими изначальными показателями. С другой - есть вероятность излишней простоты программы для этой категории детей. Этот вопрос требует дальнейших эмпирических исследований.

#### Литература

1. Закаблук А.Г. Особенности понимания эмоциональных состояний детьми в норме и патологии как основания их социальной адаптации//Коррекционная работа в специальных школах и дошкольных учреждениях. — 1985. — с. 30-39.
2. Кузьмищева М.А. Динамика представлений об эмоциях детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста: Автореф. дис. канд. психол. наук. М. — 2002.
3. Лабунская В.А. Экспрессия человека: общение и личностное познание. — Ростов - на Дону: Феникс. — 1999.
4. Лингвострановедческий словарь/Акишина А.А., Кано Х., Акишина Т.Е./—М.: "Русский язык". — 1991.
5. Ушаков Д. В. Социальный интеллект: теория, измерение, исследования/под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова/М.: Институт психологии РАН. — 2004.
6. Ekman P. Facial expression/Nonverbal behavior and communication/New York. — 1978. — С. 97-115.

7. Gross A. L., Ballif B. Children's understanding of emotion from facial expressions and situations: A review //Developmental Review. — 1991. — Т. 11. — №. 4. — С. 368—398.

**Яковлева Н.В., Яковлев В.В.**

**Исследование психологической готовности инвалидов к трудовой деятельности**

РГМУ имени академика И.П. Павлова, Рязань, Россия  
[vasvasyak@mail.ru](mailto:vasvasyak@mail.ru)

**Ключевые слова:** психологическая готовность, инвалиды, трудовая деятельность, психологическая коррекция

**Yakovleva N., Yakovlev V.**

**Research of psychological readiness of invalids to work**

RSMU named I.P. Pavlov Ryazan, Russia

**Keywords:** psychological readiness, invalids, work activity, psychological correction

Инвалидность представляет собой социальный феномен, избежать которого общество, к сожалению не может. По данным Росстата на 2016 год численность инвалидов в России составляла 12751 тыс. человек (9% населения). В трудоспособном возрасте инвалидов порядка 4 млн. человек. При относительно стабильном общем числе инвалидов наблюдается увеличение доли III (рабочей) группы - с 3609 тыс. до 4601 тыс. человек, из которых работают лишь около трети. Это свидетельствует о важности психологической готовности как внутренней предпосылки трудоустройства части инвалидов, что особенно актуально в связи с объективными трудностями в обеспечении страны трудовыми ресурсами. Ратификация Конвенции ООН «О правах инвалидов», демонстрирующая намерение следовать основным принципам международной политики в отношении инвалидов, возложила на государство обязательства по проведению политики равноправия и участия инвалидов в различных сферах общественной жизни, прежде всего, в трудовой деятельности. С точки зрения психолога, очевидно, что только организационно-правовыми методами проблему привлечения к труду можно решить лишь отчасти; многое зависит особенностей личности. Помимо социально-экономического аспекта трудоустройство инвалида способствует его позитивному развитию, реализации потребности в самоактуализации, предотвращает формирование психологической инвалидизации.

Понятие готовности к деятельности относится к числу разработанных в психологии; достаточно сказать, что оно рассматривалось в работах таких крупных отечественных психологов как Н.Д. Левитов и К.К. Платонов. В работах по проблеме на контингенте инвалидов внимание чаще уделяется анализу факторов, объективно препятствующих решению проблемы их трудоустройства; к последним барьерам относятся, например, боязнь потери льгот, неуверенность в своих силах, низкая самооценка, отсутствие целевой мотивации инвалидов, низкий профессиональный уровень [2,4]. Реже отмечается, что инвалидность может стимулировать трудовую мотивацию, тем самым повышая психологическую готовность к труду [5,7,8]. Разрыв между теоретической разработанностью проблемы и отсутствием прикладных исследований можно преодолеть, используя современные научно-прикладные подходы, в частности авторскую концепцию витальной метакомпетентности [6]. Ядром данной концепции является понятие витальной метакомпетентности как способности личности к сознательному управлению здоровьесберегающей деятельностью. Так как инвалидность человека направляет локус его внимания в область здоровья, то построение его активности по принципу здоровьесберегающей деятельности может быть синхронизировано с готовностью заниматься трудовой деятельностью. Готовность инвалида к труду - это не только наличие возможностей и желания работать, но и стремление преодолевать трудности в процессе поиска работы и трудоустройства, толерантность к неудачам в сочетании с ответственностью за результат, адекватная самооценка, способность доказать работодателю, что несмотря на определенные ограничения, он имеет свои преимущества как потенциальный работник.

