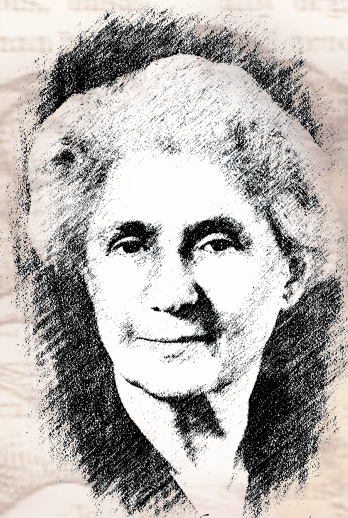


ФГБОУ ВО «Московской государственной
психолого-педагогической университет»
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»



С. А. Рубинштейн

Материалы Третьей Всероссийской
научно-практической конференции с
международным участием 25–26 ноября 2021 года

ДИАГНОСТИКА В МЕДИЦИНСКОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ: ТРАДИЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

К 110-ЛЕТИЮ СУСАННЫ ЯКОВЛЕВНЫ РУБИНШТЕЙН

Москва
2021

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

**Материалы Третьей Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием 25–26 ноября 2021 года**

**ДИАГНОСТИКА В МЕДИЦИНСКОЙ
(КЛИНИЧЕСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ:
ТРАДИЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

***К 110-ЛЕТИЮ СУСАННЫ ЯКОВЛЕВНЫ
РУБИНШТЕЙН***

**Москва
2021**

**Moscow State University of Psychology and Education
FSBSI Mental Health Research Center**

**Theses and articles of the 3rd All-Russian conference with
international participation**

**DIAGNOSTICS IN MEDICAL
(CLINICAL) PSYCHOLOGY:
TRADITIONS AND OUTLOOK**

by the 110th anniversary of S.Y.Rubinstein

**Moscow
2021**

УДК 159.9.618.89

ББК 88.7

Д 44

Редакционная коллегия:

Зверева Н.В., кандидат психологических наук, ст.науч.сотр. (*отв. ред.*)

Рощина И.Ф., кандидат психологических наук, ст.науч.сотр.

Ениколопов С.Н., кандидат психологических наук, доцент

Д 44 Диагностика в медицинской(клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С.Я. Рубинштейн).

Научное издание. Сборник материалов Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 25-26 ноября 2021 г/под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. — М.:, 2021.

— 374 с.

ISBN 978-5-94051-242-4

Сборник сформирован по материалам Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы» к 110-летию С.Я. Рубинштейн (25-26 ноября 2021 года), проводимой ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» и ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Традиционно сборник открывается публикациями С.Я. Рубинштейн. Работы авторов сгруппированы по следующим разделам: Вызовы к психологической диагностике в эпоху пандемии; Детская клиническая психология; Диагностика в клинической психологии: интеграция отечественного и зарубежного опыта; Современные тенденции развития экспериментально-психологических средств диагностики в разделах клинической психологии; Комплексные подходы в междисциплинарных исследованиях в медицинской (клинической) психологии; Психология и медицина: общее и специфическое в работе специалистов.

Авторы - как маститые ученые, так и начинающие специалисты. Представленные материалы отражают широкий срез диагностических целей и задач современной клинической психологии, в которой сохраняются традиции, заложенные классиками, в сочетании с запросами настоящего и будущего в этой области научно-практической деятельности.

Целевая аудитория издания – практические психологи, обучающиеся психологии и клинической психологии студенты, магистры, аспиранты, а также их преподаватели и научные работники. Безусловно, издание также будет полезно специалистам, работающим в смежных областях здравоохранения, социальной защиты населения, в системе образования.

УДК 159.9.618.89

ББК 88.7

Д 44

ISBN 978-5-94051-242-4

© ФГБОУ ВО МГППУ

© ФГБНУ НЦПЗ

© Коллектив авторов

ОГЛАВЛЕНИЕ

От редакции (вместо вступления)		13
Рубинштейн С. Я.	Методы изучения психики	15
Рубинштейн С. Я.	Некоторые конкретные вопросы патологии психики человека в свете философской проблемы биологического и социального	21
РАЗДЕЛ 1. ВЫЗОВЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ		
Байдрахманова А.К.	Особенности профессионального «выгорания» медицинских сестер в период пандемии	29
Вайдерман Б.О.	Диагностика посттравматического стрессового расстройства в эпоху пандемии	31
Воробьева Е.В., Нимченко А.Д.	Диагностика когнитивно-поведенческих и личностных особенностей лиц с расстройством пищевого поведения	34
Гусева Н.А. Крайнюков С.В.	Исследование жизнестойкости, депрессивных тенденций и ранних дезадаптивных схем у бездомных в период пандемии COVID-19	36
Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Жабина Д. В.	Суицидальные идеи после перенесенной инфекции COVID-19	39
Конюховская Ю.Е., Первичко Е.И., Митина О.В., Степанова О.Б., Дорохов Е.А., Петренко В.Ф.	Адаптация и апробация Наймигенского опросника для диагностики дисфункционального дыхания у неинфицированного населения в условиях пандемии COVID-19	41
Кузнецова С.О., Строгова С.Е.	Взаимосвязь совладающего поведения и толерантности к неопределенности в ситуации пандемии в юношеском возрасте	44
Ларских М. В., Житенева И.Г., Житенева А.К.	Исследование эмоционального выгорания у медицинских сестер психиатрического стационара, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией	46
Маракишина Ю. А., Лобаскова М.М., Адамович Т.В., Васин Г.М., Ситникова М.А.	Краткая версия опросника COPE как инструмент диагностики стратегий совладания со стрессом у подростков в период пандемии COVID-19	49
Митина О.В., Каипбергенова Х.Б.	Разработка методики диагностики представлений о COVID-19 и поведении в условиях пандемии (ППП COVID-19).	51
Митина О.В., Бачкала А.П.	Разработка и адаптация психосемантической методики диагностики мотивации поведения в условиях пандемии COVID-19	54
Обернихина А.Ю., Пуговкина О.Д.	Связь склонности к руминациям и проблемного использования интернета у студентов в период пандемии COVID-19	56
Первичко Е.И., Чижова А.Р., Степанова О.Б., Митина О.В., Конюховская Ю.Е.	Динамика системы ценностей молодых жителей России в условиях пандемии COVID-19	59

<i>Рогачева Т.В.</i>	Возможности интерпретации методики ТОБОЛ для клиентов, перенесших COVID - 19	62
<i>Седова Е.О., Завадская М.В., Горячева Т.Г.</i>	Динамика показателя риска формирования интернет-зависимого поведения при очном и дистанционном обучении	65
<i>Солондаев В. К.</i>	Понимание вакцинации в процессуальной логике	67
<i>Яковлева Н.В.</i>	Социально психологический подход к исследованию образа жизни и здоровьесберегающего поведения студентов в эпоху COVID-19	69

РАЗДЕЛ 2. ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<i>Александрова Р.В., Мешкова Т.А.</i>	Озабоченность весом и неудовлетворенность своим телом как факторы риска развития нарушений пищевого поведения у современных школьников	72
<i>Барменков Ю.В., Иванов М.В.</i>	Символическая функция в абилитации детей с расстройствами аутистического спектра. Анализ случая работы	74
<i>Бобылева И.А., Ульева Е.Е.</i>	Методы получения обратной связи у детей с выраженными интеллектуальными и речевыми нарушениями	76
<i>Велимедова О.В.</i>	Методы психодиагностического исследования подростков, предрасположенных к употреблению наркотических средств	78
<i>Ветрова М.А.</i>	Использование методики «Психолого-педагогический профиль РЕР-3» для диагностики ребенка со сложной структурой дефекта в группе кратковременного пребывания	81
<i>Власенкова И.Н.</i>	Диагностика социально-психологических особенностей подростков с алкогольной и наркотической зависимостью	84
<i>Галасюк И.Н., Митина О.В., Горелов Н. Е</i>	Разработка опросника «Родительская отзывчивость» для родителей детей раннего возраста	86
<i>Ганузин И.М., Шубин К.Л.</i>	Медико-социальная, психологическая и трудовая реабилитация подростков с отклонениями в состоянии здоровья	89
<i>Горбанева М.В.</i>	Особенности образа тела у школьников с сахарным диабетом I типа	91
<i>Гутько А.Д.</i>	Методы диагностики интернет-зависимости у подростков	93
<i>Давыдова А.М.</i>	Возможности сенсорной интеграции в коррекции избирательного пищевого поведения у детей с РАС.	95
<i>Дьяченко А.С.</i>	К вопросу о гибкости в патопсихологической диагностике	97
<i>Жукова-Луцко Е.В.</i>	Взгляд психотерапевта на проблемы адаптации детей, подростков и юношей в иностранной среде	99
<i>Зверева Н.В., Зверева М.В., Горюнов А.В.</i>	Оценка патопсихологического профиля детей и подростков с шизотипическим расстройством в динамике	101

<i>Золотова И.А.</i>	Диагностика установочного отношения к новорожденному у женщин в раннем послеродовом периоде	104
<i>Инояттов А.А., Бабарахимова С.Б.</i>	Диагностика суицидального риска у подростков с расстройствами пищевого поведения	107
<i>Калантарова М.В., Кочкина К.М.</i>	«Методика «рисуночного письма» в нейропсихологической диагностике готовности к школе»	109
<i>Калантарова М.В., Морозова М.А.</i>	К вопросу о роли непроизвольного зрительного внимания в успешности выполнения таблиц Шульте детьми младшего школьного возраста	111
<i>Карабко М. Д., Калантарова М.В.</i>	К вопросу об изучении особенностей соматогнозиса и оптико-пространственных функций у детей с нарушением формирования счета и счетных операций	113
<i>Каримулина Е.Г., Шамалова Я. А.</i>	Восприятие базовых эмоций детьми с расстройством аутистического спектра	115
<i>Кислых А.А.</i>	Взаимосвязь жизнестойкости и копинг-стратегий подростков с инсулинозависимым сахарным диабетом	118
<i>Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г.</i>	Клинико-психологическая диагностика аутизма и шизофрении в детстве – сравнительный аспект	120
<i>Комаровская А.И., Троицкая Л.А.</i>	Нейропсихологический подход к диагностике дисграфий у детей с ограничениями здоровья и жизнедеятельности	123
<i>Конопкина В.Д.</i>	Особенности пространственных представлений у младших школьников с задержкой психического развития	126
<i>Кулик Д.А., Церковникова Н.Г.</i>	Проектирование профессионального самоопределения современных подростков	128
<i>Кутдусова Л.Р., Сергиенко А.А.</i>	Особенности эмоциональной сферы детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи	130
<i>Лебедева О.В., Хромов А.И.</i>	Социальные факторы самостигматизации у подростков с психическими расстройствами	133
<i>Левкович К.С., Николаева Н.О.</i>	Диагностика пищевых предпочтений детей дошкольного и младшего школьного возраста с помощью набора карточек «Ребенок и еда»	135
<i>Максименко М.Ю.</i>	Об особенностях высших психических функциях и механизмах их дефицитарного развития у старшеклассников с умственной отсталостью	137
<i>Малева З.П.</i>	Некоторые теоретические аспекты дошкольной тифлопсихологии	139
<i>Малькова С.Л., Рубан О. В.</i>	Продуктивная (творческая) деятельность как средство развития ВПФ младшего школьника	142
<i>Никифорова П. Д., Калантарова М. В.</i>	Особенности эмоциональной регуляции когнитивных процессов детей, воспитанных в стиле «естественного родительства»	144
<i>Новикова Г.Р.</i>	Психодиагностическая компетентность психолога при оценке умственной отсталости в детско-подростковом возрасте: переход к классификациям DSM-5 и МКБ-11	146

<i>Сафонова М.Г., Зверева Н.В.</i>	Диагностика игры у детей с тяжелыми нарушениями речи	149
<i>Софрина А.Н.</i>	Феномен доверия у детей младшего школьного возраста, обучающихся в школах общеобразовательного и интернатного типа	151
<i>Терьян Я.Н., Иванов М.В.</i>	Патохарактерологические особенности подростков с разными видами интернет-зависимости	154
<i>Троцкая Л.А., Ерохина В.А., Чимарина М.А.</i>	Особенности эмоционально-личностной сферы детей с наследственными синдромами	156
<i>Туревская Р.А., Пленсковская А.А.</i>	Метод Ф.Аппе «Удивительные истории» в клинической практике.	158
<i>Фураева Е.И., Коваль-Зайцев А.А.</i>	Коррекция и развитие коммуникативных и социальных компетенций, компетенций эмоциональной сферы у детей с РАС с помощью фланелеграфа	161
<i>Черенева Е.А.</i>	Патопсихологическая модель саморегуляции младших школьников с нарушением когнитивного здоровья	163
<i>Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В., Балакирева Е.Е.</i>	Взаимосвязь показателей экспрессивной речи и некоторых параметров когнитивной деятельности у подростков с шизофренией	166
<i>Шевченко Ю. С.</i>	Феномен визуализированных представлений: клинико-психологический и дифференциально-диагностический аспекты.	168
<i>Шевченко Ю.С. Леденев Б.А.</i>	Клиническая диагностика патологических привычных действий у детей	170
<i>Шелумова О.С.</i>	Цветовой тест Люшера в оценке психоэмоционального статуса детей, находящихся на лечении в противотуберкулезном стационаре.	173
<i>Шинина Т.В.</i>	Шкала наблюдения детской самостоятельности: видеоанализ в клинической психологии	176
<i>Щавелева Ю. В., Зверева Н.В.</i>	Влияние неблагополучного детского опыта на готовность подростка к самостоятельной жизни	178
<i>Щербакова А.М.</i>	Проблема диагностики детей с ментальной недостаточностью в контексте Международной Классификации Функционирования	181

РАЗДЕЛ 3. ДИАГНОСТИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ИНТЕГРАЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА

<i>Адеева Т.Н., Тихонова И.В.</i>	Диагностика содержания внутренней картины дефекта	184
<i>Алдушина А.Д.</i>	Адаптация нейропсихологических проб для оценки когнитивного статуса пациентов с синдромом «запертого человека»	186
<i>Байрамова Э.Э., Ениколопов С.Н.</i>	Исследование связи магического мышления и веры в магию с нарушениями мышления в норме и при эндогенных психических заболеваниях	189
<i>Бек А.В.</i>	Роль скрининговых методов в раннем выявлении когнитивных нарушений при лечении и реабилитации пациентов с алкоголизмом	192

<i>Ганузин В.М., Барабошин А.Т., Маскова Г.С.</i>	Диагностики адаптации студентов к обучению в высших учебных заведениях	194
<i>Дмитриева Н.Г., Шуненков Д.А., Ениколопов С.Н.</i>	Способность к распознаванию запахов у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.	197
<i>Искандарова Ж.М., Шарипова Ф.К.</i>	Диагностика эмоциональных расстройств у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей.	198
<i>Каверина М. Ю., Гаврилова Е.В., Суханова А.В., Кроткова О.А.</i>	Модуляция внимания при мягких компримирующих воздействиях на мозг	201
<i>Кудряшов М.А.</i>	Шизотипия: Обзор концепции Пола Мила и вопросы диагностики	203
<i>Кутарев Л.Ф.</i>	Скрининг метод выявления ранних признаков расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в среде учащейся молодежи	206
<i>Мелёхин А.И</i>	Ранние дезадаптивные когнитивные схемы у пациентов с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта	208
<i>Мешкова Т.А., Михайленко Н.Н.</i>	Влияние родителей и сверстников на отношение к телу и пищевое поведение девушек студенческого возраста: апробация нового диагностического инструментария и пилотное исследование	211
<i>Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е., Папсуев О.О., Пуговкина О.Д.</i>	Метакогнитивный дефицит у пациентов с аффективными расстройствами как показание для групповых реабилитационных интервенций	213
<i>Морозова М.В., Савина О.Ф.</i>	Проблема критичности в аспекте оценки эффективности принудительного лечения	215
<i>Русаковская О.А.</i>	Методика «Проблемные ситуации» при проведении судебно-психиатрических экспертиз	218
<i>Солдатова К.М.</i>	Саморегуляция и самоконтроль: основные направления исследований	221
<i>Тагильцева А. В., Лапина М. В.</i>	Взаимосвязь личностных диспозиций с характеристиками ранних дезадаптивных схем при расстройствах личности	223
<i>Трушкина С.В.</i>	Психодиагностика развития в раннем возрасте: отечественные и зарубежные подходы	226
<i>Фанталова Е. Б.</i>	Методы исследования внутренних конфликтов в общей и клинической психологии	228
<i>Харитонова Н.К., Русаковская О.А.</i>	Стандартизированный протокол клинической беседы при проведении судебно-психиатрической экспертизы по делам о лишении, ограничении, восстановлении дееспособности	230
<i>Хох И.Р., Тимербулатов И.Ф., Халфина Р.Р.</i>	Актуальные подходы к диагностике игровой компьютерной аддикции (кибераддикции)	232
<i>Христофорова М.А., Бирюкова Е.А., Русаковская О.А., Казарина Е.В.</i>	Применение теста Векслера в судебно-психиатрической практике.	234
<i>Циомо Е.Е., Иванова Е.Г.</i>	Диагностика распознавания пантомимы при афазии	237
<i>Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., Исурин Г.Л.</i>	Психодиагностика в онкоортопедической клинике	239

РАЗДЕЛ 4. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДИАГНОСТИКИ В РАЗДЕЛАХ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

<i>Азатян Н.</i>	Психореабилитация больных с ИБС с учётом параметров КЖ	242
<i>Бауэр Е. А.</i>	Некоторые профессиональные риски в работе психотерапевта и психолога и способы их преодоления	244
<i>Блюфарб Н.М.</i>	Стандартизация в работе медицинского психолога. Новые подходы	245
<i>Будыка Е. В.</i>	Некоторые показатели выполнения словесно-цветового интерференционного теста Струпа студентами разного пола, различающимися латеральными признаками	247
<i>Бурлакова Н.С.</i>	Прикладная клиническая (медицинская) психология в контексте современных задач медицины	249
<i>Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И.</i>	Множественные татуировки и аутоагрессивное самоповреждающее поведение (NSSI) индикаторы суицидального риска.	252
<i>Дацковский И.</i>	Личностные и социальные характеристики в континуальной модели оценки выраженности аддиктивного поведения	255
<i>Есманская Н.Е., Слинко Е.А.</i>	Особенности стрессоустойчивости у студентов с психосоматическими нарушениями	258
<i>Золотарева А.А.</i>	Диагностика киберхондрии: перспективы и ограничения	260
<i>Козловская Л. Т., Ширяева И.Н.</i>	Исследование особенностей тактильной сферы у пациентов с ОНМК в восстановительном периоде.	262
<i>Коробко Е. В.</i>	К вопросу о психологической коррекции смысла болезни у женщин с идиопатическим бесплодием	264
<i>Мандрусова Э. С., Тетерина М.Н.</i>	Патопсихологический подход к социальной реабилитации психически больных	266
<i>Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Жабина Д.В., Кузнецова С.О.</i>	Нарциссические предиспозиции самоповреждающего поведения	268
<i>Мелёхин А.И</i>	Эффективность когнитивно-поведенческой терапии в неврологической практике: на примере первичного синдрома беспокойных ног	271
<i>Нелюбина А. С.</i>	Гипотетическое исследование поведения здорового человека в ситуации болезни как ситуации неопределенности	273
<i>Нестерова А. В.</i>	Исследование мотивационной сферы и структуры самооценки у лиц в отдаленном периоде после проведенного в детстве противоопухолевого лечения	275
<i>Оганесян Н. Ю.</i>	Нейромоторная коррекция больных шизофренией с помощью упражнений на оптико-моторную координацию	277

<i>Павлиашвили Б.Г., Коваль-Зайцев А.А.</i>	Особенности защитно-совладающего поведения у лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью"	279
<i>Польман А.</i>	Сочетание психообразовательных и диагностических элементов в интерактивном ДБТ-тренинге для взрослых, страдающих химической зависимостью	281
<i>Попова И.С.</i>	Применение виртуальной реальности (VR) в современной клинико-психологической диагностике	284
<i>Русина Н.А., Швецова С.В., Димова В.Н., Соловьева А.Д.</i>	Посттравматический рост онкологических больных как фактор «аутопсихотерапии»	286
<i>Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В.</i>	Роль социальной тревоги в актуализации и поддержании слуховых галлюцинаций при психотических расстройствах	289
<i>Семенова Н.Д.</i>	К вопросу об «отработанной» простоте: личностно-ориентированное и предметно-ориентированное обучение в реализации психосоциальной терапии психически больных	291
<i>Сыроквашина К. В.</i>	Посмертный анализ информации, характеризующей личность и состояние подростка перед самоубийством как клинико-психологический метод	293
<i>Труевцев Д.В., Сагалакова О.А., Жирнова О.В.</i>	Типичность и специфичность патопсихологических симптомов и синдромов в диагностике психических расстройств.	295
<i>Филатова-Сафронова М. А., Шутков Б.А.</i>	Оценка психологических особенностей людей с наркотической зависимостью с применением проективной методики «рисунок теплохода»	298
<i>Шведовская А.А., Калантарова М.В., Хромов А. И., Рощина И.Ф.</i>	Программа «Когнитивная стимулирующая терапия» при когнитивных дефицитах у лиц пожилого возраста: адаптация в России	299
<i>Шевеленкова Т.Д.</i>	Особенности капитуляции пациентов, страдающих шизофренией с суицидальными попытками в анамнезе.	301
<i>Якимов С.С., Шелюк О.Н., Беда В.В.</i>	Клинико-психологические характеристики лиц, употребляющих "дизайнерские" психоактивные вещества - "соли"	304

РАЗДЕЛ 5. КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ В МЕДИЦИНСКОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ

<i>Балашова Е.Ю.</i>	О некоторых аспектах развития методологии синдромного анализа в клинической психологии	307
<i>Быченко И.В.</i>	Депрессивная симптоматика у пациентов с соматоформными расстройствами	309
<i>Быченко И.В.</i>	Уровень субъективного контроля как психологический фактор, обуславливающий развитие соматоформных расстройств	311

<i>Василенко Т.Д., Блюм А.И.</i>	Предикторы аллергии неясного генеза в раннем детском возрасте	314
<i>Горбачевская Н.Л., Салимова К.Р., Данилина К.К., Тюшкевич С.А., Переверзева Д.С., Митрофанов А.А.</i>	Современные подходы к сопровождению семей, воспитывающих детей с синдромом FX. Клинические и нейрофизиологические особенности лиц с нарушением функционирования гена FMR1.	316
<i>Кошанская А.Г.</i>	Особенности эмоциональных переживаний пациентов, связанных с заболеванием сахарным диабетом II типа	319
<i>Куртанова Ю.Е., Ровнова А.А.</i>	Диагностика самосознания подростков, перенесших состояние комы	322
<i>Николаева В.В., Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю.</i>	Диагностика эмоционального выгорания у сотрудников библиотеки	324
<i>Рощина И.Ф., Селезнева Н.Д.</i>	Мишени для тренинга когнитивных функций у пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения (МСИ).	326
<i>Суркова К.Л., Сергиенко А.А., Зверева Н.В.</i>	Использование логопедических методов диагностики в нейропсихологическом исследовании детей дошкольного возраста	328
<i>Тучина О.Д., Холмогорова А.Б., Агибалова Т.В., Шустов Д.И.</i>	К вопросу о диагностике способности к формированию устойчивой ремиссии у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя	330
<i>Фаустова А.Г., Трусова А.Д.</i>	Использование полиморфных маркеров генов дофаминергической системы в комплексной диагностике психологической устойчивости	332
<i>Чапала Т.В., Илич М.</i>	Корреляционные взаимосвязи эмоционального состояния и пищевого поведения больных женщин с диагнозом хронический панкреатит	335

РАЗДЕЛ 6. ПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА: ОБЩЕЕ И СПЕЦИФИЧЕСКОЕ В РАБОТЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

<i>Давтян Е.Н.</i>	Клинический психолог – это психиатр?	337
<i>Давтян С. Э.</i>	Об исследовании интеллекта в клинической психологии	339
<i>Докукина Т.В., Быченко И.В.</i>	Тип поведенческой активности как психологический фактор, обуславливающий развитие соматоформных расстройств	341
<i>Кравченко Н.Е., Суетина О.А.</i>	К проблеме психологических и психопатологических реакций у страдающих онкопатологией детей и подростков.	343
<i>Макаренко С.Л.</i>	О неудовлетворительном методическом обеспечении решения практических задач медицинских психологов.	345
<i>Пономарева Е.В., Рощина И.Ф.</i>	Клинико-психологическое исследование когнитивных функций у пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения (МСИ)	346
<i>Рощина И.Ф., Осипова Н.Г., Сюняков Т.С., Андрющенко А.В., Курмышев М.В., Савилов В.Б.</i>	Оценка высших психических функций пациентов с мягким когнитивным снижением в процессе нейрокогнитивной реабилитации	349

<i>Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.</i>	Психологические проблемы родственников больных болезнью Альцгеймера, осуществляющих уход за пациентом	351
<i>Слоневский Ю.А.</i>	Кризис психологии. Роль личности в междисциплинарном поиске и сотрудничестве	353
<i>Соловьева С.Л.</i>	Психотерапевтический подход в практике врача	357
<i>Топанова Г. Т.</i>	Особенности личности и семейные отношения	359
<i>Шапиро А.З.</i>	Проблемы соотношения биологического и социального в психическом развитии человека в научно-практическом творчестве Сусанны Яковлевны Рубинштейн	364
<i>Шишкова А.М., Бочаров В.В.</i>	Актуальные вопросы диагностики «бремени болезни» у родственников, опекающих хронически больных	367
<i>Шмакова О.П.</i>	Диагностика социальной несостоятельности детей и подростков с психическими расстройствами	369
<i>Шмойлова Н.А.</i>	Ценность здоровья личности, стремящейся к самоактуализации	371

От редакции (вместо вступления)

В 2021 году исполняется 110 лет со дня рождения Сусанны Яковлевны Рубинштейн. Стало хорошей традицией раз в пять лет отмечать ее юбилейные даты проведением конференции по диагностике в медицинской психологии. Это издание - сборник материалов участников Третьей всероссийской конференции с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С.Я. Рубинштейн)». Прошли очередные пять лет нашей жизни и развития медицинской (клинической) психологии. Многое изменилось, появились новые проблемы, одни - в развитие уже имевшихся раньше, другие - реально новые, такие, как жизнь в условиях пандемии.

Традиционно мы публикуем как эмпирические работы, так и теоретические, а также расширенные аннотации и заявки на исследования, размышления специалистов на важные для диагностики в современной клинической психологии темы. Все направления клинической психологии представлены: пато- и нейропсихология, аномальное развитие, психосоматика, психокоррекция и реабилитация. Помимо работ психологов, представлены и работы специалистов смежных областей (врачей разных специальностей, дефектологов, логопедов, реабилитологов). Среди авторов и известные ученые, признанные авторитеты, и молодые специалисты, студенты, магистранты, аспиранты. Значительную часть материалов составляют работы практиков, выполняющих психологическую диагностику, поддержку и реабилитацию пациентов в клиниках и центрах помощи. Широко представлена география: Москва, Санкт-Петербург, Ярославль, Воронеж, Новосибирск, Сургут, Томск, Рязань и многие другие города России, есть материалы от наших коллег из ближнего (Белоруссия, Казахстан, Узбекистан) и дальнего (Израиль, Германия, Франция) зарубежья.

В сборник материалов вошли более 140 тезисов, а количество авторов приближается к 200. Разнообразие тем позволило выделить важные разделы, внутри которых материалы расположены в алфавитном порядке в соответствии с фамилиями первых авторов. Эти разделы представляют собой названия секций в проводимой конференции. Конечно, нет возможности предоставить слово для доклада всем желающим, также невозможно опубликовать все присланные материалы, шел отбор и редактирование присланных тезисов и статей. Мнение редакторов-составителей – удалось представить важные современные актуальные направления работы медицинских (клинических) психологов, посвященные теме пандемии (раздел 1), детству (раздел 2), развитию и интеграции отечественного и зарубежного опыта в сфере диагностики (раздел 3), отражению современных тенденций в этой сфере (раздел 4), междисциплинарному сотрудничеству (раздел 5). Отдельно скажем о разделе 6, посвященном взаимоотношениям и связям психологии и медицины. Это очень важное направление работы современной медицинской психологии – определение места и возможностей работы специалистов, вопросы ответственности, варианты взаимодействия с медиками разных специальностей, а не только с психиатрами и неврологами.