В ходе исследования нами было проведено сравнение условно здоровых испытуемых и групп инвалидов, различающихся по степени трудовой активности (работающие, безработные, студенты колледжа). Гипотеза исследования состояла в предположении, что уровень психологической готовности инвалида к трудовой деятельности детерминирован комплексом факторов, к числу которых, наряду с объективным состоянием здоровья и возрастно-половым статусом, следует отнести пси-

хологическую зрелость личности, развитость и содержание мотивационно-смысловой сферы, включенность инвалида в систему социальных связей [1,3].

Сравнение психологических особенностей готовности к труду работающих и безработных инвалидов выявило существенные различия по таким показателям как уровень мотивации, самооценки, эмоциональной устойчивости, тревожности, характер семейных отношений. При низкой содержательности труда на первый план у работающих инвалидов выходит коммуникативная и кооперативная процессуальная ориентация; они проявляют потребность в позитивных взаимоотношениях, ответственность за близких. В свою очередь члены семьи демонстрируют побуждающе-поддерживающее отношение к их труду. По сравнению с условно здоровыми испытуемыми инвалиды показывают большую смелость, проницательность, социабельность и меньшую напряжённость. Третий показатель несколько диссонирует с данными по копинг-тесту, согласно которым для испытуемых-инвалидов более характерны стратегии совладания с ситуацией, базирующиеся на относительно независимом от группы поведении. О социабельности инвалидов следует говорить как о потребности находиться в группе, а не как об устойчивой личностной черте.

Кластерный анализ результатов исследования выявил три группы инвалидов, условно обозначенных как податливые соискатели социальной поддержки, ответственные одиночки и рациональные преобразователи с высокой самооценкой. Данный этап позволил сформировать коррекционные мишени для разработки тренинга готовности инвалидов к трудовой деятельности (сокращенно ГИД) – оригинальной коррекционно-диагностической программы, направленной на формирование психологических ресурсов готовности личности инвалида к деятельности. Тренинг включает пять этапов: входа в пространство тренинга; рефлексию своих способностей; развитие психологических ресурсов; синтеза умений; контроля и корректировки. Результатом тренинга работы является создание индивидуальных коррекционных траекторий, направленных на развитие готовности инвалида к трудовой деятельности.

#### Литература

1. Инвалид в современном обществе: теория и практика психологических исследований / Под общ. ред. Н.В. Яковлевой. – Рязань: РязГМУ, 2016. – 188 с.
2. Павлюк С.В., Мельников В.В. Пути устранения проблем в сфере трудоустройства инвалидов в России. - Социальные науки. - № 5-1 (8). – 2015. - С. 94-99.
3. Психологическая готовность инвалидов к трудовой деятельности/ Под общ. ред. Н.В. Яковлевой. - Рязань: РязГМУ, 2017. – 198 с.
4. Старобина Е.М. и др. Причины низкой занятости инвалидов на рынке труда в оценках инвалидов и специалистов. - Вестник Всероссийского общества специалистов по МСЭ, реабилитации и реабилитационной индустрии. - №2. – 2015. - С.40-47.
5. Тюрин А.В. Психологическая адаптация инвалидов с последствиями детского церебрального паралича: дис... канд. психол. наук. – М., 2000. – 116 с.
6. Яковлева Н.В. Концепция витальной метакомпетентности как основа формирования здорового образа жизни. – Рязань: РязГМУ, 2015. – 453 с.
7. Amundson R., Tresky S. Bioethics and disability rights: conflicting values and perspectives // Journal of Bioethical Inquiry. – 2008. - №5. – P. 111–123.
8. Grue J., Sherry M. Interdisciplinary Disability Studies: Disability and Discourse Analysis. – US, Routledge, 2016. – 153p.

*Исследование проведено при поддержке гранта РФФИ №16-16-62003*

*Научное издание*

**ПОЛЯКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ 2018**  
**материалы конференции**  
**Методологические и прикладные проблемы**  
**медицинской (клинической) психологии**  
**(к 90-летию Ю.Ф. Полякова)**

*Под редакцией:*

Кандидата психологических наук, доцента Н.В. Зверевой  
Кандидата психологических наук, доцента И.Ф.Рошиной

Верстка – М.В. Зверева

Подписано в печать 02.03.2018  
Формат 60х90/16. Бумага офсетная.  
Печать цифровая. Тираж 290 экз.  
Заказ № 74080

Отпечатано в типографии «Onebook.ru»  
ООО «Сам Полиграфист»  
109316 г. Москва, Волгоградский проспект д. 42, кор.5  
[www.onebook.ru](http://www.onebook.ru)