Конференция посвящена 110-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн и, продолжая традицию конференций 2011 и 2016 года, мы публикуем малодоступные материалы и статьи С.Я. Рубинштейн. Первая публикация – это фрагмент книги «Психология умственно отсталого школьника»¹ - возвращение специалистам заветов С.Я. Рубинштейн, касающихся принципов проведения психологической диагностики детей с нарушенным развитием. Эти принципы верны и по сию пору несмотря на то, что ряд используемых терминов представляет скорее уже исторический интерес. Вторая публикация: «Некоторые конкретные вопросы патологии психики человека в свете философской проблемы биологического и социального»² — это доклад на конференции по вопросам биологического и социального, проходившей в 1975 году. Редакторы благодарят А.З. Шапиро за предоставление текста из сборника материалов той

¹ Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. М. «Просвещение», 1970., с.58-68

² Биологическое и социальное в человеке. Материалы к симпозиуму в г. Москве -сентябрь 1975г.). М., 1975. -с. 583-596.

далекой конференции. Понимаем, что время, прошедшее с середины 1970-х годов, внесло свои коррективы в рассмотрение соотношения биологического и социального, но взгляд классика представляется важным в методологическом и в историческом аспектах.

Сборник выпускается к началу конференции в электронной версии и будет представлен на сайтах МГППУ, ФГБНУ НЦПЗ, АДПП и ресурсах Медицинская психология в России и Psyjournals.

Выпуская этот сборник, редакторы хотят выразить глубокую благодарность своему Учителю, замечательному отечественному психологу - Сусанне Яковлевне Рубинштейн, стоявшей у истоков научного и практического направлений современной отечественной клинической психологии, заложившей основы «золотого фонда» методик качественной психологической диагностики.

Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина, 2021

Рубинштейн С.Я.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИКИ

Предварительное ознакомление с учащимися. Основные принципы и приемы экспериментально-психологических исследований. Отличия экспериментально-психологических методов от педологического «метода тестов».

Учитель, воспитывающий и обучающий учеников на протяжении нескольких лет, имеет возможность хорошо изучить каждого из них. Однако педагогическое наблюдение — это не единственный метод изучения детей. Учитель, приступающий к работе в новом для него классе либо начинающий обучение первоклассников, должен ознакомиться с составом учащихся своего класса еще до начала работы с ним. Для этого существуют следующие пути.

Прежде всего, учитель должен ознакомиться с медицинскими данными. Но для того, чтобы лучше понять медицинские заключения, хранящиеся в личном деле каждого ученика, нужно уметь разбираться в медицинской терминологии, понимать значение тех или иных признаков болезни. Учитель мало узнает о своем ученике, прочитав, например, в медицинском заключении, что тот перенес туберкулезный менингит, если наряду с этим не ознакомится с литературой о туберкулезном менингите и его последствиях.

Вторым важным источником знаний о психическом развитии ребенка являются сведения об истории его жизни, получаемые от родителей. Необходимо тактично, но в то же время основательно расспросить родных ребенка о том, в каких условиях он воспитывался с самых ранних лет жизни. У них надо узнать, посещал ли ребенок ясли, детский сад, как складывались у него взаимоотношения с другими детьми в семье и во дворе. Очень важно выяснить, не было ли каких-нибудь резких переломов в семейном воспитании ребенка. (Это может быть, например, смерть бабушки, которая очень баловала и нежила ребенка.) Большое значение для формирования характера ребенка имеют отношения между родными. Очень важно знать, воспитывался ли ребенок в дружной семье или в такой, в которой были постоянные распри и неурядицы.

Даже такие, часто ускользающие от внимания взрослых обстоятельства, как возраст и характер детей, с которыми ребенок проводит время, также оказывают заметное влияние на формирование тех или иных черт его характера и на умственное развитие. Внимательное изучение короткой, но важной истории жизни ребенка дает возможность найти истоки многих черт его характера, многих особенностей его психического развития.

После ознакомления с медицинскими заключениями о состоянии здоровья ребенка и с историей его жизни учитель непосредственно знакомится с ребенком, беседуя с ним и наблюдая за ним в классе. Относительно методики педагогического изучения учащихся имеются очень ценные, подробные указания профессора Л. В. Занкова³.

Для более глубокого изучения особенностей психики учащихся вспомогательных школ можно использовать специальные методики экспериментально-психологического исследования.

О том, что представляет собой эксперимент, известно еще из курса общей психологии.

Эксперимент отличается от простого наблюдения тем, что исследователь активно вызывает интересующие его явления по определенному плану. Благодаря эксперименту исследователь получает большую возможность определить причины, вызывающие те или иные психические явления, и следить за их изменением, развитием. Благодаря экспериментальному методу исследователь овладевает явлением. Эксперимент во всякой науке является одним из наиболее совершенных методов исследования.

Для изучения разных видов патологии психики экспериментальный метод особенно важен. Олигофренопедагоги должны хорошо владеть многими экспериментальными методиками,

³ См.: «О педагогическом изучении учащихся вспомогательных школ», под ред. Л. В. Занкова. М., Изд-во АПН РСФСР, 1953.

квалифицированно толковать и оценивать результаты экспериментов, а если потребуется, то и разрабатывать новые методики.

Прежде чем описывать принципы построения эксперимента и конкретные методики, представим себе, когда, в каких ситуациях, для решения каких вопросов олигофренопедагогу может оказаться необходимым применить эксперимент.

Во-первых, желая установить наилучшую, наиболее эффективную дозировку домашних заданий, педагог может экспериментально проверить, при каком количестве домашних заданий они выполняются наиболее успешно. Учитель может проверить экспериментально, какие из новых пособий наиболее целесообразно использовать на уроке. Удачным примером экспериментального психолого-педагогического исследования является работа Х. С. Замского «О разнообразии при повторении учебного материала».⁴ При современном курсе на сближение науки и практики каждый учитель, работая в школе, должен уметь выполнять небольшие поисковые экспериментальные работы.

Во-вторых, учителю нужно уметь экспериментально исследовать ученика в случае, если он по непонятным причинам начинает плохо успевать по какому-либо одному предмету или по всем сразу. Неуспеваемость по одному из предметов, при хорошей успеваемости по другим, может быть следствием какого-либо локального поражения либо недоразвития. Так, например, при нарушениях восприятия пространства может возникнуть стойкая неуспеваемость по арифметике; при нарушении слухового анализатора — возникают грубые ошибки письма. Олигофренопедагог должен владеть методиками диагностики локальных поражений. Они подробно описаны в книге А. Р. Лурия «Высшие корковые функции человека».

В-третьих, олигофренопедагог, овладевший методиками экспериментальной патопсихологии, может оказаться полезным помощником детского врача-психоневролога в случаях трудной диагностики заболевания психики ребенка. Такая работа может им проводиться и в стенах школы или интерната, и в порядке единичных консультаций. Некоторые выпускники отделения олигофренопедагогики дефектологического факультета Московского государственного педагогического института имени В. И. Ленина с полным правом заведуют кабинетами экспериментальной патопсихологии в психоневрологических больницах и диспансерах; свои навыки экспериментальной работы они полностью ставят на службу задачам психиатрической клиники. Их заключения по данным экспериментально-психологического исследования детей (а также и взрослых) используются врачами-психиатрами в качестве дополнительных данных при установлении диагноза, при оценке эффективности лечения, при изучении новых, ранее неизвестных заболеваний.

Но чаще всего, разумеется, патопсихологический эксперимент используется во время работы комиссий по отбору детей во вспомогательные школы.

В тех случаях, когда во время работы отборочных комиссий у врачей-психоневрологов и педагогов-дефектологов возникают сомнения и трудности в диагностике умственной отсталости, целесообразно направить ребенка на экспериментально-психологическое исследование. Цель такого исследования — получение дополнительных данных, которые могут помочь объективно и более точно оценить нарушения познавательной деятельности ребенка и степень выраженности этих нарушений.

Для этой цели в зависимости от состояния ребенка, от усвоенных им учебных навыков и от конкретных условий исследования можно использовать 3—4 из нескольких десятков экспериментальных методик.

Олигофренопедагог должен хорошо понимать принцип построения экспериментальных методик и способы истолкования получаемых при этом результатов.

Одним из основных принципов построения экспериментальных методик, с помощью которых исследуется психика детей, является принцип моделирования обычной психической

⁴ См.: Х. С. Замский. О разнообразии при повторении учебного материала. «Известия АПН РСФСР», вып. 57, 1954.

деятельности, осуществляемой человеком в процессе труда, учения, общения. Моделирование заключается в вычленении основных психических актов и действий человека и организации выполнения этих действий в непривычных, несколько искусственных условиях. Так, например, если одним из типичных интеллектуальных процессов учащегося является ориентировка в тексте, его запоминание и краткое воспроизведение, то и эксперимент может состоять в том, что больному ребенку предлагают какой-либо ранее ему незнакомый текст, дают возможность определенное число раз его прочесть и спустя фиксированное время просят этот текст вкратце воспроизвести.

Количество и качество такого рода моделей очень многообразно: здесь и процессы анализа, синтеза, установления различных связей между предметами, комбинирование, расчленение и т. д. Практически большинство экспериментов заключается в том, что ребенку предлагают выполнить какую-либо работу: ряд практических заданий либо действий в уме, а затем тщательно регистрируют, каким способом он действовал. Если он ошибался, то выясняется, чем были вызваны и какого типа были эти ошибки.

Вторым принципом построения патопсихологического эксперимента является направленность на качественный анализ психической деятельности детей. С этой точки зрения существенно не то, решена или не решена предложенная больному задача и каков процент выполненных и невыполненных задач. Лишь в редких случаях ограничивается время выполнения предлагаемых заданий. При оценке результатов эксперимента главными являются качественные показатели. Эти показатели свидетельствуют о способе выполнения заданий, о типе и характере ошибок, об отношении ребенка к своим ошибкам и критическим замечаниям экспериментатора.

Из сказанного не следует, что какое бы то ни было количественное измерение лишено смысла. Это не так. Однако количественные показатели (скорость, объем выполненной работы, количество ошибок и т. д.) имеют лишь подчиненное, второстепенное значение. Они могут быть полезны лишь в том случае, если известно, как больной ребенок относится к работе: заинтересован ли он в успехе, понимает ли инструкцию и т. п.

Излишне при исследовании психически неполноценных детей чрезмерно стандартизировать условия исследования и ограничивать ребенка во времени. Желательно оказывать помощь и осуществлять индивидуальный подход в процессе исследования. Совместное преодоление ошибок, возникающих у ребенка в процессе выполнения экспериментальных заданий, учет того, какая помощь оказалась необходимой и достаточной, — наиболее интересный и важный материал для оценки тех или иных нарушений психической деятельности.

Третий принцип очень прост и вытекает из самого смысла слова «эксперимент». Эксперимент требует точной и объективной регистрации фактов. При всех вариациях и видоизменениях конкретных методических приемов недопустимо сводить эксперимент к свободной беседе с ребенком или ограничиваться субъективной интерпретацией экспериментальных данных.

Разумеется, эксперименты, которые проводятся с психически больными или глубоко отсталыми детьми, заведомо не могут быть столь точными и безупречными, как это имеет место при исследовании нормальных детей. Умственно отсталые дети не только нарушают порядок работы, предусмотренный инструкцией, но иногда и вовсе действуют не так, как должно: играют с пособиями, вместо того чтобы раскладывать их соответствующим образом, прячут их в карманы, выполняют действия прямо противоположные тем, которые их просят выполнить.

Однако все эти не соответствующие инструкции действия не следует рассматривать как «срыв» эксперимента. Они представляют собой ценный экспериментальный материал, который может оказаться продуктивным и важным при условии, если всё, что происходило во время эксперимента, было тщательно запротоколировано. Совершенно недопустимо вести эксперимент без протокола; протокол — эта «душа» эксперимента. Даже если высказывания ребенка записываются с помощью магнитофона, протокол все равно следует вести. Ведь

нужно записать, как действовал ребенок, каковы были его эмоциональные реакции и т. д. Для каждой экспериментальной методики существует своя особая форма протокола.

В любой протокол записываются действия ребенка и его речевые реакции. Кроме того, в них должны быть отражены вопросы, критические возражения, подсказывающие реплики, прямые разъяснения, а также и то, как ребенок принимает эту помощь (сразу ли спохватывается и исправляет ошибки, оспаривает или принимает возражения). Каждый эксперимент должен дать объективные данные, которые могут быть подтверждены при их проведении другими людьми и с помощью каких-либо иных, контрольных опытов.

Таковы общие принципы построения психологического эксперимента.

Воспроизводя в нескольких искусственных, лабораторных, но тем самым как бы очищенных от случайностей условиях модель тех или иных познавательных актов, эксперимент позволяет выявить, в чем существенное, качественное отличие познавательной деятельности данного ребенка от деятельности, типичной для его здоровых сверстников.

Так, например, один из простейших, общеупотребительных экспериментальных приемов — просьба объяснить, что изображено на сюжетной картинке. Такого рода деятельностью, как известно, очень часто занимаются все дети, начиная с дошкольного возраста.

Отличие экспериментального приема от обычного педагогического будет заключаться, во-первых, в создании однотипных условий. Нельзя воспользоваться общеизвестной картинкой, например из числа опубликованных в хрестоматиях, так как дети окажутся в неравных условиях (одни уже обсуждали эту картинку с родителями или в школе, другие увидели ее впервые). Нужно взять картинку никому неизвестную, но имеющую определенный сюжетный скрытый смысл. Затем необходимо проверить на большом количестве здоровых детей определенного возраста (и запротоколировать), какие трактовки содержания наиболее типичны, как скоро при самостоятельном рассматривании здоровые дети правильно постигают смысл картинки, вызывает ли эта картинка у здоровых детей интерес, эмоциональную реакцию. Затем та же картинка должна предъявляться группам детей того же возраста, которые страдают заведомо известными заболеваниями; таким образом выясняется характер и особенности трактовки, типичные для разных групп.

Картинка предъявляется больному ребенку в специальной, т. е. тихой экспериментальной комнате. Экспериментатор начинает с беседы и установления необходимого контакта. В ходе эксперимента выясняется, рассматривает ли ребенок картинку с интересом или после беглого взгляда равнодушно отводит от нее взор; понимает ли он смысл изображенного или ограничивается перечислением изображенных объектов; правильно ли толкует содержание картинки; какого типа ошибки делают дети, относящиеся к тому или иному типу (по характеру заболевания); каковы особенности речи ребенка (объясняет ли он смысл картинки отдельными отрывистыми словами либо его речь носит грамматически связный характер).

Этот простой опыт может дать сведения о скорости протекания психических процессов, особенностях эмоциональных реакций и т. д.

Такова кстати «технология» создания и апробации новых методик.

Прежде чем перейти к описанию отдельных методик, следует дать наиболее общую характеристику экспериментально-психологических приемов исследования. При этом необходимо разъяснить, чем эти приемы отличаются от тестирования, которое практиковалось в педологии. Дело в том, что при поверхностном рассмотрении указанных приемов у неспециалиста может создаться ошибочное впечатление относительно сходства того и другого. Здесь и там картинки, здесь и там задачи. Поэтому очень важно разобраться, для чего и как использовались педологические тесты и для чего и как проводятся экспериментально-психологические исследования.

Как уже указывалось в главе 2, педологи считали, что умственная отсталость возникает вследствие того, что ребенок унаследовал от родителей малое количество ума. Свою задачу они видели в том, чтобы определить, каким количеством ума располагают конкретные дети, с тем чтобы на этой основе распределить их по разным школам. Для этого поступали следующим образом. Педологи предлагали детям специальные наборы задач-тестов.

Некоторые из этих задач были даже интересными. Большинство задач (типа ребусов и головоломок) носило просто нелепый характер. Для правильного решения тех и других задач нужно было обладать определенными знаниями и навыками. Задачи предъявлялись по большей части однократно. На их решение давалось весьма ограниченное время. Все задачи были градуированы по возрастам.

После обследования каждого ребенка производились некоторые статистические подсчеты. Например, число правильно решенных задач делилось на число месяцев жизни ребенка, таким образом вычислялся так называемый IQ — интеллектуальный (умственный) коэффициент ребенка или подростка. Если оказывалось, что у ребенка или подростка IQ больше единицы, он считался одаренным. Если IQ был равен единице или был не меньше, чем 0,75, ребенок считался нормальным, а если IQ оказывался меньше 0,75, ребенок считался умственно отсталым.

При ознакомлении с иностранной литературой, вышедшей в самые последние годы, часто обнаруживаются ссылки на IQ. До сих пор, несмотря на активные возражения прогрессивных педагогов и психологов, во многих зарубежных странах детей распределяют по разным типам школ и иных учебных заведений на основании вычисления их IQ.

В настоящее время в ряде стран при отборе во вспомогательные школы пользуются тестовыми испытаниями иного типа. Однако принципиально это те же тесты. Таков, например, тест Векслера-Бельвью (усовершенствованный вариант профилей Россоломо). Он состоит из целой «батареи» разных экспериментальных методик. Каждая методика предусматривает предъявление ряда градуированных по трудности задач (от легких до самых трудных). С помощью этих методик делаются вычисления, пользуясь которыми детей относят либо к нормальным, либо к умственно отсталым. Это, в сущности, тот же педологический измерительный подход, те же, хотя и несколько модифицированные, профили Россоломо.

Приемлемо ли использование таких способов для отбора детей во вспомогательные школы? Советские патопсихологи утверждают, что такие способы, безусловно, неприемлемы. Недопустимо, чтобы судьба ребенка решалась специалистом, который избавлен от необходимости размышлять и оценивать качественные особенности нарушений или недоразвития психики ребенка. Педологический подход противоречит духу советской педагогики и психологии. В наших условиях проблема отбора во вспомогательные школы решается на основе анализа педагогических характеристик и заключений психоневрологов. Если этих данных оказывается недостаточно, то, как уже говорилось выше, производят углубленное экспериментально-психологическое исследование.

Это исследование должны проводить специалисты-патопсихологи (таких кадров пока очень мало) или олигофренопедагоги, поскольку они изучают в институте психиатрию, невропатологию, общую и специальную психологию и проходят экспериментальный практикум. Специалистам какого-либо другого профиля доверять экспериментально-психологическое исследование детей не следует ввиду их некомпетентности в этих вопросах.

Таким образом, принципиальное отличие методик экспериментально-психологического исследования от педологических тестов заключается, во-первых, в разной целевой установке. Педологи пытались с помощью тестов измерять степень умственной одаренности ребенка, игнорируя медицинские данные и подменяя этим измерением как медицинское изучение состояния нервной системы ребенка, так и педагогический анализ его познавательной деятельности. Современное экспериментально-психологическое исследование преследует иные цели. Оно должно дополнять и углублять медицинское и педагогическое изучение ребенка, способствуя этим разрешению отдельных, практически важных вопросов диагностики и методики восстановления и развития психики ребенка.

Во-вторых, отличие методик экспериментально-психологического исследования от педологических тестов состоит в том, что первые направлены на качественный анализ психических процессов, на раскрытие механизмов того или иного способа деятельности ребенка, в то время как тестовые испытания носили в основном измерительный характер и основывались на статической вероятности тех или иных признаков.

Как и всякий эксперимент, психологический эксперимент неизбежно происходит в равных и несколько искусственных условиях. Равенство условий вовсе не тождественно бессмысленной стандартизации исследования. Во время выполнения задания ученику можно и нужно оказывать помощь. То, как он принимает эту помощь и каких достижений может при этом добиться, как раз и является одним из наиболее интересных показателей исследования.

Большой интерес представляет так называемый обучающий эксперимент. Его сущность заключается в формировании у детей тех или иных новых навыков, умений или умственных действий (см. стр. 71). При этом учитывается, какая помощь и какие условия необходимы ребенку для того, чтобы он усвоил способ действия.

При проведении экспериментальной работы следует учесть некоторые методические советы.

Экспериментатор должен вести протоколы опытов в момент их проведения; не следует откладывать оформление протоколов. Протоколы, ведущиеся во время работы с ребенком, будут не такими полными и аккуратными, как того бы хотелось, но они окажутся гораздо достовернее, точнее. Постепенно, приобретая навык, экспериментатор научится писать их все более полно и аккуратно.

В процессе выполнения экспериментальных заданий экспериментатор задает ребенку вопросы и помогает ему правильно выполнить задание. Формы этой помощи могут быть очень различны:

- простое переспрашивание, т. е. просьба повторить то или иное слово, поскольку это привлекает внимание ребенка к сказанному или сделанному;

- одобрение и стимуляция дальнейших действий, например: «хорошо», «дальше»;

- вопросы о том, почему ребенок сделал то или иное действие (такие вопросы помогают ему уточнить собственные мысли);

- наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора;

- подсказ, совет действовать тем или иным способом;

- демонстрация действия и просьба самостоятельно повторить это действие;

- длительное обучение ребенка тому, как надо выполнять задание.

При описании отдельных методик приводятся указания на то, какие виды помощи в данном случае уместны. Все же выбор адекватных способов помощи остается одним из трудных разделов экспериментальной работы, требующим опыта и квалификации. Общие правила, которыми при этом следует руководствоваться, заключаются в следующем:

- сначала следует проверить, не окажутся ли достаточными более легкие виды помощи, и лишь затем прибегнуть к показу (демонстрации) и обучению;

- экспериментатор не должен быть многословным или вообще чрезмерно активным; его вмешательство в ход эксперимента, т. е. в работу ребенка, должно быть обдуманым, скупым, редким;

- каждый акт вмешательства, т. е. помощи, должен быть внесен в протокол (так же как ответные действия и высказывания ребенка).

Наибольшую трудность представляет анализ экспериментальных данных. Важно суметь отграничить проявления патологии психической деятельности от особенностей психики, связанных с индивидуальными свойствами ребенка, или от неправильного отношения к исследованию. Во избежание ошибок желательно, чтобы экспериментатор приобрел личный опыт экспериментального исследования психически здоровых детей. Психолог должен анализировать экспериментальные факты с большой сдержанностью и осторожностью.

На первых этапах ведения экспериментальной работы следует больше всего остерегаться произвольных, малообоснованных толкований. Поэтому, делая в заключении какой-либо вывод из полученных экспериментальных данных, нужно обязательно записать те факты (действия или слова ребенка), из которых этот вывод следует. Полезно также проверить этот вывод с помощью других методик при повторном исследовании. Единичные, не повторяющиеся экспериментальные факты очень редко могут иметь существенное значение, особенно если они получены недостаточно опытным экспериментатором.

На основании анализа экспериментальных данных составляется заключение.

Надо сказать, что оно не является документом, определяющим направление ребенка в ту или иную школу. Как указывалось выше, оно принадлежит к вспомогательным материалам, облегчающим решение вопроса врачом-психоневрологом и олигофренопедагогом.

В заключении по данным экспериментально-психологического исследования содержатся выводы относительно адекватности либо неадекватности эмоционального личностного отношения ребенка к факту проверки его умственной работоспособности. Помимо этого, в нем дается описание того, в чем главные затруднения ребенка при выполнении предложенных ему заданий. Указанные затруднения могут быть связаны с: а) ослаблением внимания, рассеянностью и забывчивостью, сочетающихся с достаточной сообразительностью; б) неумением обобщать, улавливать существенный скрытый смысл и строить логичные умозаключения; в) неумением выражать мысль и вообще работать со словесно оформленным материалом; г) поражением либо недоразвитием отдельных анализаторов.

Возможны и иные выводы из экспериментальных данных. Важно лишь отметить, что их смысл заключается в качественной оценке особенностей познавательной деятельности учащихся, а не в цифровых показателях так называемого интеллектуального возраста или коэффициента ума.

Составление такого заключения требует, разумеется, не только наличия технических навыков проведения экспериментальной работы, но и хорошей патопсихологической квалификации.

Рубинштейн С. Я.

НЕКОТОРЫЕ КОНКРЕТНЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОЛОГИИ ПСИХИКИ ЧЕЛОВЕКА В СВЕТЕ ФИЛОСОФСКОЙ ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО

Философский аспект проблемы соотношения биологического и социального в психике человека широко освещен в соответствующей литературе. Решение этой проблемы для психологии дано в трудах С.Л. Рубинштейна⁵ и его сотрудников, А. Н. Леонтьева⁶, М. Г. Ярошевского⁷. Оно основано на рефлексорной теории И.М. Сеченова и И.П. Павлова, полностью согласуется с данными биологов — А.Н. Северцова⁸ и Н.П. Дубинина⁹.

К сожалению, однако (и в этом, видимо, смысл нового обсуждения проблемы), методологическое решение проблемы с трудом проникает в практику некоторых наук, в частности — в практику психиатрии и патопсихологии.

Некоторые причины этих затруднений заключаются: 1) в недостаточном развитии генетики человека, не сводимой, разумеется, к медицинской генетике; 2) в ослаблении исследований общей психопатологии и механизмов симптомообразования, а также 3) в сложности отхода психиатрии от биологизации человека, поскольку психиатрия, будучи областью медицины, пользуется методологией исследования, аналогичной другим областям медицины. Между тем она должна, исходя из специфики предмета, в большей мере использовать данные современной марксистской психологии. Рассмотрим для доказательства сказанного несколько разнородных примеров.

Для психиатрии детского возраста очень актуальна задача оценки патологии психического развития детей. Правильная и своевременная диагностика умственной отсталости — задача, имеющая большое значение, так как это важно для организации обучения детей в разных типах школ. Ошибки или опоздания в этой диагностике приводят к морально вредным последствиям для детей и их родителей, а также к значительным экономическим издержкам государства. И смежный вопрос: выявление отклонений в нравственном личностном развитии подростков, наблюдающихся иногда после органических поражений мозга, важно для

5 С. Л. Рубинштейн. Бытие и сознание. М., 1957. Его же. Принципы и пути развития психологии. М., 1959.

6 А. Н. Леонтьев. Проблемы развития психики. М., 1972.

7 М. Г. Ярошевский. Психология в XX столетии. М., 1971.

8 А. Н. Северцов. Эволюция и психика. М., 1922.

9 Н. П. Дубинин. Современное естествознание и научное мировоззрение. Вопросы философии, 1972, № 3.

профилактики этих отклонений. Обе эти задачи важны, не только в практическом, но и в теоретическом плане, так как анализ и квалификация нарушенного развития психики детей связаны с общей теорией развития психики, с проблемой социального и биологического.

Публикуемые в последние годы попытки решения этих вопросов вызывают сомнения. Предполагается генетическая запрограммированность морально-этических качеств личности, даже преступности¹⁰. Измеряется агрессивность больных, направленная на других и на себя, методикой Розенцвейга. Адаптируется в разных вариантах ММРІ. По четвертой шкале ее можно измерить психопатичность, которая расшифровывается как «пренебрежение к нормам общественной морали»¹¹. Наконец, для диагностики умственной отсталости пропагандируется использование текста Векслера-Белльвью¹².

Теоретическая основа всех этих подходов к оценке психики — одна: развитие свойств ума и личности рассматривается как прямое следствие генетически запрограммированных данных. Одной из причин этого является, возможно, обстоятельство, отмеченное Н. П. Дубининым¹³. Он указал, что возросший в настоящее время интерес к генетике привел некоторых ученых к мысли, будто уместно восстановить устаревшие представления о наследственности. Влияния среды рассматриваются, по таким представлениям, лишь как условия, в которых постепенно развертывается генетически заложенная программа.

Не будем подробно останавливаться здесь на неправомерном построении самих экспериментов. Так, например, тест Векслера направлен главным образом на установление запаса знаний и представлений ребенка (навыки счета, словарный запас, общая осведомленность), но после статистической обработки результатов производится «подмена понятий» и вычисляется якобы стабильный для данного ребенка коэффициент ума (IQ). Тем же методом, на запрос судебно-психологической экспертизы подростков, вычисляют иногда «интеллектуальный возраст» подростка с мнимой точностью до месяцев и недель. Сомнительно также определение асоциальности, агрессивности и «пренебрежения к нормам общественной морали» на основании разного рода опросников.

Но если отвлечься от частных случаев, выступает, повторим это, идея генетической запрограммированности свойств интеллекта и личности — свойств, подлежащих при таком рассмотрении измерению. Следует подчеркнуть — речь идет отнюдь не об общепринятой статистической обработке экспериментальных данных, а именно об измерении якобы стабильных, рядоположенных, наследуемых свойств психики.

Это неправильно, неправомерно, в этом сказывается непонимание онтогенетического происхождения психической жизни человека, особенно ее высших, важнейших проявлений, т. е. недооценка ее социальной природы.

Попытаемся изложить эти вопросы, основываясь на современных данных психологии и биологии.

По мере развития живых организмов в филогенезе происходит изменение, усовершенствование их нервной системы. Это усовершенствование связано с изменением локализации функций, с их кортикализацией, т. е. перемещением из стволовых отделов мозга в кору. Так, различные способы передвижения у животных формируются в основном за счет созревания подкорковых структур мозга, в то время как у ребенка становление локомоции происходит при непосредственном участии коры.

Кортикализация функций означает и изменение качества функций, и изменение способа их формирования. Как известно, кора — орган условных, т. е. прижизненно формирующихся рефлексов. Поэтому корковые функции обладают неизмеримо большей изменчивостью и пластичностью, чем функции подкорковых образований, т. е. инстинкты. Корковые функции формируются в онтогенезе на основе условных рефлексов.

10' См. В. П. Эфроимсон. Родословная альтруизма. Новый мир, 1971, № 10.

11 См., например, К. В. Борисова. Использование результатов психологического исследования тестом ММРІ для дифференцированной терапии. В сб.: Вопросы клиники, терапии и социальной реабилитации психически больных. М., 1973.

12 См., например В. М. Воловик. Некоторые особенности личности больных в инициальном периоде медленно развивающейся шизофрении. В сб. Клинико-психологические исследования личности. Л., 1971.

13 Н. П. Дубинин. Вечное движение. М., 1973.

Преимущество строения нервной системы ребенка заключается в том, что вскоре после рождения у него формируются новые, изменчивые и весьма сложные формы поведения.

Все функции и умения ребенка отличаются гибкостью, изменчивостью, совершенством. Эти качества возникают в процессе онтогенеза под влиянием обучения. Они не появляются спонтанно, т. е. просто по мере созревания мозга. Так, например, известно, что в коре головного мозга человека имеются центры речи (центры Брока и Вернике). Однако ребенок никогда не заговорит без обучения, вследствие простого созревания этих центров мозга. Известно, что дети, случайно воспитывавшиеся зверями и найденные потом людьми, не только не обладали речью, но были вообще психически неразвитыми, неполноценными.

У человека и животных различны не только локализация и организация функций нервной системы. Различно также соотношение мозговых структур и функций. На ранних стадиях филогенеза (а также и на уровне человека, когда речь идет о филогенетически старых органах) функция возникает в результате созревания органа. Функции животных могут, конечно, возникать в онтогенезе и видоизменяться под влиянием среды. Однако в основе их формирования лежит созревание структур.

Человек наследует структуры, на основе которых формируются изменчивые и сложные функции. При этом возникновение разных психических свойств определяется образом жизни ребенка в онтогенезе, воспитанием.

С. Л. Рубинштейн писал, что «зависимость между строением органа и его функциями не односторонняя; не только функция зависит от строения, но и строение от функции. Особенно велико формообразующее влияние функций для молодых органов, у которых оно сказывается на самых ранних стадиях развития»¹⁴. В процессе жизни у ребенка формируются сложные условнорефлекторные связи, так называемые функциональные органы (по А. А. Ухтомскому). Следовательно, именно различное соотношение (с точки зрения ведущей роли) структуры и функции мозга у человека и животных вынуждает по-разному ставить вопрос об их наследовании.

Следует подчеркнуть, что сказанное относится не только к умениям, навыкам, способностям, но в еще большей мере к свойствам личности ребенка, его эмоционально-волевой сфере, потребностям, интересам. Бесспорно, можно проследить (и это особенно рельефно выступает при патологическом развитии детей) влияние нарушения разных мозговых структур (в том числе подкорковых) на развитие личностных свойств ребенка. Тем не менее решающим для их формирования оказывается воспитание. Личность есть образование социальное. Болезнь лишь затрудняет это влияние и нарушает ход развития. Многое, несомненно, влияет на личность ребенка, в том числе: особенности его организма, его внешность, телесное здоровье, тип и состояние нервной системы. Однако определяющим, ведущим в формировании личности и ее свойств всегда остается образ жизни ребенка в семье, в детском коллективе, в школе, т. е. воспитание в широком смысле слова.

Так же формируются потребности, переживания, чувства и эмоции ребенка. У ребенка наследуемые инстинкты сохраняются в преобразованном и подчиненном виде. В сложных, высших чувствах человека представлены и примитивные формы переживаний. По словам С. Л. Рубинштейна, эти формы, как «древние струны, продолжают вибрировать и звучать, резонируя в самых глубинах организма». Но звучат они лишь под влиянием подлинно человеческих потребностей и интересов.

Таким образом, навыки, умения, способности, черты характера и т. п. не наследуются, а складываются, формируются в онтогенезе. Это и есть особое «социальное наследование».

Эти представления соответствуют данным генетики. Следует вдуматься в положение Н. П. Дубинина¹⁵ о качественном скачке, происшедшем в природе при формировании человека.

Уже давно некоторые генетики при описании сравнительно простых организмов писали, что наследуются не признаки как таковые, а лишь определенная «норма реакции» организма

¹⁴ С. Л. Рубинштейн. Основы общей психологии. М., 1946, стр. 91.

¹⁵ Н. П. Дубинин. Современное естествознание и научное мировоззрение.., Вопросы философии, 1972, № 3.

на влияние среды. Механизм действия гена, как известно, чрезвычайно сложен. Чем выше организм по филогенетическому уровню, тем, видимо, шире эта «норма реакции». Правда, у культурных растений и домашних животных, по теории И. И. Шмальгаузена, эта «норма реакции», благодаря стабилизирующему отбору, искусственно сужается. Тем не менее в природных условиях, чем сложнее организм, либо чем более сложные функции этого организма рассматриваются, — тем, по-видимому, шире «норма реакции».

Поскольку, на уровне животных, те или иные признаки возникают все же более или менее постоянно, вследствие созревания структур организма, имеется известная возможность рассматривать соотношение гена, строения органа и его функции схематично, в прямой зависимости.

Иначе у человека. Можно предположить, что качественный скачок в природе, о котором пишет Н. П. Дубинин, в том и состоит, что человек наследует сложнейшую структуру нервной системы, обладающую необычайной широтой «нормы реакции». Функционирование этой нервной системы определяется в минимальной мере — «созреванием структур», а в максимальной мере — условнорефлекторными связями. Поэтому прямолинейные зависимости между геном (или его элементами) и свойствами психики у человека (зависимости аналогичные тем, которые могут быть обнаружены между элементами гена и соматическими признаками) — мало вероятны.

Вопросы эти подлежат, вероятно, дальнейшему исследованию генетиков. Но можно предположить, что почти вся психика человека, во всяком случае, те ее сферы, которые формируются в онтогенезе, входят в понятие «нормы реакции» человеческого мозга. Если это так, становятся понятными различия способностей разных детей, так как разное строение мозга, его структур, дает более широкую или более узкую «норму реакции», т. е. разную обучаемость, разную возможность усвоения нового, в разных сферах. Если это так, то становится более понятным и правомерным различие Л. С. Выготским¹⁶ ядерных признаков олигофрении и вторичных осложнений этого развития, зависящих от плохой обучаемости, а также соображения Л. С. Выготского о большей узости «зоны ближайшего развития» олигофренов.

При таком понимании исследование умственного развития детей должно строиться не как измерение достигнутой обученности, а как анализ их обучаемости, их ориентировки в новых непривычных способах действий¹⁷. Процесс познавательной деятельности ребенка должен изучаться именно как деятельность, как процесс. Все это, впрочем, уже было написано С. Л. Рубинштейном¹⁸, но оказалось забытым, хотя вовсе не потеряло актуальности.

Наличие наследуемых заболеваний центральной нервной системы, желез внутренней секреции, вообще строения организма, влияющих на развитие психики ребенка, не дает оснований полагать, что каждое свойство психики прямолинейно связано с каким-либо элементом гена (как бы этот элемент ни назывался). Такого рода попытки напоминают наивную френологию Ф. А. Галля, спроецированную на генетику. Психические свойства гораздо более опосредовано связаны с генетическими структурами.

Часто наблюдаемое психиатрами сходство особенностей психики родителей и детей не доказывает их наследования. (Кстати сказать, противоречащие наблюдения, а именно дети-эгоисты у самоотверженных родителей, самоотверженные — у родителей-эгоистов, робкие дети у властных родителей и т. д. — обычно игнорируются). Сходство может быть передано и воспитанием. Но оно может, быть и опосредованным следствием сходных причин. Так, например, если и мать и дочь необычайно красивы (признаки наследуются) и обе — горделивы, то это вовсе не означает, что рядом с генетическим элементом, определяющим форму глаз, находится элемент, обуславливающий горделивость. Такое свойство может возникнуть в результате сходной позиции матери и дочери среди окружающих людей.

¹⁶ Л. С. Выготский. Избранные психологические исследования. М., 1956. // Его же. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства.

¹⁷ А. Я. Иванова. «Обучающий эксперимент» как принцип оценки умственного развития детей. Автореф. канд; дисс. МГУ, 1969.

¹⁸ С. Л. Рубинштейн. К критике метода тестов. Сб. Против педологических извращений. М.—Л., 1938.

Подмечено, что дети, страдающие ночным недержанием мочи (признак может наследоваться), взрослея, становятся тщеславными. Но едва ли существует ген тщеславия — оно, видимо, возникает из-за беспрерывно уязвляемого самолюбия ребенка.

Из сказанного менее всего следует вывод о независимости свойств психики от нервной системы. Напротив, С. Л. Рубинштейн¹⁹, как известно, включал свойства нервной системы в состав внутренних условий, опосредующих внешние воздействия наряду со сформировавшимся к этому времени «строением мыслей и чувств» человека. Но, говоря о внешних воздействиях, С. Л. Рубинштейн отличает эти внешние воздействия от «раздражителей». «Для психологического исследования внешние воздействия — это объективные обстоятельства жизни, которые осознаются или, во всяком случае, могут быть осознаны людьми».

А. Н. Леонтьев различает понятия индивидуум — сплав генотипа и фенотипа (в формировании которого в виде спирали сливается врожденное и онтогенетически приобретаемое) и личность, формирующуюся только в онтогенезе, детерминируемую прежде всего деятельностью человека, его образом жизни и ролью в обществе других людей. Следовательно, речь идет не о пренебрежении биологическими основами формирования психического, а лишь о более сложных опосредованных зависимостях между свойствами нервной системы и свойствами психики. Кроме того, проблема заключается в том, чтобы определить, какие именно свойства психики можно отнести к признакам, имеющим хоть отдаленную, но генетическую основу (например — инертность), а какие входят в сферу обучаемости, т. е. оказываются как бы внутри «нормы реакций». Ведь и морали и вообще человечности человек обучается. Представляется упрощением практикуемое в медицинской генетике установление сходств личности детей и родителей — если только речь идет именно о свойствах личности, а не конституции или темпераменте и т. д.¹

Кора головного мозга — орган суммирующий, вернее обобщающий онтогенетический опыт человека. Благодаря сложным условно-рефлекторным системам, отдельные виды деятельности, мотивы, поступки превращаются в свойства личности. С. Л. Рубинштейн писал: — «За обособлением психических свойств от психических процессов и тем самым от деятельности, которая ими регулируется, таится мысль о детерминации поведения человека только изнутри, только внутренними условиями»²⁰. Далее С. Л. Рубинштейн предостерегает от противоположного обособления процессов от свойств, но эта, вторая, ошибка в контексте данного рассмотрения менее актуальна.

В другом месте, рассматривая вопрос о становлении характера и личности, С. Л. Рубинштейн писал, что в генезисе характера лежат мотивы, порождаемые обстоятельствами жизни. Он возражал против тенденции выведения мотивов из характера, считая, что это означает рассматривать вопрос статически, закрывая себе путь к пониманию генезиса характера.

Следовательно, попытки измерять якобы стабильные свойства интеллекта человека и черт его личности (агрессивности, асоциальности, конформности и т. д.) противоречат идеям С. Л. Рубинштейна и всем современным методологическим данным теории психологии о биологическом и социальном в развитии психики человека.

Рассмотрим еще один пример из другой, но не менее важной области. При изучении вопросов о механизмах симптомообразования, упрощение природы психического, неучет его социальной, онтогенетически формирующейся природы, выступает более скрытно. Весь «набор» симптомов, наблюдающих при психических заболеваниях, выводится прямолинейно из мозга, детерминируется тем или иным повреждением его.

Иногда симптом болезни рассматривается как деталь, как мало значащий элемент болезни. Но это не так. Из совокупности симптомов строится синдром (Л. Л. Рохлин) и только на основе

¹⁹ С. Л. Рубинштейн. Бытие и сознание. М., 1957, стр. 28.

²⁰ С. Л. Рубинштейн. Принципы и пути развития психологии, М., 1959, стр. 133.

анализа механизмов симптомообразования можно понять суть и закономерности формирования патологии психического в целом.

При анализе механизмов симптомообразования выступают философски сложные проблемы причинности. Если искать причину болезни, — ее, разумеется, следует искать в биологических основах: инфекции, травмы, интоксикации, наследственные пороки и т. д. Если же рассматривать причину симптома (патологического переживания, действия, суждения), то пораженный мозг оказывается лишь условием реагирования. Нельзя не видеть опосредование этого симптома деятельностью больного, его личностью. Больной человек — это человек. В психиатрии, больше, чем в других областях медицины, сложны и нечетки грани между нормой и патологией. Не только при пограничных состояниях, но даже при тяжелых психозах почти каждый психически больной работает, общается с семьей, занимает ту или иную позицию среди людей. Он остается человеком, и в этом трудность понимания соотношения социального и биологического в психиатрии.

Многие психопатологические симптомы возникают компенсаторно. Так, больной шизофренией болел бы на необитаемом острове, наверно так же, как в городе. Но очень трудно сказать, был ли бы у него там симптом манерности, хотя манерность обычно рассматривается как симптом шизофрении. Другие симптомы патологии — и это самое важное — могут быть поняты лишь как следствие продолжающейся жизнедеятельности человека, обладающего пораженным мозгом²¹.

Нами проводилось также экспериментальное исследование механизмов симптомообразования на материале галлюцинации²².

Причины возникновения галлюцинаторных синдромов заключались в различных заболеваниях (шизофрения, алкоголизм и др.) и это проявлялось в сходстве синдромов, характерном для каждой из болезней. Однако специальные эксперименты выявили и общие для всех больных механизмы возникновения галлюцинаторных образов. Напряженное длительное тревожное прислушивание к тихим шумам провоцировало усиление обманов слуха, а иногда впервые их обнаруживало. Возникла возможность анализировать зависимость обманов слуха от реальных шумов «за экспериментальным столом». Прислушивание с целью ориентировки в ситуации (т. е. деятельность больного человека) оказывалось важным патогенетическим звеном формирования симптома, так как влияло на галлюцинации. (Роль такого-тревожного прислушивания настолько велика, что может вызвать обманы слуха и у здоровых людей).

Между тем, в традиционных, общепринятых в учебниках психиатрии, объяснениях механизмов галлюцинации, как и в объяснении других психопатологических симптомов, роль деятельности больных игнорируется. Галлюцинации объясняются обычно интенсификацией представлений; под влиянием парадоксальной фазы представления, как более слабые раздражители, выносятся наружу, становятся галлюцинаторными образами.

Приведем текст из учебника: — «Галлюцинации возникают вследствие приобретения представлениями доминирующего положения, в результате которого действительные впечатления заменяются внутренними образами»²³. Не будем останавливаться на малой психологической обоснованности всего этого объяснения. Подчеркнем лишь, что в объяснении психопатологических симптомов роль деятельности больного не учитывается. Они, как правило, выводятся из самой болезни, детерминируются ею. Меняются представления о болезни, морфологические ее объяснения сменяются патофизиологическими, биохимическими, генетическими, но не меняются способы трактовки симптомов; они детерминированы обычно изнутри. При анализе так называемых продуктивных психопатологических симптомов, т. е. при психозах, используется обычно только такая детерминация «поломкой мозга». Лишь при так называемых пограничных состояниях, т. е.

²¹ С. Я. Рубинштейн. Экспертиза и восстановление трудоспособности после военных травм мозга. В сб. Неврология военного времени. М., 1949.

²² С. Я. Рубинштейн. Экспериментально-психологическое исследование обманов слуха. Автореф. докт. дисс. М., 1971.

²³ О. В. Кербинов, М. В. Коркина, Р. А. Наджаров, А. В. Снежневский. Психиатрия. М., 1968, стр. 32.

состояниях, близких к норме, выступает альтернативная детерминация — либо биологическая, либо социальная, средовая.

Так, например, относительно ряда симптомов, особенно резко проявляющихся в неправильном поведении подростков, среди психиатров ведутся дискуссии. Такие симптомы, как упоминавшееся раньше «пренебрежение к нормам общественной морали», симптом «расторжения примитивных или низменных влечений», «слабость самообладания», «недисциплинированность» и т. д., в совокупности рассматриваются как психопатии, психопатоподобные синдромы или как «патологические развития личности».

Большинство авторов рассматривают психопатии как развития на биологически неполноценной почве, средовые факторы играют при этом вторичную роль, т. е. способствуют, либо затрудняют компенсацию. Другие (О. В. Кербиков, В. В. Ковалев²⁴) выделяют наряду с этим «патохарактерологическое развитие» или «патологическое развитие личности», возникающие вследствие хронических травмирующих ситуаций. При таком патохарактерологическом развитии перенесенные в раннем детстве повреждения нервной системы имеют лишь вспомогательное значение (снижают сопротивляемость).

Исследование Л. Н. Поперечной²⁵ не дало оснований для такого деления и противопоставления двух детерминант. Ею выявлено возникновение отрицательной направленности личности, которую на языке психиатрии можно было квалифицировать как «пренебрежение к нормам общественной морали», «расторжение низменных влечений», «конфликтность», «недисциплинированность» у некоторых подростков с резидуальной органической патологией. Эти психопатические черты возникли вследствие неправильной (несоответствующей именно данным подросткам) организации их учебной и трудовой деятельности, лишавшей ее смысла, нарушавшей иерархию потребностей. У подростков со сходной, либо даже более тяжелой патологией нервной системы, чья учебная и трудовая деятельность была организована правильно, соответственно их возможностям, — подобные симптомы измененной направленности личности не возникали. Это исследование показывает непродуктивность двухфакторного анализа — с одной стороны, биологическая детерминанта, с другой — плохие социальные влияния. В действительности решающая роль принадлежала организации учебной и трудовой деятельности самих подростков.

В заостренной форме такой способ рассуждений о двух возможных детерминациях был высказан сто лет тому назад немецким психиатром Гризингером. Он считал, что психика здоровых людей детерминирована внешним миром, а психика больных — изнутри. И вот эта детерминированность патологии психики изнутри, и только изнутри, до сих пор сохраняется в психиатрии. Только А. В. Снежневский²⁶ высказал общее правильное положение о том, что «при психозах детерминация психической деятельности внешним миром, вследствие изменения внутренних условий — расстройства рефлекторной деятельности головного мозга, ослабляется, извращается или полностью исключается».

Но уже в следующей затем фразе он присоединяется к Гризингеру и пишет, что все патологическое возникает «изнутри». И все дальнейшее объяснение симптомов как в этом, так и в остальных учебниках игнорирует тот факт, что симптом возникает в процессе жизни человека, обладающего больным мозгом, т. е. в процессе его деятельности, либо попыток деятельности. Поэтому экспериментальное патопсихологическое исследование механизмов симптомообразования продуктивно и должно расширяться.

Можно было бы продолжить анализ примеров, свидетельствующих о неучете социальной природы психики человека при изучении ее патологии. К их числу относится изучение мотивационной сферы человека на животных, преимущественно на крысах. Разумеется, эксперименты на животных необходимы в психиатрии, как и в любой области медицины. Вопрос в том, какие из данных уместно переносить от животных к человеку. От этого

²⁴ В. В. Ковалев. Проблема взаимоотношений биологического и социального в психиатрии детского возраста. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1973, № 10.

²⁵ Л. Н. Поперечная. О направленности личности подростков с резидуальной органической патологией. Автор канд. дисс. МГУ, 1973.

²⁶ О. В. Кербиков, М. В. Коркина, Р. А. Наджаров, А. В. Снежневский. Психиатрия, М., 1968, стр. 7!

предостерегал еще и И. П. Павлов. Но все же подобный перенос проник даже в широкую печать²⁷: уродливое развитие личности девушек объяснялось по аналогии с агрессивностью крыс.

К чести нашей науки, следует признать, что ее теорией давно отброшены, как непригодные, схемы двухфакторного анализа, т. е. постановка вопроса — «наследственность или среда», «биологическое, с одной стороны, социальное — с другой». Однако при решении конкретных вопросов патологии психики трудности философского методологического анализа фактов еще очень велики. Особую трудность представляет понимание онтогенетического развития психических свойств у человека, отличие этого развития от развития животных.

Эта трудность резче всего выступает при анализе патологии психики.

²⁷ «Литературная газета», 1973, № 38, 19 сент.

РАЗДЕЛ 1. ВЫЗОВЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ

Байдрахманова А.К.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО «ВЫГОРАНИЯ» МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Казнацженпу, Алматы, Казахстан
trener.aliya@mail.ru

Ключевые слова: медицинский персонал, выгорание, деформация, эмоциональное истощение, психологическая помощь.

Baizdrakhmanova A.K.

FEATURES OF PROFESSIONAL BURNOUT OF NURSES DURING A PANDEMIC

Kaznatszhenpu, Almaty, Kazakhstan
trener.aliya@mail.ru

Keywords: medical personnel, burnout, deformation, emotional exhaustion, psychological assistance.

Всемирная организация здравоохранения назвала вспышку коронавируса чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения на международном уровне. По данным министерства здравоохранения в Республике Казахстан на 11 ноября 2021 года подтверждено 954 146 случаев КВИ. За период пандемии коронавирусом заболели около 10 тысяч медицинских работников, больше двух тысяч жизней унесла опасная болезнь. В период пандемии на поддержку врачей государство направило порядка 180 миллиардов тенге. Однако, профессиональный стресс в деятельности медицинского персонала, приводящий к «выгоранию» и деформации, растет с каждым годом. Многие социальные выплаты не были произведены в полном объеме, и этот фактор вызвал огромный поток увольнений медицинских сестер, работавших в стационарных и мобильных госпиталях в период пандемии.

В период локдауна в стране были запущены телефоны «Горячей линии», где команда клинических психологов, психотерапевтов оказывала консультативную помощь населению, в том числе медицинским работникам. Основной запрос, с которым обращались медицинские работники, относился к проблеме «выгорания», синдрому хронической усталости, депрессии и фрустрации на рабочем месте. Большое количество онлайн-обращений психологическими службами было зафиксировано от медицинских сестер.[1]

Профессия медсестры считается одной из самых сложных в мире, так как требует высокой честности, постоянного совершенствования своих навыков, концентрации внимания, эмоциональной стабильности, постоянного чувства личной ответственности за жизнь и здоровье пациентов. Режим эмоциональной безопасности важен в работе медсестры. Работа, связанная с уходом за больными людьми, требует высокой эмпатии, большого физического и эмоционального напряжения. Психологические факторы риска в работе медсестры могут привести к различным типам психоэмоциональных нарушений.[2]

Деятельность медсестры в период пандемии связана с человеческими страданиями, гибелью, большими нагрузками на нервную систему, высокой ответственностью за жизнь и благополучие других людей. Существует ряд факторов, усугубляющих деятельность медсестры: неудовлетворенность результатами труда, отсутствие некоторых медикаментов для оказания помощи, слабое проявление материальной заинтересованности руководства в поощрении медицинских сестер, повышенные требования к работе, необходимость совмещения профессиональных обязанностей с семейными.[3]

Для исследования по данной проблеме была использована авторская методика на выявление профессионального выгорания у медицинских сестер. Анкета состоит из 10 вопросов, которые направлены на выявление выгорания, с целью получить развернутые открытые ответы на актуальные вопросы. Данный опросник был составлен для индивидуальной беседы с медицинским работником с целью выявить личностные и психосоматические последствия «выгорания», особенности взаимоотношения в коллективе с коллегами и руководством, удовлетворенность профессиональной деятельностью.

Вопросы анкеты:

- Какие изменения вы внесли бы в работу среднего медицинского персонала?
- С чем вы связываете свою усталость?
- Какие заболевания вы перенесли за последние полгода?
- Вас больше выводит из себя работа с пациентами или требование руководства?
- Как вы переживаете стрессы на работе?
- Получаете ли вы удовольствие от своей работы?
- Как вы чувствуете себя во время рабочего процесса?
- Задумывались ли о смене профессии?

Исследование осуществлялось в «Городской Клинической больнице №7» в отделении «Интервенционной кардиологии» г. Алматы. Медицинский персонал, который осуществляет помощь, тесно взаимодействует с пациентами, населением, коллегами во время работы. Анкетирование проводилось во время рабочего процесса персонала. Группа состояла из медицинских сестер, которые имеют от 5 года до 25 лет стажа в данной деятельности, в количестве 15 человек.

Параметры исключения:

- стажирующиеся молодые специалисты сестринского дела;
- старшие медицинские сестры;
- медицинские сестры статистического отдела.

Анализ некоторых анкет медицинских сестер отделения «Интервенционной кардиологии» «Городской клинической больницы №7» г. Алматы.

1.С.Д. 43 года, стаж 19 лет, медицинская сестра, работает на посту в дневное время. Связывает свою усталость с возрастом и указывает на наличие ИБС. На вопрос «Вас больше выводит из себя работа с пациентами или требование руководства?», С.Д. выбрала «работа с пациентами» и отмечает, что «Все берет близко к сердцу». Данного респондента выводят из себя стрессовые, конфликтные ситуации, которые происходят во время рабочего процесса. Особенно волнуется из-за страха заразиться и заболеть самой. Можно отметить, что у медицинского работника имеются психосоматические симптомы выгорания, которые отражаются в жалобах на боли в области сердца. Несмотря на трудности своей деятельности, исследуемая указывает, что не готова менять профессию.

2.Н.М. 41 год, стаж 20 лет, медицинская сестра процедурного кабинета. Находясь в стационаре во время рабочего процесса, часто указывает на головные боли. Стрессы, возникающие на работе, отмечает она, «заедает» и испытывает постоянное чувство голода. В последнее время чаще стала задумываться о смене профессии. Усталость связывает с отсутствием времени на личную жизнь и детей.

3. А.Н. 35 лет, стаж 15 лет, медицинская сестра на посту, работает по сменному графику. Исследуемая с 15 летним стажем связывает свое истощение с психологическими трудностями на работе. А.Н. указывает, что имеются трудности в коммуникации, как с пациентами, так и с руководством. Удовольствие от своей деятельности получает не всегда и нуждается в уединении. Наличие многих деструктивных факторов влияют на возникновение негативных эмоций на работе, поэтому медицинская сестра не чувствует удовлетворенности и хотела бы сменить профессию.

Так как медицинские сестры осуществляют свою деятельность в стационаре в кардиологическом отделении, то к ним часто поступают экстренные пациенты. Умение

быстро оказать профессиональную помощь, реагировать на рекомендации врачей и бригады скорой помощи, внимательно следить за состоянием пациента приводят к тому, что сами медицинские сестры имеют ряд клинических и соматических болезней, которые нуждаются в коррекции, психологическом сопровождении и обусловлены факторами деформации в профессиональной деятельности

Следует отметить, что появление симптомов профессионального выгорания зависит от взаимоотношения в коллективе, коммуникации с пациентами. Интенсивное пребывание в очаге заболевания и низкая зарплата является причиной неудовлетворенности работой. По данной причине медицинские сестры данного отделения в период пандемии в 70% отмечают желание уединиться во время работы. У 85% персонала наблюдаются явные признаки и симптомы профессионального выгорания, что подтверждается наличием желания сменить профессию в ближайшее время.

Анализируя литературу о профессиональном выгорании медицинского персонала, можно сделать вывод, что выгорание является защитной реакцией на эмоциональное истощение из-за ограниченных ресурсов. Само выгорание не является негативным явлением, но его последствия могут нести деструктивный характер, который может плохо сказаться не только в профессиональной деятельности, но и в личной жизни каждого медицинского работника. Именно поэтому важно проводить диагностические и профилактические мероприятия по синдрому выгорания в медицинских учреждениях.[4]

В медицинских учреждениях несмотря на карантин и множественные ограничения необходимо внедрить новые психологические программы по профилактике синдрома профессионального выгорания, где персоналу можно будет ознакомиться с психологическими аспектами своей деятельности, овладеть техниками релаксации и повысить стрессоустойчивость, применить рекомендуемые модели поведения для конструктивного решения конфликтов с реципиентами труда в коллективе.

Литература

1. Бордовская Н. О. Социально-психологические конфликты в медицинских учреждениях // Главная медицинская сестра. – 2005. - № 12, с 25-31.
2. Галицкая И. К. Управление конфликтами и стрессами в среде сестринского персонала ЛПУ // Главная медицинская сестра. – 2006. - № 3, с.16-24.
3. .Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях/Н.Е. Водопьянова // Психология здоровья/Под ред.Г.С. Никифорова. - СПб.: Издательство СПб ГУ, 2000. - с.443-463
4. Гришина Н.В. Помогающие отношения: Профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности. СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 1997. с.143-156

Вайдерман Б.О.

ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия
1032190678@pfur.ru

Ключевые слова: ПТСР, стресс, пандемия, диагностика, covid-19

Vayderman B.O.

DIAGNOSIS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN THE ERA OF PANDEMICS

Russian university of people friendship, Moscow, Russia
1032190678@pfur.ru

Keywords: PTSD, stress, pandemics, diagnosis, covid-19

Введение. Современные пандемические тенденции, связанные с распространением коронавирусной инфекции, массово переместили граждан РФ и других государств в дистанционные условия. Видоизменения затронули все жизненно важные сферы деятельности, такие как образование, медицина, производство и другие. Вынужденная самоизоляция в период с 2020 по 2021 год вызвала у россиян рост психических расстройств от 10 до 30%. Увеличение депрессивных состояний, переживание травматических событий в данном промежутке времени можно объяснить большим количеством смертей многих людей во время борьбы с коронавирусом. Многие лишились близких людей, потеряли работу, пережили ужасные события, последствия которых еще длительное время будет преследовать их в жизни. Посттравматическое стрессовое расстройство является одним из таких ужасных последствий, которые необходимо диагностировать и постараться предотвратить клиническим психологам и психиатрам всего мира. Экспертом в области посттравматических стрессовых расстройств считается Эдна Фоа – израильский клинический психолог, которая разработала программу для лиц, переживших травмирующие события. Автор одного из самых эффективных методов лечения ПТСР, опубликовала несколько книг и более 150 статей и глав письменных изданий. Является бывшим председателем рабочей группы по ПТСР DSM-IV. А в 2005 году Э. Фоа совместно с Кин Т.М., Фридман Дж. М. выпустила книгу под названием «Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)» [1].

Целью данной работы является проведение исследования, которое направлено на выявления уровня подверженности студентов Российского университета дружбы народов к ПТСР. Гипотеза исследования заключается в том, что полученные результаты по методике «Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский вариант)» в интерпретации Н.В. Тарабриной продемонстрируют низкие показатели подверженности студентов к данному расстройству, ввиду достаточного времени на адаптацию в устоявшихся ограниченных условиях обучения [2].

Материалы и методы. В рамках диагностики посттравматического стрессового расстройства принято выделять 6 основных критериев, по которым специалист может определить уровень выраженности симптомов. В 1995 году данное расстройство было включено в диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 4 издания DSM-IV. Издание подразумевало следующее описание диагностических критериев. Первый из 6, пункт А характеризуется, как установление в анамнезе факта переживания травматического события. В критерий характеризуется травматическим событием, которое настойчиво повторяется в переживаниях человека. Пункт С интерпретируется, как постоянное переживание стимулов в совокупности с блокировкой эмоциональных реакций, связанных с травмой. Критерий D принято понимать в ключе симптомов постоянного возбуждения индивида. Один из заключительных пунктов, E – протекание расстройства больше одного месяца. Завершающий критерий F характеризуется клинически значимым тяжелым эмоциональным состоянием или нарушениями в разных сферах жизнедеятельности.

Чтобы определить уровень подверженности посттравматическому стрессовому расстройству в период пандемии, студентам Российского университета дружбы народов была предложена методика «Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский вариант)» в интерпретации Н.В. Тарабриной. Шкала подразумевает под собой 39 утверждений, на каждое из которых имеется 5 вариантов ответа. Методика содержит как прямые, так и обратные утверждения [3].

Эмпирическая выборка составила 50 респондентов возрастом от 18 до 22 лет, студенты бакалавриата филологического факультета Российского университета дружбы народов. Обработка полученных результатов была проведена с помощью метода качественного анализа.

Результаты. Исследование, проведенное по Миссисипской шкале для оценки посттравматических реакций, проводилось среди студентов РУДН. Важно отметить, что все респонденты находились на дистанционном обучении в рамках университетских дисциплин. По итогу проведенного эмпирического исследования были получены следующие результаты.

В общей выборке, которая включала в себя мужчин и женщин, среднее значение по выраженности посттравматических реакций равно 91 баллу по Миссисипской шкале. Что говорит о завышенном значении посттравматических реакций у респондентов. Интересно выделить студентов первых курсов, которые продемонстрировали особенно высокие показатели, такие как 115, 123, по сравнению со старшекурсниками заочного отделения. Посттравматическая реакция последних равно более-менее умеренному значению в 75, 80 баллов. При сравнении результатов между мужской и женской выборкой, то можно сделать вывод о том, что мужчины пребывают в более спокойном и умеренном психоэмоциональном состоянии нежели женщины. Показатели первых равны 82, а вторых – 94. Данные результаты говорят о более чувствительной восприимчивости женской составляющей выборки к условиям самоизоляции. Анализ результатов по возрастным параметрам не выявил явных различий. Постстрессовые реакции равнозначно проявляются у респондентов 18 и 22 лет.

Выводы. Основываясь на полученных результатах по методике «Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский вариант)» в интерпретации Н.В. Тарабриной можно сделать следующие выводы. Общая выборка продемонстрировала повышенный уровень проявлений постстрессовых реакций, который обусловлен вероятнее всего недавним переходом на гибридный формат обучения, когда помимо дистанционных занятий у студентов появилась возможность посещать университет в частично очном режиме.

Что касается сравнения результатов выборки по полу, то женщины оказались более подверженными к реакциям посттравматического характера, в отличие от мужчин, проявивших по Миссисипской шкале более оптимальные результаты, характеризующиеся умеренным психоэмоциональным состоянием. Сильных отличий по возрастным параметрам выявить не удалось, поскольку респонденты всех возрастов продемонстрировали примерно одинаковые результаты.

В заключение проведенного исследования следует затронуть тех респондентов, чей уровень подверженности посттравматическим реакциям превышает средний оптимум. Для профилактики негативного психоэмоционального состояния можно отметить следующие рекомендации для необходимой стабилизации общего психологического самочувствия. В первую очередь, стоит принять во внимание известные дыхательные методики. Дальше, необходимо выделить техники релаксации. Если необходимо избавиться от страхов, постоянного напряжения, в том числе эмоционального, крайне важно научиться расслаблять мышцы. В этом может помочь прогрессивная мышечная релаксация (ПМР) по Джекобсону. По итогу обзора некоторых практических рекомендаций стоит отметить очень важный аспект, заключающийся в необходимости менеджмента общей деятельности. Качественное и точное управление временем, регулирование собственного распорядка дня при помощи техник тайм-менеджмента. Развитие способности целеполагания, продуктивная постановка целей и задач.

Литература

1. Фoa, Э. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Эдны Фoa, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. - Москва : Когито-Центр, 2005. - 467 с. (Клиническая психология.)
2. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В.Тарабрина. – Спб: Питер, 2001. – 272с.
3. Кеапе Т. М. Психология посттравматического стресса. Практическое руководство в 2 частях / Под. ред. Н. В. Тарабриной. М., 2007

Воробьева Е.В., Нимченко А.Д.

ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЦ С РАССТРОЙСТВОМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Донской государственной технической университет, Ростов-на-Дону, Россия
evorob2012@yandex.ru

Ключевые слова: анорексия, булимия, когнитивно-поведенческие и личностные особенности

Vorobyeva E.V., Nychenko A.D.

DIAGNOSIS OF COGNITIVE BEHAVIORAL AND PERSONAL CHARACTERISTICS OF PERSONS WITH DISORDER OF FOOD BEHAVIOR

Don State Technical University, Rostov-on-Don, Russia
evorob2012@yandex.ru

Keywords: anorexia, bulimia, cognitive behavioral and personal features

Введение. Проблема нарушений в пищевом поведении на сегодняшний день приобретает все большую актуальность. За последние годы наблюдается значительное увеличение числа больных с расстройствами пищевого поведения, как в России, так и за рубежом, что является весьма серьезной проблемой. Расстройства пищевого поведения представляют собой психические расстройства, проявляющиеся в нарушении процесса принятия пищи [5]. Существуют различные гипотезы, описывающие условия и причины возникновения расстройств пищевого поведения, которые объясняют появление таких нарушений генетической предрасположенностью, социальным влиянием, ролью личностных особенностей, психологическими и психофизиологическими факторами [1; 2; 3; 4; 6]. В эпоху пандемии COVID-19 с одной стороны, сложились определенные ограничения для проведения очных исследований, а с другой стороны, с ростом стрессогенности окружающей ситуации потребность в консультации клинического психолога, основанной на проводимой психологической диагностике, у таких лиц возросла. В данной работе представлены результаты онлайн исследования когнитивно-поведенческих и личностных особенностей лиц с расстройствами пищевого поведения.

Цель исследования: исследование когнитивно-поведенческих особенностей и личностных особенностей лиц с расстройствами пищевого поведения.

Объект исследования: лица с расстройствами пищевого поведения из тематических групп в социальных сетях, имеющие подтвержденный диагноз.

Гипотезы исследования: 1. Личностные особенности лиц с расстройствами пищевого поведения могут иметь статистически достоверные отличия от контрольной группы по эмоциональным характеристикам личности: тревожность, эмоциональная нестабильность, подозрительность, напряженность; 2. Лицам с нервной анорексией и нервной булимией могут быть свойственны разные когнитивно-поведенческие паттерны; 3. Когнитивно-поведенческие особенности лиц с расстройствами пищевого поведения могут быть взаимосвязаны с их личностными особенностями.

Материал и методы. Исследование проводилось в специализированной группе в социальных сетях. Количество участников оставило 209 человек. Из них 84 женщины с нервной анорексией (средний возраст $22 \pm 0,3$ лет) и 82 женщины с нервной булимией (средний возраст $23 \pm 0,5$ лет). Контрольная группа – 43 здоровых девушки в возрасте $22 \pm 0,4$. Использованы Google Forms.

Использовались методики: шкала оценки пищевого поведения в русскоязычной адаптации (Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С.); опросник «Когнитивно-

поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» (О.А Сагалакова и М.Л. Киселева); 16-факторный личностный опросник Р. Б. Кеттелла в адаптации В. М. Мельниковой и Л. Т. Ямпольского (форма С); шкала дисфункциональных отношений А. Бека и А. Вейсман в адаптации М.Л. Захаровой. Статистическая обработка данных проводилась с применением Statistica 10. Для оценки нормальности распределения применялся критерий Шапиро-Уилка, для оценки достоверности различий сравниваемых групп - непараметрический критерий Манна-Уитни, а для определения наличия взаимосвязей - коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. Лица с расстройствами пищевого поведения демонстрировали яркую выраженность таких поведенческих стереотипов как неэффективность ($8,4 \pm 0,9$), перфекционизм ($6,9 \pm 1,7$), недоверие в межличностных отношениях ($7,7 \pm 1,8$), интероцептивная некомпетентность ($8 \pm 1,2$). Показатели по шкале «Эпизоды переедания и очистительного поведения» ($U=1769,5$; $p < 0,05$) в группе лиц с нервной булимией статистически значимо выше, чем в группе лиц с нервной анорексией.

По методике «16 факторный личностный опросник Р. Б. Кеттелла» значимые отличия обнаружены между группой лиц с нервной анорексией и группой лиц с нервной булимией по шкалам «Эмоциональная нестабильность – Эмоциональная стабильность» ($U=2753$; $p > 0,05$), «Сдержанность – Экспрессивность» ($U=2662$; $p > 0,05$). Значимые отличия найдены между лицами с расстройствами пищевого поведения и лиц из контрольной группы по таким индивидуально-психологическим особенностям личности, как самооценка ($U=531$; $p < 0,05$), эмоциональная устойчивость ($U=466$; $p < 0,05$), доверчивость ($U=658$; $p < 0,05$), спокойствие ($U=664,5$; $p < 0,05$), расслабленность ($U=400$; $p < 0,05$).

В результате применением коэффициента ранговой корреляции R – Спирмена обнаружено наличие взаимосвязи между клиническими проявлениями расстройств пищевого поведения и когнитивно-поведенческими особенностями у лиц с расстройствами пищевого поведения. Корреляционный анализ позволил обнаружить умеренную взаимосвязь между параметрами «Чрезмерное беспокойство о весе» и «Контроль над употреблением пищи» ($r=0,342$, при $p \leq 0,05$), «Эпизоды переедания и очистительного поведения» и «Самофокусировка внимания на недостатках своего тела» ($r=0,349$, при $p \leq 0,05$), «Чрезмерное беспокойство о весе» и «Нарушение контроля во время приема пищи» ($r=0,360$, при $p \leq 0,05$), «Эпизоды переедания и очистительного поведения» и «Нарушение контроля во время приема пищи» ($r=0,478$, при $p \leq 0,05$), «Чрезмерное беспокойство о весе» и «Ограничительное пищевое поведение, как средство достижения мотива аффилиации» ($r=0,347$, при $p \leq 0,05$), «Неудовлетворенность телом» и «Избегание объективного оценивания веса» ($r=0,372$, при $p \leq 0,05$), «Чрезмерное беспокойство о весе» и «Ограничительное пищевое поведение с целью похудения» ($r=0,347$, при $p \leq 0,05$), «Неудовлетворенность телом» и «Ограничительное пищевое поведение с целью похудения» ($r=0,382$, при $p \leq 0,05$), «Эпизоды переедания и очистительного поведения» и «Избегание объективного оценивания веса» ($r=0,550$, при $p \leq 0,05$), «Неудовлетворенность телом» и «Нарушение контроля во время приема пищи» ($r=0,437$, при $p \leq 0,05$), «Эпизоды переедания и очистительного поведения» и «Эмоциогенное нарушение пищевого поведения» ($r=0,650$, при $p \leq 0,05$), «Неудовлетворенность телом» и «Самофокусировка внимания на недостатках своего тела» ($r=0,474$, при $p \leq 0,05$).

Выводы.

1. Личностные особенности лиц с расстройствами пищевого поведения имеют статистически достоверные отличия от контрольной группы. Для лиц с расстройствами пищевого поведения характерными личностными особенностями являются эмоциональная нестабильность, тревожность, подозрительность, а для контрольной группы - эмоциональная стабильность, спокойствие, доверчивость.

2. Лицам с нервной анорексией и нервной булимией свойственны разные когнитивно-поведенческие особенности. Для лиц с нервной булимией по сравнению с лицами с нервной анорексией характерна более высокая выраженность избегания объективного оценивания

веса, нарушения контроля во время приема пищи, эмоциогенного нарушения пищевого поведения и самофокусировки внимания на недостатках своего тела.

3. Когнитивно-поведенческие особенности лиц с расстройствами пищевого поведения взаимосвязаны с их личностными особенностями. У лиц с нервной анорексией была обнаружена положительная корреляционная связь между подозрительностью и нарушением контроля во время приема пищи, а также отрицательная взаимосвязь между нонконформизмом и эмоциогенным нарушением пищевого поведения. У лиц с нервной булимией обнаружена положительная корреляционная связь между подозрительностью и такими когнитивно-поведенческими особенностями как ограничительное пищевое поведение, средство достижения мотива аффилиации, самофокусировка внимания на недостатках своего тела, ограничительное пищевое поведение с целью похудения.

Библиографический список

1. Емельянова М., Бутцинова Д. Исследование особенностей личности пациентов с пищевыми расстройствами // Скиф. 2018. № 11 (27). С. 57-60.
2. Моталова Ю.И., Воробьева Е.В. Влияние ретроспективных оценок стилей родительского воспитания на пищевое поведение молодых женщин // В сборнике: Ананьевские чтения - 2016: Психология: вчера, сегодня, завтра. Материалы международной научной конференции: в 2-х томах. 2016. С. 116-117.
3. Моталова Ю.И., Воробьева Е.В. Роль генов серотонинэргической и дофаминэргической систем в возникновении нарушений пищевого поведения: обзор современных исследований // Инновационная наука: психология, педагогика, дефектология. 2018. Т. 1. № 2. С. 133-143.
4. Нимченко А.Д., Воробьева Е.В. Когнитивно-поведенческие особенности и личностный профиль лиц с расстройствами пищевого поведения // В книге: Актуальные проблемы науки и техники. 2020. Материалы национальной научно-практической конференции. Отв. редактор Н.А. Шевченко. 2020. С. 1479-1481.
5. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск: БГМУ, 2007. – 340 с.
6. Motalova Yu.I., Vorobeva E.V. Food preferences in the carriers of BDNF and COMT genes different polymorphisms // International Journal of Psychophysiology. 2018. Т. 131. № S. С. S173-S174. DOI: 10.1016/j.ijpsycho.2018.07.456

Гусева Н.А., Крайнюков С.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ, ДЕПРЕССИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ И РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ У БЕЗДОМНЫХ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

кафедра клинической психологии СПбГИПСР
ЧОУ ВО ИСПиП
МБОУ "Ночлежка"
gusevoj@homeless.ru

Ключевые слова: жизнестойкость, депрессия, ранние дезадаптивные схемы, пандемия COVID-19

Guseva N.A., Krainyukov S.V.

STUDY OF HARDINESS, DEPRESSIVE TENDENCIES, AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN HOMELESS PEOPLE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work,
The Interregional Charity Public Organization for the Homeless "Nochlezhka"
St. Petersburg, Russia

Key words: hardiness, depressive disorders, coronavirus infection, COVID-19, early maladaptive schemas

Введение. Пандемия COVID-19 сопровождается серьезными внутренними и глобальными негативными социальными изменениями, что приводит к длительному стрессу и неопределенности, что в свою очередь увеличивает вероятность негативных социальных последствий. Новейшие обзоры исследований связи короновирусной инфекции и тревожно-депрессивных расстройств это подтверждают [4; 5]. Понятие жизнестойкости появилось изначально как ответ на вопрос: "Какие психологические факторы способствуют успешному совладанию со стрессом?". Данным фактором и выступает жизнестойкость (hardiness) - своего рода экзистенциальная отвага, позволяющая личности в меньшей степени зависеть от ситуативных переживаний, преодолевать тревогу, которая актуализируется в ситуации неопределённости и необходимости выбора. Жизнестойкость характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности.

Материал и методы. Изучение бездомных является частью большого исследования, проводимого кафедрой клинической психологии СПбГИПСР и МБОУ "Ночлежка" в период апрель-июль 2020 года и направленного на изучение реакции людей на самоизоляцию во время пандемии COVID-19, а также некоторых личностных особенностей, которые актуализируются в ответ на стресс. Всего в исследовании приняли участие 368 человек, в том числе из Приюта для бездомных МБОУ «Ночлежка» - 21 человек. Исследование проводилось как интервью в скайпе, а также заполнение анкет и опросников в гугл-формах. Для сравнительного анализа переживаний бездомных людей в ситуации пандемии мы отобрали в контрольную группу 24 человека из числа «домашних», методом попарного подбора. Среди бездомных 67% составляют мужчины, в контрольной группе 63% (14 и 15 человек соответственно). Средний возраст бездомных 44,6 лет, в контрольной – 44,5. Методики исследования: авторская анкета сбора анамнестических данных и субъективного отношения ситуации пандемии короновирусной инфекции; Тест жизнестойкости (Hardiness Survey, Maddi, русскоязычная адаптация сокращенной версии Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой, скрининговая версия), Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory), Схемный опросник – краткая форма (Young Schema Questionnaire Short Form Revised, J.E. Young, 2005; в адаптации П.М. Касьяника, Е.В. Романовой, 2016).

Результаты исследования. Общая жизнестойкость бездомных ниже, чем у «домашних» ($18,14 \pm 6,00$ в основной группе, $20,24 \pm 8,19$ – в контрольной, $p \leq 0.05$), но показатели попадают в нормативный диапазон по методике. Наиболее существенно отличается аспект жизнестойкости «вовлеченность в жизнь» (commitment) ($4,43 \pm 1,95$ у бездомных, $6,84 \pm 3,43$ у «домашних», $p \leq 0.01$).

Компоненты жизнестойкости развиваются в детстве и отчасти в подростковом возрасте, хотя их можно развивать и позднее. Анализ интервью клиентов «Приюта для бездомных» показывает, что значительная часть клиентов имеет сложный и драматичный опыт детства. У 6 клиентов есть опыт пребывания в детском доме, у 10 из 21 – опыт опеки. С кем-то «не справлялись родственники», кто-то был полностью лишен внимания взрослых родных людей и не попал в поле зрения социальных служб, начав бродяжничать еще в подростковом возрасте.

Из компонентов депрессивного состояния аспект вовлеченности связан с симптомами «сниженное настроение» ($r = -0,46$, $p \leq 0.05$) и «ощущение, что буду наказан» ($r = -0,43$, $p \leq 0.05$).

То есть, чем больше ожидание наказания или уже ощущения наказанности, чем ниже фон настроения, тем меньше вовлеченность в жизнь, и наоборот, исключение себя из жизни ведет к более выраженным симптомам печали, несчастья, ожидания наказания за реальные и мнимые прегрешения.

Во время пандемии те бездомные, которые больше ощущают вовлеченность в жизнь, больше видят связь между собственными усилиями и результатами деятельности ($r=+0,46$, $p\leq 0,05$) и меньше боятся опасных последствий пандемии для своего здоровья ($r=-0,55$, $p\leq 0,01$).

Аспект вовлеченности в жизнь отрицательно коррелирует с активизацией ранних дезадаптивных схем «социальная отчужденность» ($r=-0,49$, $p\leq 0,05$) и «подавление эмоциональности» ($r=-0,46$, $p\leq 0,05$).

Социальное отчуждение относится к первичным дезадаптивным схемам, которые формируются как ответ на травму или хроническую травматизацию в детстве. При этой схеме преувеличиваются различия с другими и преуменьшаются сходства. Наиболее типичный копинг здесь – избегание общения, пребывание в стороне от событий, склонность действовать в одиночку. Причём эта схема может быть замаскирована: внешне человек легко общается, но внутри чувствует одиночество. Выявлены сильные взаимосвязи схемы социальной отчужденности с итоговым показателем депрессивности ($r=+0,67$, $p\leq 0,01$), в основном за счет аффективно-когнитивного компонента ($r=+0,70$, $p\leq 0,01$).

В период пандемии бездомные, которые чувствуют себя более отчужденными, ожидают более тяжелые последствия пандемии для здоровья, не только из-за вируса, но и из-за возникающих проблем в системе здравоохранения ($r=+0,54$, $p\leq 0,01$).

«Подавление эмоциональности» тесно связано со схемой «социальной отчужденности» ($r=+0,83$, $p\leq 0,01$) и рассматривается как компенсаторная схема. Социальная отчужденность компенсируется подавлением эмоций, как попытка избежать отвержения из-за непохожести на других через сдержанность. На развитие схемы подавления эмоций может также влиять эмоционально бурное протекание конфликтов в семье с вовлечением ребёнка, что согласуется с историей жизни бездомных клиентов. В период самоизоляции в связи с пандемией активизация схемы подавления эмоциональности у бездомных, проживающих в Приюте, взаимосвязана с оценкой большей интенсивности изменений в жизни вследствие пандемии ($r=+0,44$, $p\leq 0,05$), а также с субъективной оценкой опасности пандемии для здоровья ($r=+0,54$, $p\leq 0,01$). Эти связи с субъективной оценкой ситуации пандемии выявляются и у «домашних» [3].

Вывод: Бездомные, живущие в Приюте, значительно чаще «домашних» ощущают себя «вне» жизни, ощущают себя отвергнутыми, а свою жизнь малоинтересной. Возможно, что таким образом работает механизм самоэкслюзии (самоисключения из общества и жизни), как помещение во внутренний план личности феномена социальной эксклюзии [1]. Самоисключение ограничивает опору на социальные связи и тем самым увеличивает вероятность «застревания» в «воронке бездомности» [2]. Исследование жизнестойкости и ранних дезадаптивных схем у бездомных в период пандемии представляется важным для разработки дифференцированных программ психологической помощи.

Литература

1. Антонова В. Концепты социальной инклюзии и эксклюзии в глобальном обществе: дрейф по социальным институтам, акторам и практикам // Журнал исследований социальной политики -2013 -- 11(2) [Электронный ресурс] – режим доступа - <https://cyberleninka.ru/article/n/kontsepty-sotsialnoy-inklyuzii-i-eksklyuzii-v-globalnom-obschestve-dreyf-po-sotsialnym-institutam-aktoram-i-praktikam>
2. Коваленко Е. Воронка бездомности и ограничение потенциальных возможностей // Журнал исследований социальной политики. 2010. Т. 8. №. 4. С. 519 – 536.
3. Крайнюков С.В., Бондарева М.О., Гусева Н.А., Новикова И.А. Влияние ранних дезадаптивных схем на отношение к пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 // Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований: Материалы

международной научно-практической конференции. Москва, 18–19 ноября 2020 г. / Под ред. Холмогоровой А.Б., Пуговкиной О.Д., Зверевой Н.В., Роциной И.Ф., Рычковой О.В., Сирота Н.А. – М. ФГБОУ ВО МГППУ, 2020 - с.90-93

4. Kluge ННР, Malik A, Nitzan D. Mental health and psychological resilience during the COVID-19 pandemic. 2020.[Электронный ресурс] – режим доступа -- <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/mental-health-and-psychological-resilience-during-the-covid-19-pandemic>

5. Sugarman, D.E., Greenfield, S.F. Alcohol and COVID-19: How Do We Respond to This Growing Public Health Crisis?. //J GEN INTERN MED – oktober – 2020.[Электронный ресурс] – Режим доступа:<https://doi.org/10.1007/s11606-020-06321-z>

Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Жабина Д. В.
СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
medvedeva.ti@gmail.com

Ключевые слова: COVID-19, суицидальный риск, депрессия, «длительный ковид»

Enikolopov S.N., Medvedeva T.I., Boyko O.M., Vorontsova O.Yu., Zhabina D.V.
SUICIDAL IDEATION AFTER COVID-19 INFECTION

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Key words: COVID-19, suicidal risk, depression, «long covid»

Введение. Пандемия COVID-19 оказывает негативное влияние на качество жизни и психическое состояние каждого человека. Воздействие стрессовых условий, тяжелой утраты в семье или среди друзей и знакомых, тревоги по поводу собственного здоровья, страха инфицирования, тяжелого течения заболевания является фактором риска появления или роста уровня психопатологических симптомов [3].

Перенесенное заболевание может оказывать длительное влияние на психическое состояние. В исследованиях отмечается наличие длительных психопатологических симптомов у достаточно высокого процента, перенесших коронавирусную инфекцию, что позволяет говорить о «Long covid». Люди с «длительным ковидом», сообщают о нарушении повседневного функционирования, отмечают признаки депрессии, тревожного расстройства, нарушений сна.

Поскольку такие явления отмечаются у людей без психиатрических проблем, это позволяет предположить более серьезные последствия перенесенной коронавирусной инфекции у людей с диагностированными психиатрическими проблемами, особенно с депрессивной симптоматикой. Широко известна связь депрессивной симптоматики и суицидального риска, его оценка у людей, перенесших коронавирусную инфекцию, важна как в клинике, так и «нормативной» популяции. Суицид может рассматриваться как один из способов выхода из сложной ситуации, когда «смерть» воспринимается как освобождение от страданий и мучений, переносимых в жизни [1]. Рост суицидальных идей во время пандемии COVID-19 уже выявлен в ряде исследований [2; 4; 5].

Целью исследования была оценка связи перенесенной коронавирусной инфекции с уровнем выраженности мыслей о суициде.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 45 пациенток в возрасте от 16 до 25 лет, которые находились на стационарном лечении с диагнозом эндогенного депрессивного расстройства. Среди пациенток клиники 21 девушка ответила, что она перенесла коронавирусную инфекцию. Обследование проходило на этапе становления ремиссии.

316 человек составили группу ранее обращавшихся за психиатрической помощью. Из них 61 человек ответил, что перенес коронавирусную инфекцию. Испытуемые отвечали на опрос, размещенный в сети Интернет.

926 человек – группа людей, которые никогда ранее не обращались за психиатрической помощью. Среди них 120 человек перенесли коронавирусную инфекцию. Испытуемые отвечали на опрос, размещенный в сети Интернет.

Всего в исследовании приняли участие 1287 человек.

Все испытуемые ответили на опросник о пандемии, который включал, помимо социодемографических вопросов и вопроса о перенесенном заболевании, вопросы о субъективной оценке своего психического состояния, среди них вопрос о качестве сна, подавленности (выбор по 10-бальной шкале), мыслях о суициде (выбор по 5 бальной шкале).

Кроме того, все ответили на вопросы Симптоматического опросника SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised). Испытуемые, которые отвечали на опрос в Интернете, ответили также на опросники Конструктивного мышления (СТИ) и COPE.

Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS. Приведены только статистически значимые результаты.

Результаты. Анализ результатов показал, что мысли о суициде в группе девушек с депрессией, проходящих лечение в клинике, значимо выше у тех, кто перенес коронавирусную инфекцию ($0,375 \pm 0,770$ и $1,286 \pm 1,554$ для тех, кто коронавирусом не болел и тех, кто переболел соответственно, уровень значимости различий $p=0,015$). У переболевших значимо выше психопатологические показатели в SCL-90-R: навязчивости, сенситивность, депрессия, тревожность, психотизм, общий уровень тяжести состояния, уровень наличного дистресса, число беспокоящих симптомов.

В группе обращавшихся ранее за психиатрической помощью мысли о суициде также значимо выше у тех, кто перенес коронавирусную инфекцию ($0,451 \pm 0,937$ и $0,852 \pm 1,123$ для тех, кто коронавирусом не болел и тех, кто переболел соответственно, уровень значимости различий $p=0,004$). У переболевших значимо выше все психопатологические показатели в SCL-90R и, кроме того, отмечается значимый рост «эзотерического мышления» (СТИ) и «обращения к религии» (COPE), рост употребления медикаментов для того, чтобы справиться со стрессом в результате перенесенного заболевания. У них отмечается выраженный запрос на помощь психолога (18% и 36%).

В группе, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью также выявлена связь перенесенного заболевания коронавирусной инфекцией с ростом суицидальных идей ($0,158 \pm 0,547$ и $0,350 \pm 0,876$, $p=0,001$). У переболевших также значимо выше все психопатологические показатели в SCL-90-R и запрос на помощь психолога (23% и 34%).

Таким образом, для всех рассматриваемых выборок показан рост выраженности мыслей о суициде в результате перенесенного заболевания ковид-19. Можно считать, что это универсальный ответ на стресс в результате перенесенного заболевания у части переболевших.

В исследовании не рассматривались отдельные факторы, влияющие на рост суицидальных мыслей. Вероятно, в разных группах этот рост обусловлен как общими, так и различающимися факторами. У тех, кто никогда не обращался за психиатрической помощью, очевидно рост связан как с общей атмосферой в обществе, связанной с пандемией – ограничениями социальной жизни, так и с испытываемой в результате заболевания тревогой за свое здоровье и жизнь, и за жизнь и здоровье близких. Этот рост и степень выраженности не достигает клинического уровня и касается относительно небольшого количества людей.

Люди, обращавшиеся ранее за психиатрической помощью, находятся в группе более высокого риска, так как даже у не болевших коронавирусной инфекцией уровень суицидального риска выше, и, очевидно, имеет место влияние более высокого уровня психопатологической симптоматики.

Наиболее уязвимой группой оказывается группа находящихся на лечении в клинике. Учитывая, что все девушки из клинической группы обследовались на стадии становления

ремиссии после адекватного лечения, можно предположить, что поскольку девушки с перенесенным ковидом на этой стадии лечения находятся в более тяжелом состоянии, это связано как с изначально более высокими симптоматическими показателями, так и, возможно, с более выраженной резистентностью к лечению. Последнее предположение требует дальнейших исследований.

Группа, проходящая лечение в клинике, находится под медицинским наблюдением, в то время как в группе, обращавшихся ранее за психиатрической помощью, большое количество людей пытается самостоятельно справиться со стрессом во время пандемии и последствиями перенесенного заболевания. В этой группе отмечается значимый рост неконструктивных способов совладания со стрессом - эзотерического мышления и обращения к религии, рост употребления медикаментов для того, чтобы справиться со стрессом в результате перенесенного заболевания.

И в контрольной группе, и в группе обращавшихся ранее за психиатрической помощью отмечается выраженная потребность в психологической помощи.

Выводы. Показано, что перенесенная коронавирусная инфекция приводит к росту выраженности мыслей о суициде в разных выборках испытуемых – у тех, кто проходит лечение в клинике от депрессии, у тех, кто ранее обращался за психиатрической помощью, и у людей, никогда ранее не сталкивающихся с психиатрическими проблемами.

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФ N 21-18-00129

Литература

1. Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Борисова О.А. Прогноз суицида при депрессии // Вопросы психологии. 2015. Vol. 3. pp. 38-48.
2. Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю. Анализ динамики депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19 в России // Суицидология. 2020. Vol. 11. no. 3(40). pp. 3-16. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-3-16.
3. Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 В РОССИИ // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Vol. 121. no. 7. pp. 90-95. DOI: 10.17116/jnevro202112107190.
4. Czeisler M.E., Lane R.I., Petrosky E., Wiley J.F., Christensen A., Njai R., Weaver M.D., Robbins R., Facer-Childs E.R., Barger L.K., Czeisler C.A., Howard M.E., Rajaratnam S.M.W. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic - United States, June 24-30, 2020 // MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020. Vol. 69. no. 32. pp. 1049-1057. DOI: 10.15585/mmwr.mm6932a1.
5. Dsouza D.D., Quadros S., Hyderabadwala Z.J., Mamun M.A. Aggregated COVID-19 suicide incidences in India: Fear of COVID-19 infection is the prominent causative factor // Psychiatry Res. 2020. Vol. 290. pp. 113145. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113145.

Конюховская Ю.Е.^{1,2}, Первичко Е.И.^{1,2}, Митина О.В.¹, Степанова О.Б.¹, Дорохов Е.А.^{1,2}, Петренко В.Ф.¹

СВЯЗЬ ТРЕВОГИ И ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ У НЕИНФИЦИРОВАННЫХ ВЗРОСЛЫХ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

¹ МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва, Россия

² РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

yekon@icloud.com

Ключевые слова: дисфункциональное дыхание, тревога, пандемия COVID-19, психосоматические расстройства

Koniukhovskaia J.E. ^{1,2}, Pervichko E.I. ^{1,2}, Mitina O.V. ¹, Stepanova O.B. ¹,
Dorokhov E.A. ^{1,2}, Petrenko V.F. ¹

THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY AND DYSFUNCTIONAL BREATHING IN UNINFECTED ADULTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

¹ Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Keywords: dysfunctional breathing, anxiety, COVID-19 pandemic, psychosomatic disorders.

Финансирование. Работа выполнена при финансовой поддержке РФФ, грант № 21-18-00624.

Благодарности. Авторы благодарят за техническую поддержку исследования доктора психологических наук, заслуженного профессора МГУ им. М.В. Ломоносова А.Г. Шмелева.

Введение. Дисфункциональное дыхание (ДД) – это паттерны дыхания, при которых легочная вентиляция не соответствуют актуальным физиологическим нуждам организма для поддержания гомеостаза, что, как следствие, вызывает множество функциональных вегетативных симптомов (Van Dixhoorn, 1996; Vidotto et al., 2019). Наиболее изученным проявлением ДД является гипервентиляционный синдром (ГВС), или синдром нейрогенной гипервентиляции: патологический и устойчивый паттерн дыхания, при котором учащенное дыхание провоцирует респираторный алкалоз и как следствие функциональные симптомы в различных системах тела (респираторной, мышечно-тонической, нервной, пищеварительной, сердечно-сосудистой).

Уже в самом начале пандемии COVID-19 врачи общей практики обратили внимание на то, что среди обращающихся за медицинской помощью высок процент тех, кто не имеет выраженной патологии дыхательной системы и тем более коронавируса, но испытывает высокую тревогу и подозревает, что у него COVID-19 (Taverne et al., 2021). По мнению авторов, функциональные нарушения дыхания, выявляемые у таких пациентов, часто сбивает с толку врачей, поскольку у таких пациентов могут появляться кардиореспираторные жалобы (одышка, жажда воздуха, затрудненное дыхание, вздохи, зевота, боль в груди, сердцебиение) и экстрареспираторные симптомы (сильная астения, слабость, спутанность сознания, беспокойство, головокружение, парестезии, в том числе мышечные спазмы), что может соответствовать клинической картине COVID-19 и, при отсутствии анализов на коронавирус, может вводить врачей в заблуждение (Gavriatopoulou et al., 2020). В связи с этим люди с ощущением трудности вдоха, спровоцированного тревогой, могут чаще обращаться за медицинской помощью, что повышает нагрузку на медицинскую систему и увеличивает риск заражения COVID-19, пока человек с ДД находится в медицинских учреждениях.

Целью данного исследования стало выявление признаков ДД у практически здоровых людей в условиях пандемии COVID-19 и доказательство более высокой представленности проявлений ДД у лиц с высокой тревогой.

Материалы и методы. Исследование проводилось онлайн с апреля по декабрь 2020 года во время 1 и 2 «волн» пандемии COVID-19.

В методический комплекс вошли:

Социально-демографический опросник, разработанный авторами специально для исследования в условиях пандемии COVID-19 здорового населения. Опросник содержал 22 вопроса и включал такие тематические области, как особенности условий проживания респондента, профессиональная занятость и материальное положение, использование приемов саморегуляции состояния, отношение к COVID-19, возникающие в условиях самоизоляции психологические трудности и т. д.;

Опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера (Spielberger et al., 1983; Леонова, 2013)

Наймигенский опросник (Van Dixhoorn, Duivenvoordent, 1985), разработанный для оценки выраженности симптомов гипервентиляционного синдрома и в дальнейшем используемый для диагностики ДД (Vidotto et al., 2019).

Для проведения исследования использовалась платформа NT-line, которая позволяла автоматически обрабатывать результаты и выдавать «обратную связь» респондентам. Приглашение принять участие в исследовании распространялось с помощью объявлений в социальных сетях по методу «снежного кома». Для сбора выборки был создан сайт <https://psy-test-covid.ru>, на котором респонденты могли найти всю информацию про исследование.

В исследовании приняли участие 1362 здоровых респондентов, из них 1153 (85%) женщины и 209 (15%) мужчины. Возраст участников исследования с 16 до 88 лет, средний возраст - $38,3 \pm 11,4$ лет. В исследовании приняли участие респонденты из всех регионов России: Центральный 59%, Северо-западный 10%, Уральский 5%, Приволжский 7%, Южный 4%, Сибирский 3%, Дальневосточный 1%, Кавказский 1%, 7% респондентов указали, что проживают за рубежом, а еще 2% отказались сообщить свое место проживания. Выборку составили респонденты со средним общим (3,6%), средним специальным (4,1%), незаконченным высшим (7,6%), высшим профессиональным образованием (77,2%). В исследовании также приняли участие респонденты со степенью кандидата/доктора наук (7,1%) и с образованием ниже среднего (0,4%) респондентов.

Результаты. Дисфункциональное дыхание (≥ 23 балла по Наймигенскому опроснику) было выявлено у 27,7% респондентов. Феномен ДД чаще встречается у женщин (31%), чем у мужчин (9,1%).

Для определения связи реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) с дисфункциональным дыханием, вся выборка была поделена на 4 группы по уровню тревожности (низкий ≤ 35 баллов; средний = 35 – 44 баллов; высокий = 45 – 59 баллов; «пограничный» > 60) (Леонова, 2013) и были использованы таблицы сопряженности. Было выявлено значимые различия по распространенности ДД у лиц с разным уровнем ситуативной тревоги ($\chi^2 = 168,090$; ст.св=3; $p=0,000$). У лиц с низким уровнем РТ (209 человек, 15 % выборки) ДД присутствует у 4,8%. У лиц со средним уровнем РТ (480 человек, 35% выборки) ДД выявлено у 18,2%. а при высоком уровне РТ (497 человек, 35,5% выборки) – у 33,8% респондентов. В то время как при пограничном уровне РТ (211 человек, 14,5% выборки) дисфункциональное дыхание выявлено было у 55,9% респондентов.

Также значимые различия по выраженности ДД были обнаружены и для личностной тревожности ($\chi^2 = 186,957$; ст.св=3; $p=0,000$). При низком уровне ЛТ (175 человек, 12,8% выборки) только у 4% были выявлены признаки ДД, в то время как при средней ЛТ (497 человек, 36,5 %) симптомы ДД выявлены у 15,7% респондентов, а при высоком уровне ЛТ (577 человек, 42,4 % выборки) симптомы ДД встречались в 38,3% случаев. При пограничном уровне ЛТ (113 человек, 8,3 % выборки) дисфункциональное дыхание было выявлено у максимального числа респондентов: в 62,8% случаев.

Заключение. В нашем исследовании во время пандемии COVID-19 выраженное дисфункциональное дыхание было выявлено у 27,7% не инфицированных коронавирусом респондентов, что существенно превышает данные статистики о встречаемости ДД до пандемии, когда данный феномен встречался лишь у 7-10% населения (Vidotto et al., 2019). На основании этого можно обоснованно заключить, что во время пандемии COVID-19 функциональные нарушения регуляции дыхательной системы стали в 3 раза более распространенным явлением.

У лиц с высоким и пограничным уровнем реактивной тревоги данный феномен встречается в 33,8% и 55,9% случаев, соответственно. Также при высоком и пограничном уровне личностной тревожности дисфункциональное дыхание было выявлено у 38,3% и 62,8% респондентов, соответственно. Важно отметить, что есть процент респондентов с высоким уровнем тревоги и без дисфункционального дыхания, а также есть респонденты с низким уровнем тревоги и с признаками дисфункционального дыхания. Это позволяет заключить, что

это взаимосвязанные понятия, имеющие общее феноменологическое поле, но при этом не идентичные.

Данные результаты ставят вопрос дальнейшего изучения роли как ситуативных факторов, таких как воздействие пандемии COVID-19, так и личностных предикторов, таких как личностные черты и стратегии саморегуляции, в возникновении дисфункционального дыхания в условиях пандемии COVID-19.

Литература

1. Vidotto L. S., Carvalho C. R. F. de, Harvey A., Jones M. (2019). Dysfunctional breathing: what do we know? *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 45(1), e20170347. <https://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20170347>
2. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., Vagg, PR, Jacobs G. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2). 1983. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
3. Van Dixhoorn J., Duivenvoorden H. J. (1985) Efficacy of Nijmegen questionnaire in recognition of the hyperventilation syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(2), 199–206. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90042-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90042-X)
4. Van Dixhoom J.. Hyperventilation and dysfunctional breathing / J. van. Dixhoom // *Biological Psychology*. 1997. - Vol. 46. - P. 90-91
5. Taverne J., Salvator H., Leboulch C., Barizien N., Ballester M., Imhaus E., Chabi-Charvillat M. L., Boulou A., Goyard C., Chabrol A., Catherinot E., Givel C., Couderc L. J., Tcherakian C. (2021) High incidence of hyperventilation syndrome after COVID-19. *Journal of thoracic disease*, 13(6), 3918–3922. <https://doi.org/10.21037/jtd-20-2753>
6. Gavriatopoulou M., Korompoki E., Fotiou D., Ntanasis-Stathopoulos I., Psaltopoulou T., Kastritis E., Terpos E., Dimopoulos M.A. (2020) Organ-specific manifestations of COVID-19 infection. *Clinical and Experimental Medecine*, 20(4): 493-506. doi: 10.1007/s10238-020-00648-x

Кузнецова С.О., Строгова С.Е.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И ТОЛЕРАНТНОСТИ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ В СИТУАЦИИ ПАНДЕМИИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Kash-kuznezova@yandex.ru

Ключевые слова: совладающее поведение, толерантность к неопределенности, пандемия, диагностика

Kuznetsova S.O., Strogova S.E.

THE CORRELATION OF COPING BEHAVIOR AND TOLERANCE TO UNCERTAINTY IN A PANDEMIC SITUATION IN ADOLESCENCE

FSBI Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Kash-kuznezova@yandex.ru

Keywords: coping behavior, tolerance to uncertainty, pandemic, diagnostics

Введение. Пандемия COVID-19, затронувшая все страны мира, поставила перед людьми различных профессий абсолютно новые задачи, которые надо было решать достаточно оперативно. Перед психологами стояла задача адаптации своего профессионального функционала к данным условиям и исследование психологических феноменов в ситуации пандемии. Исследователям и практикам пришлось в быстром порядке адаптировать диагностический материал, психотерапевтическую и психокоррекционную работу к новым условиям жизни.

Следует отметить, что большинству людей во время пандемии пришлось столкнуться с совершенно новой ситуацией: угроза заражения, которой подвержены все; тяжелое течение заболевания для некоторых групп населения; новые меры безопасности; работа и учеба в

дистанционном формате; ограничение перемещений как внутри страны, так и за ее пределами. Пандемию коронавируса можно назвать неопределенной ситуацией, так как большинство людей до сих пор не предполагают, какие последствия (физиологические, психические, экономические, социальные) повлечет за собой заболевание.

Исследования, проводимые с начала пандемии, помогли выявить такие физиологические и поведенческие реакции на стрессовую ситуацию, как нарушение сна, избегающее и суицидальное поведение, алкоголизм, а также эмоциональные реакции тревоги, страха, раздражения и печали [1, 3, 4]. Определяя совладающее поведение как поведенческие, когнитивные и эмоциональные усилия, направленные на преодоление стрессовой ситуации, нам кажется актуальным исследовать взаимосвязь совладающего поведения и толерантности к неопределенности, поскольку в различных исследованиях показано, что толерантность к неопределенности способствует выбору эффективных копинг-стратегий [5].

Цель нашего исследования состояла в изучении совладающего поведения и толерантности/интолерантности к неопределенности в ситуации пандемии в юношеском возрасте, используя онлайн-формат диагностики.

Материал и методы. В данном исследовании приняли участие 178 человек мужского и женского пола в возрасте от 19 до 24 лет (средний возраст - 20,44 лет), которые являлись студентами Московских ВУЗов. Исследование проводилось дистанционно с использованием Google-форм. В данном исследовании был использован внутрисубъектный экспериментальный план.

При разработке методического комплекса, использованного в данной работе, учитывались следующие принципы: 1) возможность фиксации как количественных, так и качественных характеристик, исследуемых в данной работе; 2) валидность и надежность методик. Для реализации поставленной цели использовались следующие методики: 1) опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса для определения копинг-стратегий, используемых людьми в ситуации пандемии COVID-19 (таких, как конфронтационный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы и положительную переоценку). Данный опросник может применяться в исследовании особенностей поведения в стрессовых и проблемных ситуациях, выявляя характерные для человека способы совладания со стрессом. 2) новый опросник толерантности к неопределенности использовался с целью диагностики толерантности к неопределенности в ситуации пандемии COVID-19. В опроснике представлены три шкалы: толерантность к неопределенности, интолерантность к неопределенности и межличностная интолерантности к неопределенности. Статистическая обработка данных была проведена с помощью компьютерной программы SPSS Statistics.

Результаты. В результате проведенного исследования и корреляционного анализа, было получено, что существует статистически значимая положительная корреляция между толерантностью к неопределенности и стратегией «Планирование решения проблемы» ($r=0,34$; $p<0,04$). Остальные копинг-стратегии не имели значимых корреляций с толерантностью к неопределенности. Кроме этого, была выявлена статистически значимая положительная корреляция между интолерантностью к неопределенности и такими копинг-стратегиями, как: «Конфронтационный копинг» ($r=0,552$; $p<0,05$), «Самоконтроль» ($r=0,467$; $p<0,05$), «Планирование решения проблемы» ($r=0,534$; $p<0,05$) и «Положительная переоценка» ($r=0,324$; $p<0,05$). Значимых связей между интолерантностью к неопределенности и такими копинг-стратегиями, как: «Бегство-избегание», «Дистанцирование», «Поиск социальной поддержки» и «Принятие ответственности» выявлено не было. Анализ связи межличностной интолерантности к неопределенности с копинг-стратегиями показал, что существует статистически значимая положительная корреляция с «Принятием ответственности» ($r=0,546$; $p<0,05$), а также статистически значимая отрицательная корреляция «Положительной переоценкой» ($r=-0,362$; $p<0,05$).

Кроме этого, проводился анализ полученных данных между юношами и девушками. Значимых корреляций между полом и копинг-стратегиями, а также полом и толерантностью

к неопределенности не было выявлено. В результате корреляционного анализа исследуемых показателей с возрастом было выявлено, что отмечается положительная статистически значимая корреляция между возрастом и только двумя копинг-стратегиями: «Конфронтационный копинг» ($r=0,425$; $p<0,04$) и «Бегство-избегание» ($r=0,563$; $p<0,01$).

Полученные нами данные согласуются с результатами других исследований, релевантных данной теме [2, 5]. Полученные нами результаты можно использовать для эффективной организации психологической помощи и реабилитационной работы в условиях ситуации пандемии и после нее. В качестве дальнейших направлений исследования по данной теме можно рассматривать расширение возрастного диапазона выборки, а также выявление специфических и неспецифических характеристик взаимосвязи совладающего поведения и толерантности к неопределенности.

Выводы. Существует статистически значимые положительные корреляции между толерантностью к неопределенности и стратегией «Планирование решения проблемы»; между интолерантностью к неопределенности и стратегиями: «Конфронтационный копинг», «Самоконтроль», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка»; между межличностной интолерантностью к неопределенности и стратегией «Принятие ответственности»; между возрастом и стратегиями: «Конфронтационный копинг» и «Бегство-избегание»; а также отмечается статистически значимая отрицательная корреляция между межличностной интолерантностью к неопределенности и стратегией «Положительная переоценка». Значимых корреляций между полом и копинг-стратегиями, а также полом и толерантностью к неопределенности в юношеском возрасте не было выявлено.

Литература

1. Волкова А.В., Михайлова И.В. Возрастные особенности совладания со стрессом мужчин и женщин // Вестник МГОУ. – 2018 – Серия: Психологические науки. – №3.
2. Говоркова А.М., Крюкова Т.Л., Екимчик О.А. Стресс в ситуации новой угрозы здоровью (пандемии COVID-19) и совладание с ним // Личностные и регуляторные ресурсы достижения образовательных и профессиональных целей в эпоху цифровизации. – 2020. – С. 843-852.
3. Куваева И.О. Особенности совладающего поведения личности в ситуации пандемии COVID-19 // Сборник статей VI Всероссийской научно-практической конференции. – 2020. – С. 95-97.
4. Куфтяк Е.В. Совладание со стрессом в период пандемии COVID-19 // Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований: Материалы международной научно-практической конференции. – Москва. – 2020. – С. 93-95.
5. Первушина О.Н., Фёдоров А.А., Дорошева Е.А. Переживание пандемии COVID-19 и толерантность к неопределенности // Reflexio. – 2020. – Т. 13, № 1. – С. 5–20.

Ларских М.В., Житенева И.Г., Житенева А.К.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА, УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ВГУ, Воронеж, Россия
marinalars@mail.ru

Ключевые слова: пандемия COVID-19, медицинские сестры, эмоциональное выгорание, эмоциональное истощение, деперсонализация

Larskikh M.V., Zhiteneva I.G., Zhiteneva A.K.

A STUDY OF BURN OUT IN NURSES OF PSYCHIATRIC HOSPITAL PARTICIPATING IN THE PROVISION MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH CORONAVIRUS DISEASE

VGU, Voronezh, Russia

Keywords: COVID-19 pandemic, nurses, burnout, emotional exhaustion, depersonification

Введение. Категория «Эмоциональное выгорание» (далее ЭВ) впервые появилась в 1974 г. в Америке, с легкой руки психиатра Н. Freudenberger. В настоящее время одной из наиболее распространенной концепцией ЭВ является трехкомпонентная модель С. Maslach и S.E. Jackson [3], которая рассматривает ЭВ как состояние полного истощения человека, связанного с профессиональной деятельностью. Работа всех медицинских работников, и особенно медицинской сестры связана с постоянной физической и эмоциональной нагрузкой. Именно медицинская сестра постоянно сталкивается с различными, часто негативными и интенсивными эмоциональными реакциями как пациентов, так и их родственников. Являясь в какой-то мере буфером между доктором и пациентом, медицинская сестра «принимает на себя» все «недовольства», жалобы, страхи, «ворчания» и требования пациентов. Проблема ЭВ медицинской сестры всегда была актуальна, но важнейшее значение эта проблема получает в период пандемии.

Новая коронавирусная инфекция застала все мировое медицинское сообщество врасплох. Отсутствовал опыт проведения превентивных мер, лечения и профилактики коронавирусной инфекции, а также организации оказания медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией. И тем более никогда не изучалась проблема ЭВ медицинских работников в ситуации пандемии, которая, без сомнения является ситуацией нового и неизвестного стресса, связанного с опасностью не только для здоровья, но и жизни. Во время пандемии на медицинских сестер действовали практически все известные науке факторы ЭВ [1]. Не было четкости в распределении ответственности медицинских сестер за свои профессиональные обязанности, была несогласованность совместных действий медицинских сестер и общая неразбериха в организации трудового процесса. Отмечался как недостаток индивидуальных средств защиты, так и физический дискомфорт, связанный с необходимостью использовать индивидуальные средства защиты весь рабочий день. К вышеупомянутым факторам добавляется еще и страх за свою жизнь и за жизнь близких людей, а также бюрократическая неразбериха и неуверенность в выплатах за работу в экстремальных условиях. Новейшие зарубежные исследования (Иордания, Великобритания, Польша, Оман, Сингапур) за последний, «пандемийный» год свидетельствуют о том, что в 2020 год у медицинских работников наблюдаются повышение показателей тревоги, депрессии и ЭВ [4]. Китайские ученые выявили наиболее уязвимую группу среди медицинских работников – это молодые медсестры (18-24 года) [4]. Исследования российских ученых показывают, что медицинские работники, участвующие в оказании медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией имеют более высокие показатели тревоги и депрессии, по сравнению с медицинскими работниками, которые не участвовали в оказании такой помощи. И наибольшее всего психологически уязвимыми из медицинских работников являются молодые женщины (до 28 лет) [4]. Во всех вышеописанных исследованиях участвовали медицинские работники из различных лечебных учреждений, но отдельно медицинские сестры, работающие с пациентами с психическими расстройствами и коронавирусом обследованы не были, что обуславливает актуальность нашего исследования.

Методы и организация исследования. В исследовании приняли участие 82 медицинских сестры КУЗВО «ВОКПНД», корпус № 1 (психиатрический стационар на 700 коек). Средний возраст $43,33 \pm 10,61$ года (от 28 до 71 года) и средний стаж $17,11 \pm 10,40$ лет (от 2 лет до 50 лет). 23 медсестры работали в ковидном госпитале, 59 медсестер работали в общепсихиатрическом стационаре с пациентами с психическими расстройствами, но без симптомов коронавирусной

инфекции. Методики: **1.** Социодемографическая анонимная анкета, в которой учитывался пол, возраст, стаж и участие (неучастие) в оказании помощи пациентам с коронавирусной инфекцией. **2.** Опросник профессионального выгорания К. Маслач (адаптация Н.Е. Водопьяновой) [2].

Результаты. Было проведено сравнение средних показателей ЭВ в выборках медсестер, которые работали в ковидном госпитале и медсестер, работающих в общепсихиатрических отделениях (U - критерий Манна-Уитни). В выборке из ковидного госпиталя по сравнению с выборкой из общепсихиатрических отделений все показатели параметров ЭВ значимо ниже (а не выше, как предполагалось) показателей ЭВ медсестер из общепсихиатрических отделений. У медсестер из ковидного госпиталя средние показатели таких параметров как «эмоциональное истощение» и «редукция профессиональных достижений» имеют нормативные значения, показатель параметра «деперсонализации» повышен до среднего уровня. Тогда как показатели всех параметров ЭВ у медсестер из общепсихиатрических отделений выше нормы и достигают среднего уровня выраженности. Только у трех медсестер из ковидного госпиталя (13 %) отмечаются высокие показатели таких параметров ЭВ как «эмоциональное истощение» и «деперсонализация» и у двух медсестер (8,7 %) – высокие показатели параметра «редукция профессиональных достижений». Эти данные в несколько раз меньше данных, полученных в исследованиях как отечественных, так и зарубежных ученых [4]. Количество медицинских сестер из общепсихиатрических отделений, имеющие повышение тех или иных параметров ЭВ значимо выше и коррелирует с имеющимися в этой области исследованиями (у 11 медицинских сестер, что составляет 18,6 % наблюдается значительное повышение уровня параметра «эмоциональное истощение» - для сравнения «эмоциональное истощение» наблюдается всего у 3 медсестер – 13 % медицинских сестер из ковидного госпиталя). У 21 медицинской сестры (35,6 %) из общепсихиатрических отделений была выявлено значимое повышение параметра «деперсонализация», тогда как у медицинских сестер из ковидного госпиталя этот параметр ЭВ повышен всего у 2 медицинских сестер. Параметр «редукция профессиональных достижений» наблюдается у трети медицинских сестер из общепсихиатрических отделений (20 медицинских сестер, 33,9 %) – для сравнения тот же параметр ЭВ наблюдается всего у 2 медицинских сестер (8,7 %) из ковидного госпиталя.

Выводы. В выборке медицинских сестер, оказывающих медицинскую помощь пациентам с психическими расстройствами и с симптомами коронавирусной инфекции (в ковидном госпитале) отмечаются низкие средние показатели ЭВ по всем параметрам ЭВ. Полученные данные отличаются от имеющихся международных и отечественных исследований ЭВ медицинских сотрудников в период пандемии. Можно предположить, что к такому результату привела совокупность различных факторов, к которым относятся как хорошая организация работы ковидного госпиталя (укомплектованность смен, своевременное обеспечение СИЗ, наличие выплат за работу в экстремальных условиях), так и меры психологической поддержки медицинских работников, работающих в ковидном госпитале. Низкие показатели ЭВ в ковидном госпитале можно также объяснить практически полным отсутствием (за исключением одной медицинской сестры) наиболее уязвимой для эмоционального выгорания возрастной группы медицинских работников – женщин до 25 лет.

Показатели эмоционального выгорания медицинских сестер, работающих в общепсихиатрическом стационаре с пациентами с психическими расстройствами, но без симптомов коронавирусной имеют повышение всех параметров ЭВ значимо выше, по сравнению с медицинскими сестрами из ковидного госпиталя. Эти различия можно связать с тем, что вышеупомянутая группа медицинских сестер также находясь в ситуации постоянного стресса и напряжения и каждодневно сталкиваясь со страхом заражения коронавирусной инфекцией не получала дополнительных выплат и льгот, которые полагались медицинским работникам ковидного госпиталя. ЭВ медицинских сестер имеет положительные корреляции с их возрастом и стажем. Проведенное исследование подчеркивает важность для

психологического благополучия медицинских сестер проведение специальных мероприятий, направленных на профилактику ЭВ.

Литература

1. Башенкова Л.А. Диагностика синдрома эмоционального выгорания и мероприятия, направленные на его предупреждение // Среднее профессиональное образование / Л.А. Башенкова, Е.В. Кухарская, 2015. №11. С. 43 – 45.
2. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченков, 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 336 с.
3. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // В.Е. Орел / Психологический журнал. 2001. № 3. С. 90-101.
4. Петриков С.С. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19/ С.С. Петриков, А.Б. Холмогорова, А.Ю. Суроегина, О.Ю. Микита, А.П. Рой, А.А. Рахманина / [электронный ресурс] Консультативная психология и психотерапия. 2020;28(2):8–5. <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202>

Маракшина Ю.А.¹, Лобаскова М.М.¹, Адамович Т.В.¹, Васин Г.М.², Ситникова М.А.³
КРАТКАЯ ВЕРСИЯ ОПРОСНИКА COPE КАК ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ
СТРАТЕГИЙ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У ПОДРОСТКОВ В ПЕРИОД
ПАНДЕМИИ COVID-19

¹ФГБНУ «Психологический институт Российской академии образования», Москва, Россия,

²НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия,

³НИУ «Белгородский государственный университет», Белгород, Россия
retalika@yandex.ru

Ключевые слова: стресс, копинг-стратегии, дистанционная диагностика, подростки

Marakshina J.A.¹, Lobaskova M.M.¹, Adamovich T.V.¹, Vasin G.M.², Sitnikova M.A.³
A BRIEF VERSION OF THE COPE QUESTIONNAIRE AS A DIAGNOSTIC TOOL
FOR COPING STRATEGIES IN ADOLESCENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Psychological Institute of Russian Academy of Education, Moscow, Russia,
National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia,
National Research University Belgorod State University, Belgorod, Russia
retalika@yandex.ru

Keywords: stress, coping strategies, distant diagnostics, adolescents

Введение. Актуальность данного исследования обусловлена необходимостью анализа преобладающих копинг-стратегий как способов совладания со стрессовой ситуацией пандемии COVID-19 у подростков, которые испытывали дополнительный стресс из-за перехода на дистанционное обучение, психологической неготовности к данному формату. Стресс вызван как ситуацией пандемии (нарушением привычной жизни, социальных связей, ситуацией неопределенности), так и самой коронавирусной инфекцией, а именно, тяжестью течения заболевания и постковидным синдромом. В связи с этим возникла необходимость в применении инструментов диагностики стратегий копинга (совладающего поведения) подростков. При анализе литературы нами был обнаружен недостаток таких инструментов. Поэтому нашей целью стало создание опросника, обладающего рядом качеств: актуальность, возможность использования в современной ситуации; соответствие возрасту респондентов (опросник должен быть ориентирован на подростковую, а не взрослую или детскую аудиторию, что предъявляет определенные требования к содержанию и формулировкам вопросов); возможность сопоставления с результатами взрослой аудитории респондентов, в

частности, находящихся в той же учебной ситуации (учителя); возможность сопоставления с результатами респондентов из других стран (при адаптации уже имеющихся зарубежных методик) для проведения кросс-культурного анализа; возможность использования вместе с другими диагностическими методиками в ситуации ограниченного времени, что предъявляет требования к краткости опросника.

Наиболее часто используемый опросник для измерения копинг-поведения — COPE (Coping Orientation to Problems Experienced), разработанный К.С. Карвером [3], измеряющий 15 стратегий совладания: Принятие, Активное совладание, Поведенческий уход от проблемы, Отрицание, Поиск эмоциональной поддержки, Юмор, Поиск инструментальной поддержки, Мысленный уход от проблемы, Планирование, Позитивное переформулирование, Обращение к религии, Сдерживание совладания (отсутствует в кратком COPE), Использование «успокоительных», Подавление конкурирующей деятельности (отсутствует в кратком COPE), Концентрация на эмоциях и их активное выражение. На русскоязычной выборке опросник переведен и адаптирован Е.И. Рассказовой и коллегами [1]. В сокращенной версии опросника (Brief COPE) [2] в связи с малым количеством вопросов на шкалу (по два пункта) возникает вопрос о конструктивной валидности: не является ли латентный конструкт, измеренный подобным образом, на самом деле более мелкой чертой. Стратегия сокращения опросника, используемая нами, заключалась в объединении высококоррелирующих шкал (по итогам анализа Е.И. Рассказовой и др.) [1]. В результате было получено 6 шкал (Мысленный уход от проблемы, Активное совладание, Социо-эмоциональная поддержка, Обращение к религии, Позитивный копинг, Принятие), в которых выбирались вопросы с наибольшими факторными нагрузками, вместе наиболее полно покрывающие отдельные копинг-стратегии. В подростковой версии опросника скорректированы некоторые формулировки вопросов, не используется вопрос из шкалы «Использование успокоительных».

Материал и методы. В итоговую выборку исследования, проводившегося онлайн в мае 2021 г., были включены 1200 подростков г. Белгорода в возрасте 12–17 лет. Школьники заполняли ряд психологических методик, в том числе подростковый вариант краткого опросника COPE, включающий 31 вопрос. В ходе статистического анализа проверялась надежность-согласованность шкал опросника; с помощью эксплораторного факторного анализа (метод главных компонент, вращение Varimax) исследовалась факторная структура опросника.

Результаты. Надежность-согласованность оказалась приемлемой для всех шкал (альфа Кронбаха выше 0.60), кроме шкалы «Мысленный уход от проблемы», продемонстрировавшей пограничное значение альфа Кронбаха, равной 0.59. Значения альфа Кронбаха для остальных шкал составили: Активное совладание - 0.65, Обращение к религии - 0.84, Социо-эмоциональная поддержка - 0.74, Позитивный копинг - 0.74, Принятие - 0.78.

В факторной структуре опросника выделено 6 компонент, примерно соответствующих заявленным шкалам опросника. Однако факторные нагрузки пунктов шкалы «Активное совладание» могут быть отнесены к нескольким факторам.

Выводы. Показатель надежности шкалы «Мысленный уход от проблемы» требует дополнительного анализа, недостаточно высокая надежность может быть следствием попытки расширить шкалы, добавив разный контекст к определенному виду копинга, охватить большее количество респондентов. Пример расширения формулировок за счет контекстов можно наблюдать при сравнении вопросов «Я погружаюсь в учебу или другие дела, чтобы отключиться от проблем» и «Я читаю, смотрю фильмы или телевизор или делаю что-то другое, чтобы отвлечься». Оптимальной стратегией мог бы оказаться выбор контекстов, универсальных для всех респондентов в среднем.

Анализ факторной структуры опросника продемонстрировал, что «Активное совладание» имеет под собой не отдельный психологический конструкт, а является, скорее, надсистемным фактором (медиатором). В дальнейшей работе планируется повышение надежности шкалы «Мысленный уход от проблемы» путем добавления вопросов. Предполагается осуществить

проверку факторной валидности опросника с помощью конфирматорного факторного анализа.

Литература

1. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE // Психология. Журнал высшей школы экономики. – 2013. – Т. 10(1). – С. 82–118.
2. Carver C.S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE // International Journal of Behavioral Medicine. – 1997. – Vol. 4(1). – P. 92–100.
3. Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach // Journal of Personality and Social Psychology. – 1989. – Vol. 56(2). – P. 267–283.

Митина О.В., Каипбергенова Х.Б.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О COVID-19 И ПОВЕДЕНИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ (ППП COVID-19)

МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия
Филиал МГУ имени М.В. Ломоносова в г. Ташкент, Узбекистан.
omitina@inbox.ru, halimakaipbergen@mail.ru

Ключевые слова: диагностика социальных установок, пандемия COVID-19

Mitina O.V. Kaipbergenova Kh.B.

DEVELOPMENT OF METHOD FOR DIAGNOSING SOCIAL REPRESENTATIONS ABOUT COVID-19 AND BEHAVIOR IN THE CONTEXT OF THE PANDEMIC

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
Branch Lomonosov Moscow State University in Tashkent, Uzbekistan.
omitina@inbox.ru, halimakaipbergen@mail.ru

Keywords: diagnostic of social representations, COVID-19 pandemic

Введение

Пандемия COVID-19 которая длится уже почти два года повлияла и продолжает влиять на все сферы жизни общества. Это колоссальный исторический опыт, который безусловно оставит неизгладимый след в мотивах и поведении людей. Изменения происходят в образе и укладе жизни людей: необходимо носить маску (т.е. закрывать свое лицо), соблюдать социальную дистанцию (не только избегать тактильных контактов, но и контактов в привычной человеку зоне личного пространства), сократить количество взаимодействий с родными и близкими и т.д. Желание и готовность человека создавать и сохранять на протяжении длительного времени близкие и положительные взаимоотношения являются одной из фундаментальных потребностей личности. Отсутствие такой возможности влияет на переживание человеком субъективного благополучия на здоровье личности не только в психологическом, но и в физическом плане.

По сути дела, ситуация пандемии позволяет проводить уникальные эксперименты в естественных условиях. Насколько люди готовы соблюдать необходимые санитарные нормы, жертвуя своими социальными потребностями или же наоборот, будут формироваться новые паттерны поведения, которые прежде были человеку несвойственны?

Материал и методы

Для того чтобы иметь возможность проводить такие исследования требуется специальная диагностическая методика. Первая версия была разработана осенью 2020 года и апробирована в г. Ташкенте на русскоязычной выборке респондентов. В пилотажном исследовании приняли участие 117 человека обоих полов в возрасте от 18 до 50 лет (женщин 59%, медиана возраста 22,5 года). Заполняя соц-демографическую анкету, респонденты указывали уровень своего образования, место проживания, сферу профессиональной деятельности, также оценивали

уровень своей религиозности по четырехбалльной шкале. Выборка осуществлялась по принципу снежного кома, участники исследования привлекали респондентов из числа своих знакомых. Расчёты проводились в программе SPSS 22.

Первая версия опросника состояла из 38 утверждений, согласие с каждым из которых оценивалось по 5-ти балльной шкале (от 1, соответствующей полному несогласию до 5 – полное согласие). Для валидации методики использовался ценностный опросник Ш. Шварца [2]. Опрос проводился в конце 2020 – начале 2021 гг.

Почти все первичные шкалы методики Шварца имеют согласованность не ниже 0,6 (исключение составили лишь две ценности из девятнадцати: самостоятельности суждений и скромность). Согласованность восьми интегральных ценностей, вычисляемых в методике от 0,8 и выше. Таким образом мы косвенно подтвердили не только согласованность шкал методики, но и репрезентативность выборки исследования [1].

Результаты и их обсуждение

Данные, полученные в результате опроса по методике, были обработаны с помощью эксплораторного факторного анализа. Использовался метод главных компонент с ортогональным вращением варимакс. Были выделены следующие 6 факторы, которые суммарно объясняли 45,3% общей дисперсии.

Первый фактор (вклад общую дисперсию 10,3%) образовали пункты, утверждающие, что положительные аспекты ограничений, введенных из-за пандемии, при этом их соблюдение не является фатальным для социального общения. Люди должны с пониманием адаптироваться к этим ограничениям. Быть заранее готовы к отражению болезни. Вместе с тем пандемия — это не только ограничения, но и новые возможности для развития общества и отдельных людей. А карантин, позволит больше времени проводить со своими самыми близкими людьми, с которыми живешь в одном доме. Этот фактор - униполярный, его можно назвать *Позитивно-конструктивное отношение к ситуации*.

Второй фактор (7,8%) *Индивидуализация (Вера только в собственные силы)*. Люди сами себя должны защищать и принимать ответственные решения, а государственные ограничения и вмешательства не уменьшают угрозу заболеть, а только приводят к нагнетанию страха в обществе и депрессии людей с одной стороны и позволяют вышестоящим органам контролировать жизни отдельных людей с другой.

Третий фактор (7,5%): *Ориентация на жёсткое принудительное обособление*. Этот фактор образован пунктами, требующими строго соблюдения всех санитарных мер (под страхом штрафов, и других социальных наказаний), максимальной изоляции людей как в рамках отдельных семей (введение жесткого локдауна), так и в семьях (чтобы обезопасить всех членов семьи от возможности заражения друг от друга).

Четвертый фактор (7,5%) образовали пункты конспирологического характера связанные с возникновением самого заболевания утверждающие, что возникновения COVID-19 — это результат скрытой войны между правительствами разных стран, преднамеренных или нет, но действий ученых, а разработка качественной вакцины требует долгие годы и быстро ее создать невозможно. Данный фактор тоже униполярный мы назвали: *Социальная подозрительность и пессимизм*.

Пятый фактор (6,9%) биполярный: *Неверие в помощь Бога (-) – Вера в помощь Бога (+)*. Положительный полюс связан с представлениями о том, что ковид — это божья кара, поэтому праведным людям он не страшен, так что спастись можно молитвой и покаянием, а грешники все равно заболеют. Противоположная точка зрения связана с утверждением о том, что ни бог, ни молитва, ни праведная жизнь не поможет в случае заражения избежать болезни.

Фактор 6. (4,6%) связан с *отношением к принятым нормам социального взаимодействия в обществе: ориентация на их сохранение ↔ скептическое отношение*. В первом случае проявляется позиция самоценности неформального человеческого общения в том числе для улучшения психологического самочувствия, во втором – содержится позиция избегания непосредственного общения как угрозы для жизни человека.

Сравнение ответов мужчин и женщин показал, что мужчинам более свойственно обособительные установки (фактор 3). Более молодые респонденты более толерантно относятся к ситуации пандемии (фактор 1). Как и следовало ожидать, чем более религиозным считает себя респондент, тем выше показатель по фактору религиозности опросника. Люди, работающие в социально-психологической сфере - педагоги, психологи, воспитатели - получили самые низкие баллы по фактору 3, утверждающему необходимость соблюдения жестких изоляционных мер. Чем выше уровень образования респондентов, тем в меньшей степени волнуются они о необходимости сохранять традиционные нормы социального взаимодействия в обществе.

Проведенный корреляционный анализ факторных баллов по каждому фактору с ценностными ориентациями опросника Шварца дал следующие результаты: позитивно-конструктивное отношение к ситуации пандемии (фактор 1) положительно коррелирует с ценностями индивидуальной направленности, открытости изменениям, самоутверждения и доминирования. Неверие в помощь Бога (фактор 5) положительно коррелирует с ценностью самостоятельности в своих действиях. Вера только в собственные силы (индивидуализация, фактор 2) положительно коррелирует с ценностью готовностью заботиться о других.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования была успешно апробирована и валидизирована методика, позволяющая определять представления о COVID-19 и поведении в условиях пандемии. Можно говорить о том, что разнообразие позиций в этом вопросе в значительной степени может быть сведено к ограниченному набору латентных установок (соответствующих факторам).

Можно предположить, что изменяющаяся в связи с пандемией социальная реальность способствует выработке новых социальных установок и отношений. Поэтому данный опросник не является окончательным, а допускает добавление новых пунктов. Так в настоящее время в опросник включены еще три пункта, связанные с отношением к вакцинации. В момент создания первой версии методики вакцины еще не были разработаны для повсеместного использования, а потому данная проблематика еще не породила различные позиции и отношения.

В культуре Узбекистана в большей степени представлены коллективистские формы поведения, а также более жесткие социальные стереотипы, отказ от которых весьма затруднителен. В связи с тем, что Россия является многонациональная и мультикультурная страной, сопоставление результатов представляет особый научный и практический интерес.

Авторы готовы предоставить текст опросника для использования в исследовательских целях.

Работа выполнена при поддержке гранта РНФ № 21-18-00624

Литература

1. Митина О. В. Альфа Кронбаха: когда и зачем ее считать // Современная психодиагностика России. Преодоление кризиса: сборник материалов III Всероссийской конференции: в 2 т. / редколлегия: Н. А. Батулин (отв. ред.) и др. – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ. – 2015. – Т. 1. – С. 232–240
2. Шварц Ш., Бутенко Т.П., Седова Д.С., Липатова А.С. Уточненная теория базовых индивидуальных ценностей: применение в России. // Психология. Журнал высшей школы экономики. - 2012. Т. 9, №. 1. С. 43–70.

Митина О.В., Бачкала А.П.

**РАЗРАБОТКА И АДАПТАЦИЯ ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ
ДИАГНОСТИКИ МОТИВАЦИИ ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия
omitina@inbox.ru, annabachkala@gmail.com

Ключевые слова: диагностика мотивации, психосемантика, пандемия COVID-19

Mitina O.V. Bachkala A.P.

**DEVELOPMENT AND ADAPTATION OF A PSYCHOSEMANTIC METHOD FOR
DIAGNOSING BEHAVIOR MOTIVATION IN THE CONTEXT OF THE COVID-19
PANDEMIC**

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
omitina@inbox.ru, annabachkala@gmail.com

Keywords: diagnostic of motivation, psychosemantics, COVID-19 pandemic

Введение

Государственные меры, направленные на замедление распространения COVID-19 накладывают значительное психологическое бремя на людей и требуют изменения образа жизни. Психотравмирующее воздействие ситуации пандемии, в том числе, обусловлено фрустрацией базовых психологических потребностей. Эта фрустрация, в свою очередь, отражается на мотивационной структуре.

В теории деятельности источником человеческой мотивации служат мотивы, как предметы потребности — объективной нужды организма в чем-то внешнем [2]. На наш взгляд, этот подход наилучшим образом учитывает измененный контекст поведения людей во время пандемии.

Применение проективных методик избавляет от влияния психологических защит, однако результаты могут быть проинтерпретированы неоднозначно различными экспертами. В опросных же методах результаты искажаются еще на стороне испытуемого, но они обеспечивают точность измерений. Предлагаемая нами психосемантическая методика мотивационной атрибуции, являясь и опросной, и проективной, объединяет в себе преимущества и в то же время существенно нивелирует недостатки обоих типов диагностики.

Трансформация общества на фоне происходящих процессов определяет актуальность исследуемой проблемы.

Теоретическая и практическая значимость исследования исходит из необходимости изучения мотивационной структуры образованной в контексте пандемии.

Цель данной работы – разработка методики, позволяющей конструировать мотивационную структуру коллективного или индивидуального субъекта характерную для ситуации пандемии.

Материал и методы

В эмпирическом исследовании использована методика мотивационной атрибуции, принципы создания которой разработаны в рамках психосемантического подхода. Суть методики заключается в том, что респондент заполняет опросник, где приписывает (атрибутирует) поступкам возможные мотивы поведения (в каждом случае оценивает эту возможность в баллах), как если бы эти поступки совершал другой человек [4]. Различные по содержанию поступки оказываются близкими в семантическом мотивационном пространстве благодаря сходству определяющих их мотивов и близкого личностного смысла для разных людей [5].

Чтобы избежать опасности субъективного выбора первичных шкал-мотивов, изначальный список был вдохновлен уточненной теорией базовых индивидуальных ценностей Ш. Шварца, а также опросом респондентов о том, что, по их мнению, может являться мотивами

предварительного списка поступков. Из шкал, коррелирующих в пилотажном исследовании, были исключены или объединены схожие по смыслу мотивы.

Аналогичным способом были выбраны поступки, используемые для исследования. Мы провели контент-анализ научных и новостных статей, рассматривающих поведение людей при пандемии, а затем опрос о том какие поступки, по мнению респондентов, ассоциируются с COVID-19.

Таким образом, была разработана психосемантическая методика атрибуции мотивов, которая включает 20 первичных шкал – мотивационных конструкторов и 21 поступок, связанный с поведением в условиях пандемии COVID-19.

Результаты и их обсуждение

Анкетирование проходило в апреле-мае 2021 года на платформе опросов Google Forms. В Москве было опрошено 112 респондентов, среди которых 74 женщины и 38 мужчин (66% и 34% соответственно), в возрасте от 15 до 72 лет ($\mu=33,2$, $\sigma=15,2$). Выборка осуществлялась по принципу снежного кома, участники исследования привлекали респондентов из числа своих знакомых. Расчёты проводились в программе SPSS 22.

Построение семантического пространства выполнялось с помощью факторизации массива данных, мотивационные конструкторы выступали в качестве первичных переменных. Факторы выделены методом главных компонент с применением косоугольного вращения облимин. В результате обработки было выделено 4 однополюсных мотивационных фактора, объясняющих 36,7%, 17,2%, 7,2%, 4,9% общей дисперсии соответственно. Полученные компоненты отражают личную значимость, представленность в сознании некоторой проблематики. Содержательно они проинтерпретированы нами исходя из теории мотивации А. Маслоу [3] и теории самодетерминации Э. Деси и Р. Райана [6]:

Первый фактор “Безопасность” включает мотивы: “Чтобы обеспечить безопасность близких и друзей”, “Чтобы беречь своё здоровье”, “Ради безопасности и стабильности общества и страны”, “Чтобы заботиться о близких и о других людях”, “Чтобы следовать социальным нормам, соблюдать правила и законы даже когда никто не видит”, “Чтобы быть надёжным и заслуживающим доверия”.

Второй фактор “Самодетерминация” включает мотивы: “Чтобы сохранять привычный образ жизни или чувствовать себя удобно, комфортно”, “Чтобы самостоятельно принимать решения, касающиеся своей жизни и иметь свободу выбора в поступках”, “Чтобы наслаждаться жизнью и хорошо проводить время”, “Ради поддержания психического благополучия (например: для избегания стресса или подавленности)”, “Чтобы иметь свою точку зрения, понимать вещи по-своему”, “Чтобы не скучать, получать впечатления и эмоциональное возбуждение”.

Третий фактор “Компетентность и взаимосвязь с другими” включает мотивы: “Чтобы быть лидером и указывать людям, что делать”, “Чтобы получать похвалу, восхищение, положительную оценку и не быть опозоренным.”, “Чтобы быть успешным в делах или занимать социально престижный статус”, “Чтобы получить материальную выгоду или сэкономить деньги.”, “Чтобы работать, трудиться или учиться чему-то новому”, “Чтобы ощущать себя частью группы людей и не чувствовать себя одиноким”.

Четвёртый фактор “Конформизм” включает мотивы: “Чтобы поступать как все, не выделяться”, “Чтобы избежать административных санкций”, “Чтобы не раздражать и не беспокоить других людей”.

Ведущий фактор мотивационного пространства, построенного на базе поступков, ассоциированных с пандемией COVID-19, обращается к базовой потребности в безопасности, согласно А. Маслоу это мобилизует все силы организма, что может иметь неблагоприятные последствия [3].

Второй и третий факторы отражают отесненные потребности автономии, компетентности и взаимосвязи с другими теории Э. Деси и М. Райана [6]. Одна из наиболее используемых стратегий замедления распространения COVID-19 – социальное дистанцирование. Однако оно противоречит глубоко укоренившемуся человеческому инстинкту связи с другими [1].

Четвертый фактор “Конформизм” отражает влияние угроз, директив, навязанных целей, что согласно теории когнитивного развития Э. Деси и М. Райана ослабляет внутреннюю мотивацию. Когда не удастся обеспечить поддержку потребностей в компетентности, автономии и привязанности, социализирующие факторы и организации вносят лепту в отчуждение и неблагополучие [6].

Сконструированное мотивационное семантическое пространство отражает деформацию структуры (исходных потребностей) в самодетерминации и обращение к важнейшим фундаментальным потребностям в безопасности и взаимосвязи с другими.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования была разработана методика, позволяющая определять основные интегральные мотивы поведения в условиях социальных ограничений.

С одной стороны сильна необходимость избежать реальной опасности, с другой, длительное социальное дистанцирование несет в себе угрозу для психического здоровья, приводит к отчуждению и психическому неблагополучию.

Диагностика мотивационного пространства на уровне коллективного субъекта позволяет выявлять основные мотивы, доминирующие в данной группе людей в целом и судить об имеющихся проблемах социального уровня. Использование этой методики для диагностики мотивационного пространства отдельного человека поможет выявить фрустрирующие моменты в отдельном случае, а значит укажет пути их преодоления и оказания психологической помощи на индивидуальном уровне.

Работа выполнена при поддержке гранта РНФ № 21-18-00624

Литература

1. Боулби Д. Привязанность. – М.: Гардарики, 2003. – 477 с.
2. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. / А.Н. Леонтьев. - 2-е изд. - Москва: Политиздат, 1977. - 304 с.
3. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу; пер. с англ. – СПб.: Питер, 2016. – 400 с.
4. Петренко В. Ф. Психосемантические исследования мотивации / В.Ф. Петренко // Вопросы психологии. – 1983. – №. 3. – С. 29-39.
5. Петренко В.Ф. Основы психосемантики : учебник / В. Ф. Петренко. - 2-е изд., доп. - Санкт-Петербург: Питер, 2005. – 480 с.
6. Райан Р. М., Деси Э. Л. Теория самодетерминации и поддержка внутренней мотивации, социальное развитие и благополучие //Вестник Барнаульского государственного педагогического университета. – 2003. – №. 3-1. – С. 97-111.

Обернихина А.Ю., Пуговкина О.Д.

СВЯЗЬ СКЛОННОСТИ К РУМИНАЦИЯМ И ПРОБЛЕМНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТА У СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

МГППУ, Москва, Россия
aleober19@mail.ru
olgapugovkina@yandex.ru

Ключевые слова: руминации, проблемное использование интернета, пандемия

Alexandra U. Obernikhina, Olga D. Pugovkina,
CONNECTION BETWEEN PROPENSITY FOR RUMINATIONS AND
PROBLEMATIC INTERNET USE AMONG UNIVERSITY STUDENTS DURING THE
COVID-19 PANDEMIC

MSUPE, Moscow, Russia
aleober19@mail.ru
olgapugovkina@yandex.ru

Ключевые слова: rumination, problematic internet use, pandemic

Введение. На данный момент руминации активно изучаются и как отдельный феномен, и как составляющая часть тревожных и депрессивных проявлений. Неоднократно доказано, что склонность к руминациям связана с повышенным стрессом, дисфункциональными стратегиями совладания с ним, снижением удовлетворенности качеством жизни, риском возникновения и хронификации аффективных расстройств [3]. Основной массив исследований руминаций проведен на различных клинических группах, однако значительная часть работ посвящена изучению руминаций как когнитивного фактора дезадаптации в популяционных группах риска. Одной из таких групп является студенческая молодежь, и связывается это с тем, что студенты высших учебных заведений испытывают существенные учебные нагрузки, экзаменационный стресс, а также часто находятся в ситуации неопределенности и погружения в новую среду. Последние исследования, посвященные психологическим последствиям пандемии Covid-19, подтверждают то, что студенты оказались более подверженной тревожно-депрессивным состояниям вследствие пандемии группой [4, 5].

Другой группой риска в исследованиях называют активных пользователей интернета. Период пандемии характеризуется большим числом исследований, посвященных изменениям психологических факторов, влияющих на уровень стресса и эмоциональной дезадаптации. В том числе изучается более частое использование интернета и потенциальное ухудшение состояния из-за увеличения нагрузки. Важно упомянуть, что в период действия самоизоляции средняя доля времени, выделяемая для онлайн-коммуникаций, выросла массово, что связано в первую очередь с переходом учебных и рабочих процессов в онлайн-среду, что привело, в частности, к необходимости пересмотра критериев интернет-зависимости.

В цели настоящего исследования входило установление связи дисфункциональных стратегий совладания в молодежной популяции (руминаций и проблемного использования интернета), а также частная задача проверки интеркорреляционной валидности опросника руминаций RRS (Ruminative Responses Scale) [2].

Материал и методы. В выборку исследования вошли студенты высших учебных заведений очной формы обучения факультетов различной направленности с 1 по 6 курс: 283 человека возрастом от 15 до 26 лет (средний возраст 19.9 лет). Исследование проводилось весной 2021 года, все респонденты имели опыт онлайн-обучения в условиях пандемии и самоизоляции, при этом на момент проведения исследования 19% по-прежнему обучались в дистанционном формате, а 50% респондентов продолжали учебу в смешанном формате (чередовались очные и дистанционные занятия).

Методический комплекс включал шкалу руминаций (RRS, Ruminative Responses Scale, Treynor, Gonzalez, Nolen-Hoeksema, 2003) и опросник GPIUS (Generalized Problematic Internet Use Scale, Caplan, 2010), предназначенный для определения проблемного использования интернета. 15 утверждений, предложенных респонденту, относятся к одной из шкал: предпочтение онлайн-общения, регуляция настроения, когнитивная поглощенность, импульсивное использование, негативные последствия. Связь между двумя рассматриваемыми феноменами проверялась с помощью критерия Спирмена.

Результаты. Между склонностью к руминациям и проблемным использованием интернета у студентов установлена значимая связь: коэффициент корреляции общего балла по

использованным опросникам составляет 0,44 ($p < 0.01$). При анализе отдельных подшкал можно обратить внимание на то, что более высокие коэффициенты корреляции (на уровне 0,3, $p < 0.01$) характеризуют связь руминаций с параметрами проблемного использования интернета, которые можно так или иначе отнести к проявлениям ригидности – подшкалы когнитивной поглощенности и компульсивного использования. Эти данные можно рассматривать как аргументы, подтверждающие валидность шкалы руминаций, т.к. шкала когнитивной поглощенности отражает буквально неконтролируемое регулярное мысленное возвращение в онлайн-пространство [1], что сходно с феноменом руминаций по механизму действия.

Связи руминаций с другими параметрами проблемного использования интернета (предпочтением онлайн-общения и использованием интернета для регуляции настроения) также значимы, но сами коэффициенты корреляций несколько ниже (0,24, $p < 0.01$), что отражает общую негативную роль руминаций как фактора, снижающего удовлетворенность качеством жизни как в эмоциональной сфере, так и в сфере общения.

При сравнении результатов данного исследования с аналогичным, проведенным нами годом ранее (до пандемии, осень 2019г., 65 испытуемых) интересно отметить, что выраженность связи руминаций с показателями когнитивной поглощенности и компульсивного использования интернета снизилась с 0,47 и 0,45 соответственно ($p < 0.01$) до 0,29 и 0,31 ($p < 0.01$), которые были зафиксированы в исследовании 2021 года. Эта динамика возвращает к упомянутому выше вопросу о необходимости адаптации критериев интернет-зависимости и проблемного использования интернета с учетом текущих условий, требующих интенсивного использования онлайн-среды.

Выводы. Исследование подтверждает связь проявлений ригидности в когнитивной (руминации) и в поведенческой (проблемное использование интернета) сферах. Различия в выраженности корреляций руминаций и отдельных параметров проблемного использования интернета подтверждают валидность шкалы RRS. Ситуация вынужденного интенсивного погружения в онлайн-среду требует адаптации инструментов диагностики проблемного использования интернета.

Литература

1. Герасимова А.А., Холмогорова А.Б. Общая шкала проблемного использования интернета: апробация и валидизация в российской выборке третьей версии опросника // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 56—79.
2. Пуговкина О.Д., Сыроквашина А.Д., Истомина М.А., Холмогорова А.Б. Руминативное мышление как когнитивный фактор хронификации депрессии: определение понятия и валидность инструментария // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 88-115. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290307>
3. Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д. Основные этапы и направления изучения когнитивных дисфункций при депрессиях [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. №6. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 19.07.2021).
4. Wang C., Pan R., Wan X. et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China // Int J Environ Res Public Health. 2020.
5. Xiong J., Lipsitz O., McIntyre R.S. et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review // J Affect Disord. 2020.

**Первичко Е.И.^{1,2} Чижова А.Р.³ Степанова О.Б.¹ Митина О.В.¹ Конюховская Ю.Е.^{1,2}
ДИНАМИКА СИСТЕМЫ ЦЕННОСТЕЙ МОЛОДЫХ ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ В
УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

¹ МГУ имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия

² РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

³ Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ

Ключевые слова: пандемия COVID-19, ценности, опросник ценностей Ш.Шварца, тревога, молодые жители России

Pervichko E.I.^{1,2}, Chizhova A.R.³, Mitina O.V.¹, Stepanova O.B.¹, Koniukhovskaia J.E.^{1,2}

**THE DYNAMICS OF THE VALUE SYSTEM OF YOUNG PEOPLE IN RUSSIA IN THE
COVID-19 PANDEMIC TIME**

¹ Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

³ Psychiatric Hospital #1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow, Moscow, Russia

Keywords: COVID-19 pandemic, values, the Portrait Values Questionnaire, Anxiety, Young people of Russia

Финансирование: Работа выполнена при финансовой поддержке РФФ, грант № 21-18-00624.

Введение. Пандемия COVID-19, захлестнувшая мир в 2020 году, стала уникальным по масштабу и значимости событием, характеризующимся кардинальными изменениями привычного образа жизни большинства людей, при постоянной угрозе их здоровью и жизни, а также состоянием неопределенности будущего. Специалистами отмечается повышение уровня тревоги у жителей разных стран в условиях текущей пандемии. При исследовании этиологии тревоги, возникающей у человека в условиях пандемии COVID-19, а также ее дальнейших последствий, необходимо учитывать как внешние факторы, так и особенности его личности. В числе последних особое внимание необходимо обратить на систему ценностей: ценности человека, как известно, лежат в основе его мотивационно-смысловой сферы и, следовательно, во многом детерминируют отношение субъекта к себе и миру, а также его поведение. Вместе в тем, анализ опубликованных данных показал наличие единичных работ, направленных на изучение ценностной структуры и ее трансформации во время пандемии COVID-19 (Касацкая, 2020; Попова, Мкоян, 2020; Wojanowska et al, 2020; Steinert, 2020).

Целью данного исследования стало изучение структуры системы ценностей молодых жителей России, а также ее возможной динамики в условиях пандемии COVID-19, в сравнении с лицами старше 45 лет.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в онлайн-формате в период с 04.01.2021 г. по 31.03.2021 г.

В методический комплекс вошли:

Авторская социально-демографическая анкета, направленная на сбор основных сведений о респондентах;

Опросник диагностики ценностных ориентаций Ш. Шварца, Пересмотр 2 (The Portrait Values Questionnaire, Revisal 2; PVQ-R2), направленный на диагностику выраженности 19 ценностей (Митина, Сорокина, 2015; Шварц и др., 2012).

Для определения значения ценности здоровья для респондентов, им предлагалось ответить на вопрос: почему для Вас важно быть здоровым? Если же респондент указывал, что здоровье не является для него значимой ценностью, предлагалось указать, «Что является для Вас более ценным?». Был выполнен контент-анализ полученных ответов.

На вопросы методики Ш.Шварца респонденты отвечали как по состоянию «на момент обследования», так и ретроспективно: им было предложено вспомнить и проранжировать свои ценности по состоянию «до пандемии» и «во время соблюдения режима самоизоляции».

Общую выборку исследования составили 142 респондента (109 женщин и 33 мужчин) в возрасте от 18 до 68 лет, из которых 117 человек были лицами молодого возраста ($27,4 \pm 7,14$) и 25 человек - старше 45 лет ($51,68 \pm 5,18$).

Основные результаты исследования. Согласно полученным данным, для молодежи до пандемии наиболее значимыми были ценности «благожелательность – долг» ($0,74 \pm 0,54$), «благожелательность - забота» ($0,73 \pm 0,53$), «самостоятельность - мысли» ($0,66 \pm 0,6$) и «самостоятельность – поступки» ($0,59 \pm 0,56$), и соответствующие им укрупненные ценности: «благожелательность» ($1,47 \pm 0,93$) и «самостоятельность» ($1,25 \pm 1$). Наименее значимыми ценностями были «власть – доминирование» ($-1,17 \pm 0,88$), «традиции» ($-0,77 \pm 1,04$), «универсализм – забота о природе» ($-0,69 \pm 0,83$) и соответствующие укрупненные ценности: «власть» ($-1,65 \pm 1,48$) и «конформизм» ($-1,05 \pm 1,78$).

Во время самоизоляции приоритетными для молодежи становятся ценности «личная безопасность» ($0,84 \pm 0,72$), «благожелательность – долг» ($0,79 \pm 0,52$) и «благожелательность - забота» ($0,66 \pm 0,5$) и соответствующие им укрупненные ценности: «благожелательности» ($1,45 \pm 0,9$) и «безопасности» ($1,26 \pm 1,46$). Наименее приоритетными ценностями были также «власть – доминирование» ($-1,09 \pm 1,04$), «традиции» ($-0,93 \pm 1,13$), «универсализм – забота о природе» ($-0,89 \pm 1,05$) и соответствующие им укрупненные ценности: «власть» ($-1,6 \pm 1,61$), «конформизм» ($-0,7 \pm 2,09$).

В первые месяцы 2021 г. наиболее значимыми ценностями для молодых участников исследования являлись ценности «самостоятельность - поступки» ($0,75 \pm 0,64$), «благожелательность – долг» ($0,73 \pm 0,61$), «самостоятельность - мысли» ($0,62 \pm 0,56$), и укрупненная ценность «самостоятельность» ($1,37 \pm 1,02$). Наименее значимыми стали: «власть – доминирование» ($-1,13 \pm 1,04$), «традиции» ($-0,91 \pm 1,13$), «универсализм – забота о природе» ($-0,63 \pm 1$) и соответствующие укрупненные ценности – «конформизм» ($-1,34 \pm 2,16$) и «власть» ($-1,26 \pm 1,46$).

Результаты показали, что у молодежи во время самоизоляции достоверно ($p < 0,001$; $p < 0,05$) возросла значимость ценности «личная и общественная безопасность», «скромность», а также более интегральные ценности «безопасность» и «конформизм». Наряду с этим, во время самоизоляции достоверно ($p < 0,001$) понизились значимость ценностей «самостоятельность мыслей», «стимуляция», «достижения», «репутация», «традиции», «универсализм – забота о природе», «универсализм - забота о других». Отмечается также снижение значимости более общей ценности «самостоятельность» ($p < 0,001$).

В начале 2021 г. значимость для молодежи таких ценностей, как «самостоятельность мыслей», «стимуляция», «достижения», «репутация», «универсализм - забота о природе», общей ценности «самостоятельности» повышается и достигают уровня значимости «до пандемии». В этот момент наблюдается значимое ($p < 0,001$) повышение выраженности ценностей «власть над ресурсами», укрупненной ценности «власти», а также значимое ($p < 0,05$) повышение представленности ценности «самостоятельность поступков» (значимость изменений подтвердилась только по центрированным баллам). При этом указанные ценности становятся для молодежи даже более значимыми, чем это было «до пандемии».

До прежнего уровня к началу 2021 г. у молодых участников исследования снижается значимость ценности «общественной» и «личной безопасности». Понижаются в своей представленности также ценности «конформизм - правила» и «благожелательность - забота»,

причем становятся менее значимыми, чем до пандемии. Также снизились в своем выражении ($p < 0,05$) и укрупненные ценности: «безопасность», «конформизм» и «благожелательность». При этом предпочтение этих ценностей, за исключением безопасности, в настоящее время также стало ниже, чем до пандемии, однако это подтверждается только по центрированным баллам, а значит имеет несколько меньшую достоверность.

Для респондентов старше 45 лет наиболее значимыми ценностями до пандемии были «благожелательность – забота» ($0,86 \pm 0,59$), «репутация» ($0,69 \pm 0,66$), «благожелательность – долг» ($0,61 \pm 0,56$), «личная безопасность» ($0,58 \pm 0,48$), как и соответствующие им укрупненные ценности – «безопасность» ($1,49 \pm 1,39$) и «благожелательность» ($1,47 \pm 0,93$). Наименее значимыми до пандемии были ценности «власть – доминирование» ($-1,47 \pm 0,84$), «власть – ресурсы» ($-0,60 \pm 0,7$) «стимуляция» ($0,58 \pm 0,46$) и укрупненная ценность «власть» ($-2,07 \pm 1,3$) соответственно.

Во время самоизоляции наиболее значимыми становятся ценности: «личная безопасность» ($0,82 \pm 0,5$), «благожелательность – долг» ($0,66 \pm 0,39$), «самостоятельность – поступки» ($0,61 \pm 0,47$), «благожелательность – забота» ($0,59 \pm 0,53$), и соответствующие укрупненные ценности – «безопасность» ($1,61 \pm 1,25$) и «благожелательность» ($1,25 \pm 0,77$), а наименее значимыми – «власть – доминирование» ($-1,72 \pm 0,82$), «достижения» ($-0,83 \pm 0,7$), «стимуляция» ($-0,6 \pm 0,44$), и укрупненная ценность – «власть» ($-2,22 \pm 1,14$).

В начале 2021 г. для «старшей» возрастной группы наиболее значимыми становятся ценности: «благожелательность – долг» ($0,59 \pm 0,45$), «самостоятельность – поступки» ($0,58 \pm 0,5$), «личная безопасность» ($0,53 \pm 0,36$), и укрупненные ценности «безопасность» ($1,21 \pm 0,86$) и «благожелательность» ($1,04 \pm 0,7$) а наименее значимыми – «власть – доминирование» ($-1,41 \pm 0,98$), «власть – ресурсы» ($-0,47 \pm 0,79$), «стимуляция» ($-0,42 \pm 0,47$) и укрупненная ценность «власть» ($-1,88 \pm 1,57$) соответственно.

При анализе динамики ценностей респондентов «старшей» возрастной группы было обнаружено, что во время самоизоляции у них наблюдается достоверное ($p < 0,01$) повышение значения ценности «личная безопасность», укрупненной ценности «безопасность» (что подтвердилось только по центрированным баллам), наряду с достоверным снижением значимости «достижения» и «репутация» и несколько менее достоверное, но значимое снижение укрупненной ценности «благожелательность».

К началу 2021 г. у респондентов старше 45 лет ценность «личная безопасность» и укрупненная ценность «безопасность» в своей выраженности, соответственно, снижаются до пандемийного уровня. При этом ценность «благожелательность как забота о близких» и общая «благожелательность» становятся ниже, чем до пандемии, тогда как значимость ценности «достижений» повышается до прежнего уровня.

Заключение. Исследование показало, что для молодежи, в сравнении с группой респондентов старше 45 лет, характерна большая значимость таких ценностей, как «стимуляция», «гедонизм», «достижения», и меньшая значимость ценностей «традиции» и «скромность» на всех временных периодах. При этом ценность «конформизм» является менее приоритетной для молодежи на всех этапах исследования. Молодежь отдает большее предпочтение ценности «самостоятельность», наряду с меньшим предпочтением ценности «безопасность», как до пандемии, так и в начале 2021 г., в то время как во время самоизоляции сравниваемые возрастные группы не различаются между собой в данных ценностных предпочтениях.

Полученные результаты вносят вклад в понимание факторов повышения тревоги в условиях пандемии у представителей разных возрастных групп, что позволит индивидуализировать психологическую помощь в зависимости от возраста обращающихся.

Литература

Касацкая В.Н. Ценности качества жизни в период пандемии коронавируса (COVID-19). // Влияние качества жизни на формирование ценностной структуры населения России. Всероссийская научная конференция с международным участием. Сборник материалов. / Под

общ. ред. Ю.П. Аверина. — Москва: МАКС Пресс, 2020. — С. 48-49. (Электронное издание комплексного распространения) <https://doi.org/10.29003/m1980.978-5-317-06547-8> (Дата обращения: 22.08.21).

Митина О.В., Сорокина В.В. Ценности старшеклассников: разработка компьютерного диагностического инструментария // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 2015. - № 1. — С. 42 – 59.

Попова С. И., Мкоян Г. С. Свободное время и ценности молодежи во время пандемии. // Влияние качества жизни на формирование ценностной структуры населения России. Всероссийская научная конференция с международным участием. Сборник материалов. / Под общ. ред. Ю. П. Аверина. — Москва: МАКС Пресс, 2020. —с 115-116. (Электронное издание комплексного распространения) <https://doi.org/10.29003/m1980.978-5-317-06547-8> (дата обращения: 04.08.2021)

Шварц Ш., Бутенко Т.П., Седова Д.С, Липатова А.С. Уточненная теория базовых индивидуальных ценностей: применение в России. - Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2012. Т. 9, No 1. С. 43–70.

Bojanowska A., Kaczmarek L., Kościelniak M., Urbańska B. Values and well-being change amidst the COVID-19 pandemic in Poland. 2020. - P. 1-23 10.31234/osf.io/xr87s. [Электронный ресурс] <https://psyarxiv.com/xr87s> (дата обращения: 04.08.2021)

Steinert, S. Corona and value change. The role of social media and emotional contagion. *Ethics Inf Technol.* 2020. <https://doi.org/10.1007/s10676-020-09545-z>.

Рогачева Т.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ МЕТОДИКИ ТОБОЛ ДЛЯ КЛИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID - 19

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»,
г. Екатеринбург, Россия
E-mail: TVRog@eandex.ru

Ключевые слова: отношение к болезни, COVID – 19.

Rogacheva T.

POSSIBILITIES INTERPRETATION OF THE TEXT «TYPES OF ATTITUDES TO THE DISEASE» FOR CLIENTS WHO HAVE BEEN ILL COVID - 19

SAI «Regional center for rehabilitation of disabled people»,
Yekaterinburg, Russia
E-mail: TVRog@eandex.ru

Keywords: attitude to the disease, COVID – 19.

Пандемия COVID – 19 выступает своеобразным вызовом как для человека, уже имеющего различные проблемы со здоровьем, так и для специалистов, работающих с такими пациентами. Например, китайские врачи уже в 2019 году указывали на прямую корреляционную связь «между сердечно-сосудистыми заболеваниями и смертностью среди больных COVID-19» [6]. Отечественные исследователи подчеркивают, что «у пациентов с ОНМК на фоне подтвержденного случая коронавирусной инфекции клинические проявления могут усугубляться наличием гипоксии, гипотермии, кардиомиопатии с нарушением ритма, коагулопатии с преобладанием гиперкоагуляции, что в свою очередь усиливает гипоперфузию мозга, являясь дополнительными факторами риска развития церебральных эмболий и тромбообразования» [2, с.320]. Для адекватной помощи пациентам с хроническими заболеваниями, которые перенесли COVID-19, требуются знания и клинических психологов. В первую очередь, стоит обратить внимание на отношение к своему хроническому заболеванию, которое уже сформировалось у пациента. Отношение к новой инфекции,

которая, скорее всего, осложнила течение хронического заболевания, либо будет способствовать адекватному выходу из COVID-19, без серьезных последствий для здоровья, несмотря на наличие других заболеваний, либо выступит барьером и запустит негативные последствия перенесенной инфекции.

В России самым известным психодиагностическим инструментарием для оценки личностного реагирования на болезнь выступает ТОБОЛ [4], результаты которого позволяют специалисту выявить «особенности личности клиента, его позицию по отношению к своему заболеванию, а также к врачам и другому медицинскому персоналу, что становится существенно важными факторами успешности его реабилитации» [4, с.3]. Разработчики данного психодиагностического инструмента трактуют типы отношения к болезни достаточно четко. Однако, наш опыт взаимодействия с клиентами реабилитационного центра, перенесшими COVID – 19, позволяет интерпретировать полученные данные несколько иначе, чем это предлагают разработчики.

В течение 2020–21 г.г. с помощью методики ТОБОЛ были продиагностированы больше 400 клиентов, имеющих статус «инвалид», т.е. уже имеющих хронические заболевания, приведшие к различным ограничениям жизнедеятельности, и переболевших COVID-19. После диагностики в ходе реабилитации с этими клиентами были проведены клинические беседы на тему «Какой я вижу свою болезнь», а также оказывались социально-психологические услуги (диагностика, коррекция, консультирование). В результате можно предложить следующую интерпретацию типов отношения к болезни. Первый тип, который может быть интерпретирован иначе, чем в методике, это паранойяльное отношение. Так, в ТОБОЛ этот тип трактуется как «уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Обвинения и требования наказаний, в связи с этим» [4, с.16]. Авторы относят данный тип к третьему дезадаптивному блоку, который характеризуется как «паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения с гетерогенными агрессивными тенденциями» [4, с.17]. Однако, в ситуации пандемии инфицирование произошло либо воздушно-капельным, либо контактным путем с уже болеющим человеком. Поэтому уверенность, что больной человек не соблюдал эпидемиологические требования и заразил других, не может быть рассмотрена как дезадаптивный вариант отношения к своему заболеванию.

Второй тип, часто встречающийся у клиентов, перенесших COVID-19, анозогностический. Традиционно анозогнозия трактуется как «нежелание или неспособность распознавать расстройство или болезнь и соответственно вести себя» [3].

Л.И. Анцыферова в свое время, описывая выбор стратегии совладания с травмирующим событием, утверждала, главным результатом оценивания ситуации является заключение человека – подконтрольна ли ему ситуация или он не сможет ее изменить. Если человек считает ситуацию неподконтрольной ему, когда изменение этой ситуации и решение связанных с ней проблем представляется невозможным, копинг-поведение ориентируется на изменение психического состояния путем использования психологических защит. [1, с. 12.]. В ситуации пост-COVID, которая сама по себе – достаточно серьезное испытание для человека, данное отношение к болезни можно трактовать как специфическую психологическую защиту (вытеснение или отрицание), т.к. позволяет психике клиента активизировать ресурсы для успешной реабилитации.

Разработчиками методики ТОБОЛ такое отношение к болезни отнесено к адаптивному типу, при котором «психологическая и социальная адаптация существенно не нарушается» [4, с.17]. Авторы указывают, что при анозогнозии определенные группы пациентов «в своем поведении в существенной степени руководствуются стремлением к сохранению целостной структуры и к активному социальному функционированию» [4, с.14]. Анализ вопросов методики ТОБОЛ, ориентированных на анозогностический тип отношения к болезни, позволяет составить краткое описание актуального состояния таких клиентов. Они считают себя бодрыми и полными сил, здоровыми, с хорошим настроением и не нуждающимися в

дальнейшем лечении. Болезнь (в нашем случае перенесенное инфекционное заболевание) не рассматривается как мешающая профессиональной деятельности и общению с близкими, а также не влияет на будущее и может являться залогом успешности реабилитации.

Третий тип – сенситивный, который предполагает «озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на

окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения» [4, с.15]. Можно предполагать, что такое отношение к болезни связано с эффектом стигматизации постковидных клиентов, которое отмечается многими исследователями. Так, С.Е. Туркулец с коллегами указывают после проведенного исследования, что при ответе на вопрос: «Как Вы считаете, что в настоящее время допустимо по отношению к переболевшим коронавирусом (выздоровевшим)?», ответы распределились следующим образом: «временное ограничение социальных контактов (до 1 месяца)» - 21,9%, строгий контроль со стороны соответствующих служб» - 9,8%» [5, с.20].

Клиенты в беседе сообщали, что соседи, даже родственники избегают их, относятся со страхом и подозрением, иногда позволяют не критические и осуждающие высказывания, работодатели трудоспособных клиентов просят «посидеть дома», или даже уволиться.

Четвертый тип, достаточно часто встречающийся у данных клиентов, меланхолический как «витально-тоскливый» [4, с.15], характеризующийся неверием в возможное улучшение, результативность реабилитации, пессимизмом даже при удовлетворительном самочувствии. Данное отношение можно рассматривать как проявление астении, которая характерна для многих, перенесших COVID-19 и связана с особенностями патогенеза этого заболевания.

Несомненно, интерпретация типов отношения к болезни клиентов, перенесших COVID-19, полученная с помощью ТОБОЛ требует как дальнейшего теоретического осмысления, так и статистических проверок.

Литература

1. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 1. С. 3–18.
2. Неврологические и психические расстройства, ассоциированные с COVID-19 / Л.Б. Новикова, А.П. Акопян, К.М. Шарапова, Р.Ф. Латыпова // Артериальная гипертензия. 2020 №26 (3). С.317–326.
3. Оксфордский толковый словарь по психологии / Под ред. А. Ребера. 2002. [Электронный ресурс]// slovaronline.com. (дата обращения: 18.09.2021).
4. Психологическая диагностика отношения к болезни / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. СПб.: Из-во СПб НИПИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 32 с.
5. Социальная стигматизация в период пандемии / С.Е. Туркулец, А.В. Туркулец, Е.В. Листопадова, М.В. Сокольская // Социодинамика. 2020. № 5. С. 11 – 25. URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=32945. (дата обращения: 19.09.2021).
6. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China / L. Mao, H. Jin, M. Wang, Y. Hu, S. Chen, Q. He et al. // JAMA Neurol. 2020 V.77(6) P. 683–690.

Седова Е.О., Завадская М.В., Горячева Т.Г.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ОЧНОМ И ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

**РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
eosedova@mail.ru**

Ключевые слова: интернет-зависимость, очное обучение, дистанционное обучение, мотивационная сфера студентов

Sedova E., Zavadskaya M., Goryacheva T.

DYNAMICS OF RISK OF FORMING INTERNET ADDICTION INDEX IN FACE-TO-FACE AND DISTANCE LEARNING

**Pirogov RNRMU
eosedova@mail.ru**

Key words: Internet-addiction, face-to-face education, distance learning, students' motivational sphere

Введение. Стремительные изменения нашей жизни, связанные с внедрением цифровых технологий, ставят множество вопросов перед исследователями. Прежде всего, проблемой является патологическое использование интернета. Этот вопрос особенно актуален для молодежи и студентов, так как именно они проводят достаточно большое количество времени в сети по сравнению с представителями других возрастных групп. Исследования показали связь возникновения интернет-зависимости с определенными особенностями восприятия интернета, такими, как принадлежность к сетевой субкультуре, нецеленаправленность поведения, изменение состояния сознания в результате использования Интернета, восприятие Интернета как проективной реальности, перенесение нормы виртуального мира в реальный и пр. [1, 2]. Переход на дистанционное обучение, связанной с пандемией COVID-19, сделал данную проблематику особенно актуальной. Целью исследования является изучение динамики риска возникновения интернет-зависимого поведения у студентов при очном и дистанционном формате обучения.

Материалы и методы. Диагностическим инструментарием являются следующие методики: шкала интернет-зависимости С. Чен (шкала CIAS) в адаптации В. Л. Малыгина и К. А. Феклисова; опросник «Восприятие интернета» Е.А. Щепиловой; методика для диагностики учебной мотивации студентов (А.А. Реан и В.А. Якунин, модификация Н.Ц. Бадмаевой); специально разработанная анкета для изучения особенностей восприятия интернета и особенностей обучения в дистанционном формате.

Характеристики выборки. В исследовании приняли участие 57 студентов в возрасте от 21 до 24 лет, исследование проводилось в два этапа, состав выборки на обоих этапах не менялся. Этап 1: осень 2019 года. Целью первого этапа исследования было изучение мотивационных особенностей студентов с разным риском формирования интернет-зависимого поведения. Этап 2: весна 2020 года. В условиях новой эпидемиологической обстановки, связанной с COVID-19, возникли новые задачи для исследования мотивационных особенностей студентов с учётом перехода на дистанционный формат обучения. Был проведён второй этап исследования, цель которого - изучение динамики риска возникновения интернет-зависимого поведения у студентов при переходе от очного обучения к дистанционному, а также особенностей их мотивационной сферы.

Результаты исследования. На первом этапе исследования было проведено изучение особенностей восприятия студентами интернет-пространства. На основании значений Шкалы Чена среди респондентов были выделены 3 группы. Первую группу – 29% из выборки – составили студенты, у которых отмечается высокий риск формирования интернет-зависимого поведения. Ко второй группе – группе среднего риска возникновения интернет-зависимости –

относятся 38% выборки. Третья группа, составляющая 33% выборки, включила в себя студентов с низким риском формирования интернет-зависимости (респонденты не проявили признаки интернет-зависимого поведения).

Затем мы перешли к изучению ведущих мотивов студентов в познавательной сфере. Для всех трёх групп оказались значимы профессиональные мотивы. В группе студентов с высоким риском формирования интернет-зависимости преобладают мотивы творческой самореализации в учебной деятельности. Для группы среднего риска характерны коммуникативные и социальные мотивы. В учебной деятельности не зависящих от интернета студентов ведущими мотивами являются мотивы творческой самореализации, коммуникативные, социальные и учебно-познавательные мотивы.

Рассматривая переход от очного обучения к дистанционному, следует отметить, что произошли изменения в распределении по уровню риска формирования интернет-зависимости: изменилось соотношение числа испытуемых в группах. В группе высокого риска формирования интернет-зависимого поведения оказалось 25% студентов. Ко второй группе – группе среднего риска возникновения интернет-зависимости – на втором этапе были отнесены 44% выборки. Группу с низким риском составили 31% выборки, эти студенты не проявили признаки интернет-зависимого поведения.

Представленные данные позволяют говорить о динамичности показателя уровня риска формирования интернет-зависимости. На основании данных результатов можно выделить студентов с положительной динамикой уровня риска формирования интернет-зависимости, отрицательной динамикой и группу студентов без изменений. Таким образом, при смене формы обучения наблюдается некоторая динамика уровня риска формирования интернет-зависимости: несмотря на то, что у большей части выборки уровень риска формирования зависимости не изменился значительно, у 18% он увеличился и примерно у такого же количества студентов риск снизился.

Так как при дистанционном обучении время, проводимое в интернете, как правило, увеличивается по сравнению с очным форматом, то отрицательная динамика риска возникновения интернет-зависимого поведения может отражать субъективное восприятие времени, проведенного в интернете, как избыточного. В то же время, переход части студентов из группы высокого риска в группу со средним и даже низким риском формирования интернет-зависимого поведения, является парадоксальным результатом и говорит о том, что в ряде случаев необходимость пребывания в сети, связанная с образовательным процессом, уменьшает проявления симптомов интернет-зависимости.

Резюме. Таким образом, в результате исследования получены следующие выводы:

1. При переходе к дистанционному обучению у части студентов изменяется уровень риска формирования интернет-зависимого поведения: наблюдается, как положительная, так и отрицательная динамика примерно в равном соотношении.

2. При переходе на дистанционный формат для студентов с высоким риском формирования интернет-зависимости снижается значимость мотивов творческой самореализации, а ведущими мотивами становятся коммуникативные и социальные. В группе со средним уровнем риска формирования интернет-зависимого поведения вне зависимости от формы обучения ведущими являются коммуникативные мотивы. В группе низкого риска наблюдается более широкий спектр ведущих мотивов в учебной деятельности, где преобладают мотивы творческой самореализации, коммуникативные, социальные и учебно-познавательные мотивы. Вне зависимости от формы обучения и от уровня риска формирования интернет-зависимости для всех трёх групп оказались значимы профессиональные мотивы.

3. При смене формы обучения наблюдается динамика уровня риска формирования интернет-зависимого поведения и изменения в структуре мотивов. У студентов с отрицательной динамикой наблюдается снижение значимости профессиональных, учебно-познавательных и социальных мотивов, а ведущими мотивами в деятельности таких студентов являются мотивы творческой самореализации. Студенты с положительной динамикой при

переходе от очного обучения к дистанционному выбирают в качестве ведущих профессиональные и социальные мотивы, а мотивы творческой самореализации становятся для них менее значимы.

4. При дистанционном обучении вне зависимости от уровня риска формирования интернет-зависимого поведения возрастает значимость коммуникативных мотивов.

Литература

1. Скобликова Т.В., Скриплева Е.В. Интернет-зависимость в молодежной среде как одна из проблем современного общества. // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 2.

2. Сухомлинова А. О. Отношение к здоровью у студентов с интернет-зависимостью. // «Молодой учёный» Международный научный журнал. – 2018. - № 1.1 (187.1). С 30-31.

Солондаев В.К.

ПОНИМАНИЕ ВАКЦИНАЦИИ В ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ ЛОГИКЕ

ЯрГУ им. П.Г. Демидова, Ярославль, Россия

solond@yandex.ru

Ключевые слова: вакцинация, принятие решения, процессуальная логика, понимание, решение практических задач

Solondaev, V.K.

COMPREHENSION OF THE VACCINATION IN LOGIC OF PROCESS

P.G. Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russia

solond@yandex.ru

Keywords: vaccination, decision making, logic of process, comprehension, complex problem solving

На момент подготовки настоящих материалов эпидемическая ситуация по COVID-19 в большинстве регионов России неблагоприятна, а уровень вакцинации недостаточен. Еще в конце июня 2021 масс-медиа отмечали недостаточные темпы вакцинации (Вакцинация становится экстренной. «Московский комсомолец» №28569 30.06.2021). После этого были приняты постановления об обязательной вакцинации отдельных категорий граждан. Но ситуация не изменилась кардинально (Вакцинация сбилась с ритма. Радио «Ъ FM» 01.10.2021, 11:27). Информация ВОЗ подтверждает оценки масс-медиа. Такое положение дел вызывает сожаление, но представляется нам психологически закономерным. Закономерность текущей ситуации подтверждается материалами клинических бесед, проведенных нами с 50 испытуемыми в реальных ситуациях принятия решения о вакцинации. Далее мы попытаемся объяснить закономерность и обозначить возможный путь ее преодоления.

На наш взгляд основное психологическое ограничение вакцинопрофилактики COVID-19 задается логикой понимания ситуации. В «доковидном» 2019 году мы опубликовали теоретическое обоснование и экспериментальное подтверждение влияния логики понимания ситуации решения о вакцинации на поведение [2]. Полученные тогда результаты согласуются с данными независимого исследования К.Е. Моисеевой, А.В. Алексеевой [1] и с данными об отказах от вакцинации против COVID-19 [3]. Проведенная в 2021 году репликация исследования 2019 года подтвердила устойчивость результатов (результаты репликации в настоящее время готовятся к публикации).

В чем же заключаются основные ограничения «принятой по умолчанию» субстанциальной логики понимания ситуации? Ситуация понимается статически и объективизируется. Статичность и объективность - две стороны субстанциального способа понимания. Объективно фиксируется некоторый уровень вакцинации. Фиксируемый уровень желательно повысить, воздействуя на людей, которые могут быть вакцинированы. Приоритетным

способом воздействия, насколько можно судить по многим данным, анализ которых здесь невозможен ввиду ограничений объема, является рациональное убеждение. Несколько упрощая, распространенное понимание ситуации можно сформулировать так: COVID-19 опасен, а вакцинация полезна.

Из такого понимания большинство людей должны были бы сделать вывод о необходимости немедленной вакцинации. Но большинством россиян этот вывод, судя по данным о вакцинации, не делается. Почему? Процессуальная логика [2] отвечает на этот вопрос: потому что убедительным можно назвать то, что убеждает человека. А данные об опасности COVID-19 и пользе вакцинации не убеждают в необходимости немедленной вакцинации именно в силу своей объективности и статичности. Против вакцинации можно возразить примерно такими словами: сколько ни вакцинируйся, «корона» безопаснее не станет, а один человек эпидемическую ситуацию не изменит. И такое возражение, сформулированное нами по материалам клинических бесед, приходится признать вполне корректным.

Каков же возможный выход из текущей ситуации? Как было показано нами ранее [2], выход можно искать в смене логики понимания ситуации решения о вакцинации. Хотя рассуждения в субстанциальной и процессуальной логике примерно одинаково убедительны, выбор рассуждений в процессуальной логике в 3-6 раз (95% доверительный интервал отношения шансов) повышает шансы согласия родителей на вакцинацию своего ребенка.

Здесь необходимо сделать важную в психологическом плане оговорку. Процессуальная логика описана на материале работ арабских философов классического периода. И «восточная хитрость» процессуальной логики заключается в честности. Если мы намереваемся «восточной хитростью» склонить человека к желательному для нас решению о вакцинации, человек получает моральное право «перехитрить в ответ». Феномены реактивного сопротивления хорошо известны психологии. Поэтому нам необходимо честно принимать свободное решение человека, которого мы убеждаем рационально с точки зрения процессуальной логики. Иначе эта логика «не работает» и вместо логичного убеждения запускается другой процесс.

Говоря другими словами, для процессуальной логики важно убеждать, но не обязательно убедить. Такое утверждение может показаться парадоксальным, как и другие примеры «восточной мудрости», но впечатление парадоксальности ошибочно. Важен диалог, в котором каждая из сторон излагает свои аргументы. Излагаемые аргументы взвешиваются другой стороной, принимаются или отвергаются. Во многом именно принятие аргументов против вакцинации логически обосновывает принятие аргументов другой стороны - за вакцинацию. Само взвешивание, принятие или отвержение аргументов оказывает психологическое воздействие, поддерживает контакт, помогает преодолеть отчужденность, не позволяет «наклеивать ярлыки» на тех, кто пока сомневается в целесообразности вакцинации.

Как можно изменить логику понимания ситуации принятия решения с привычной нам субстанциальной на процессуальную? В первую очередь следует «деобъективизировать» понимание ситуации. COVID-19 опасен, а вакцинация полезна. С этим обобщением почти никто и не спорит. Но без ответа остается другой вопрос: зачем вакцинироваться одному человеку? Единичная вакцинация не меняет общей картины. Другие люди будут принимать решение самостоятельно. С этим тоже сложно спорить. Тогда какова связь объективной (обобщенной) опасности с единичной ситуацией человека, принимающего решение? Ответ на этот вопрос мы получим, рассматривая ситуацию принятия решения о вакцинации как решение практической задачи - построения разумного поведения в ситуации пандемии. Решение практической задачи вовсе не обязательно должно быть одинаково для всех. Каждый может решать задачу по-своему. Решателя интересует не сопоставление своего решения с другими, а прогнозируемый результат реализации найденного конкретного решения в уникальной жизненной ситуации.

Если человек принял решение и убежден в целесообразности вакцинации против COVID-19, с ним незачем спорить. Нужно лишь предоставить ему возможность вакцинироваться. Вопросы возникают тогда, когда человек не принимает решение о вакцинации, когда он

находит основания для сомнения. Высказанные кем-либо основания для сомнения распространяются масс-медиа и социальными медиа с высокой скоростью (т. н. «инфодемия»). Стоит ли препятствовать распространению таких оснований? На наш взгляд, основания для сомнений стоит обсуждать. Вопреки субстанциально-логическому представлению, само обсуждение, диалог двух и более заинтересованных сторон, как отмечалось выше, способствует снятию психологического напряжения, создавая психологические предпосылки принятия свободного решения. С точки зрения процессуальной логики отказ обсуждать тему побочных эффектов вакцин против COVID-19 должен больше подталкивать к откладыванию решения, чем успокаивать.

Процессуальная логика различает внешнее действие и внутреннее намерение, связь которых задает поступок. Если человек вакцинируется из страха перед отстранением от работы, это нельзя считать поступком, поскольку отсутствует осознанное намерение. Действие совершается как будто бы не самим человеком, а страхом. Через внешнее действие вакцинации должно выражаться твердое намерение самого человека, например, намерение защитить своих близких, намерение продолжить работу в привычном режиме. И в приведенных примерах мы будем говорить не об одном, а о разных поступках. И даже если человек принимает нежелательное для нас решение, все-таки лучше сохранить с ним контакт, чем публично называть его «антиваксером», «дикарем» и др., что может только поддерживать оппозиционное поведение. К сожалению, наши испытуемые описывали весьма разнообразные ярлыки и ситуации их навешивания.

Исследование проведено при финансовой поддержке гранта Министерства науки и высшего образования РФ (проект «Новейшие тенденции развития наук о человеке и обществе в контексте процесса цифровизации и новых социальных проблем и угроз: междисциплинарный подход», соглашение № 075-15-2020-798).

Литература

1. Моисеева К.Е., Алексеева А.В. Основные причины отказов от вакцинации. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2019. 65(5):9. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-5-9>
2. Смирнов А.В., Солондаев В.К. Процессуальная логика. М.: ООО «Садра». 2019. 160 с.
3. Yigit, M., Ozkaya-Parlakay, A., & Senel, E. Evaluation of COVID-19 Vaccine Refusal in Parents // The Pediatric infectious disease journal. 2021. 40(4), e134–e136. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000003042>

Яковлева Н.В.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
yakovleva.nata2@gmail.com

Ключевые слова: пандемия, образ жизни, здоровьесберегающее поведение, студенты

Yakovleva N.V.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE STUDY OF HEALTH- PRESERVING BEHAVIOR OF STUDENTS DURING A CORONAVIRUS PANDEMIC

Ryazan State Medical University
e-mail:yakovleva.nata2@gmail.com

Key words: pandemic, lifestyle, health-preserving behavior, students

Коронавирусная инфекция, эпидемия, которая охватила все страны мира, является глобальной стрессогенной ситуацией, деформирующей все сферы социальной жизни. Угроза

тяжелой болезни и длительная ситуация социальной неопределенности истощает психологические ресурсы личности и приводит к нарушениям психического здоровья. Анализ психологических публикаций по проблемам пандемии показывает, что исследователи, в основном, обращают внимание на изучение первичных психических реакций человека на пандемию и социальную изоляцию, динамику общественного мнения в отношении COVID-19 [1, 3, 4]. Учитывая долговременный характер пандемии, мы считаем, что для исследования психологических феноменов в эпоху пандемии уместно использовать социально-психологические конструкты: образ жизни, социальная жизнедеятельность, развитие личности. В обществе, столкнувшемся с новой реальностью – пандемией и сопровождающей ее «инфодемией», начинают работать долговременные психологические регуляторы поведения: адаптация, социальное научение, социализация. Вероятно, что в психологических исследованиях ближайшего времени произойдет переход с «экстремальной» проблематики ситуаций на изучение обыденной жизни обычных людей. В этом контексте здоровьесберегающая активность как процесс, обеспечивающий уровень жизнедеятельности, становится важным условием существования личности в условиях пандемии [5].

В качестве цели нашего исследования выступило изучение работы социальных и личностных регуляторов здоровьесберегающего поведения во время пандемии на контингенте студентов лечебного факультета и факультета клинической психологии медицинского университета. Исследовательский инструментарий включал авторский тест исследования здоровьесберегающей деятельности, специально разработанную анкету «Образ жизни и здоровьесберегающее поведение студентов в условиях пандемии» и методику свободных ассоциаций. Статистическая обработка данных проводилась с помощью критериев из пакета SPSS и процедуры контент-анализа ассоциаций посредством прототипической матрицы Вержеса [2].

Результаты исследования показывают, что пандемия коронавирусной инфекции привела к перераспределению ресурсов развития личности и смене акцентов с групповых на личные аспекты жизни студентов. Респонденты отмечали снижение интенсивности межличностных контактов и насыщенности социальной жизни наряду с повышением значимости саморазвития и профессионального совершенствования. С коронавирусной инфекцией столкнулось большинство студентов, однако этот опыт существенно не изменил их отношения к заботе о здоровье. Менее четверти студентов стали внимательнее следить за здоровьем, и лишь около 8% поменяли гигиенические привычки, что свидетельствует о слабой степени интеграции нового опыта в привычный образ жизни студентов. Среди паттернов защитного поведения, приобретенных студентами во время пандемии, доминируют обусловленные новыми требованиями организации учебного процесса (измерение температуры тела, ношение масок), а самостоятельные формы здоровьесберегающей активности фиксируются гораздо реже. Каждый третий студент скептически относится к информации о пандемии. Все это подтверждает в целом низкий уровень готовности молодежи к протективному поведению в ситуации длительной эпидемии, выявленный в других исследованиях [3].

Проведенный в рамках исследования прототипический анализ социальных представлений о пандемии по Вержесу показал, что ядро социального представления студентов о пандемии составляют деструктивно-апокалиптические оценки события, в той или иной степени сформированные под влиянием эмоционально насыщенных и даже панических общественных настроений из СМИ и сети Интернет. В зону изменения социального представления входят личностно-значимые характеристики, отражающие особенности образа жизни студентов в эпоху коронавирусной инфекции. Зоной внешних влияний включает отражение в социальном представлении о пандемии условий ограничения свободы, в которых оказались студенты. Такая структура социального представления говорит нам о его слабой сформированности, и, следовательно, незначительном его влиянии в качестве социального регулятора на поведение студентов в условиях пандемии коронавирусной инфекции.

В сложившихся обстоятельствах ведущую роль в регуляции протективного поведения призвана сыграть индивидуальная целенаправленная здоровьесберегающая активность

личности. Поскольку у исследователей была сформирована значительная база результатов опросника исследования здоровьесберегающей деятельности в период, предшествовавший пандемии коронавирусной инфекции, появилась возможность сравнительного анализа с данными на репрезентативной выборке студентов, полученных в период COVID-19. Оказалось, что индивидуальная структура осознанного управления студентами своим здоровьем претерпела значительные изменения. Хотя уровень мотивации здоровьесбережения и эталоны здоровья остались практически неизменными, цели здоровьесберегающей активности в период пандемии частично потеряли свою актуальность. Мы полагаем, что это причиной этого может быть информационная неопределенность и недостаток условий для выстраивания когнитивной модели угрозы актуальной ситуации. Паттерны здоровьесберегающего поведения студентов стали более разнообразными, однако уверенность в эффективности их использования невысокая.

В целом, использование социально-психологического подхода к анализу изменений здоровьесберегающей деятельности позволяет точнее определить мишени коррекции здоровьесберегающего поведения и разработать прикладные модели воздействия, которые можно эффективно реализовать, в частности, при проведении здоровьесберегающих тренингов и оказании других форм психологической помощи населению в эпоху пандемии.

Литература

1. Murray В Stein Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Psychiatric illness/ <https://defeatcovid.ru/for-doctors/koronavirusnaya-bolezn-2019-covid-19-psikhicheskie-rasstroistva>
2. Бовина И. Б. Стратегии исследования социальных представлений // Социологический журнал. 2011.- № 3. - С. 5—23.
3. Крушельницкая О.Б., Маринова Т.Ю., Погодина А.В., Расходчикова М.Н., Толстых Н.Н. Нормативное поведение в ситуации пандемии COVID-19: как добиться его соблюдения у студентов? // Социальная психология и общество. 2021.- Том 12. № 1.- С. 198–221. doi:10.17759/sps.2021120113
4. Юревич А.В, Юревич М.А. Социально-психологический контекст распространения коронавирусной инфекции/ http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/urevich1.html
5. Яковлева Н. В. Здоровьесберегающее поведение человека: социально-психологический дискурс // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdoroviesberegayuschee-povedenie-cheloveka-sotsialno-psihologicheskii-diskurs>.

РАЗДЕЛ 2. ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Александрова Р.В., Мешкова Т.А.

ОЗАБОЧЕННОСТЬ ВЕСОМ И НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СВОИМ ТЕЛОМ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИЦ

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный университет
имени С.А. Есенина», Рязань, Россия
rozinca@mail.ru

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Россия
meshkovata@mgppu.ru

Ключевые слова: образ тела, озабоченность весом, фактор риска, нарушения пищевого поведения, подростки

Alexandrova R.V., Meshkova T.A.

WEIGHT CONCERN AND BODY DISSATISFACTION AS RISK FACTORS FOR EATING DISORDERS IN MODERN SCHOOLGIRLS

Ryazan State University named for S. Yesenin, Ryazan, Russia
rozinca@mail.ru

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
meshkovata@mgppu.ru

Keywords: body image, weight concern, risk factor, eating disorders, adolescents

Введение. Проблема нарушений пищевого поведения (НПП) продолжает оставаться актуальной. Среди многочисленных факторов риска неудовлетворенность своим телом и болезненная озабоченность весом являются важными предикторами, способными привести к развитию клинических форм НПП [1]. Наиболее уязвимым контингентом в этом плане являются девушки подросткового и юношеского возраста. Это период, когда происходит созревание и мощная перестройка на физиологическом и психологическом уровнях. Значительно меняется и отношение к себе с точки зрения восприятия своей внешности.

В данном исследовании в неклинической популяции был проведен сравнительный анализ контрастных групп девушек-подростков с высоким и низким риском развития НПП в зависимости от их индекса массы тела (ИМТ), субъективной озабоченности лишним весом и уровня удовлетворенности своим телом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 107 школьниц г. Рязани в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст 14,5±1,6 лет). Все респонденты не имели клинического диагноза НПП. Диагностический комплекс включал: 1) тест пищевых аттитюдов (Eating Attitudes Test, EAT-26) [3], 2) Шкалу признательности телу (Body Appreciation Scale; BAS) в переводе Т.А.Мешковой²⁸ [4], которая не содержит негативных высказываний и направлена на оценку позитивного образа тела; 3) шкалу из 12 вопросов, касающихся озабоченности весом и неудовлетворенности своим телом (альфа Кронбаха=0,93) исследовательского опросника, разработанного Т.А. Мешковой для оценки факторов риска НПП (не опубликован). В последнем опроснике респонденты должны были оценить каждое высказывание по 3-балльной лайкертовской шкале («верно», «отчасти верно», «неверно»). Примеры высказываний: «мне не нравится мое тело», «меня не устраивает мой вес», «я слежу за своим весом, регулярно взвешиваюсь», «у меня некрасивая фигура», «я завидую внешности

²⁸ Благодарим за экспертизу перевода О.Б.Бухину, переводчика и клинического психолога (США).

других девочек», «я думаю, что не смогу быть счастлива, пока не похудею» и т.п. Индекс массы тела вычислялся по стандартной формуле.

В соответствии с рекомендациями разработчиков опросника ЕАТ-26 критическим значением, которое может свидетельствовать о риске развития клинических форм НПП, является значение суммарного балла 20 и более единиц. В нашей выборке в группу риска в соответствии с этим критерием попадает 18 девушек, что составляет 16,8%. Это несколько выше значений, которые, как правило, колеблются около 10% для неклинических групп [3]. Чтобы сформировать контрастную группу с низким риском НПП, мы выбрали девушек, суммарный балл которых по шкале ЕАТ-26 не превышал 2 единиц. Таковых оказалось 22 человека. Сравнение сформированных групп было проведено по критерию Манна-Уитни для независимых выборок для таких показателей, как ИМТ, суммарный балл шкалы ВАС и суммарный балл шкалы озабоченности весом и неудовлетворенности телом. Для количественной обработки данных использовался статистический пакет Statistica 10.

Результаты. Сравнение контрастных групп девушек с высоким и низким риском развития НПП (в соответствии с суммарным баллом ЕАТ-26) по объективному показателю, отражающему соотношение реального веса и роста, каковым является ИМТ, говорит об отсутствии значимых различий между ними. Среднее значение ИМТ в группе высокого риска составляет $19,4 \pm 2,5$ и почти не отличается от среднего значения ИМТ группы низкого риска ($19,2 \pm 2,1$). Различия не достоверны. Таким образом, объективных причин волноваться по поводу лишнего веса, не обнаруживается ни в той, ни в другой группе. Однако, если мы обратимся к значениям шкалы озабоченности весом и неудовлетворенности телом, то здесь по критерию Манна-Уитни обнаруживаются высоко достоверные различия, о чем свидетельствует разница в средних рангах (253,5 в группе низкого риска против 566,5 в группе высокого риска, $p=0,0000$). Это говорит о том, что стремление похудеть, увлечение диетами, озабоченность весом и т.п. проблемы, усиливающие риск развития НПП, никак не связаны с объективным наличием лишнего веса или ожирения. Девушки из группы высокого риска НПП по каким-то причинам испытывают болезненную озабоченность и страх перед набором лишнего веса несмотря на то, что их ИМТ соответствует популяционным нормам.

Обратимся теперь к результатам, полученным по Шкале признательности телу (ВАС). Современные зарубежные исследователи позитивного образа тела считают, что не существует единого континуума удовлетворенности-неудовлетворенности своим телом от негативного образа тела до позитивного: негативный и позитивный образы тела рассматриваются ими как самостоятельные феномены [2]. Однако сравнение по критерию Манна-Уитни исследуемых нами групп по результатам их ответов на опросник признательности телу (ВАС), также говорит о том, что девушки с высоким риском НПП не склонны позитивно относиться к своему телу. Различия в средних рангах оказались значительными и высоко достоверными (622,5 в группе низкого риска НПП против 197,5 в группе высокого риска, $p=0,0000$).

Заключение. Таким образом, несмотря на отсутствие объективных причин, о чем говорит ИМТ в пределах нормы, девушки из группы высокого риска развития НПП испытывают болезненное беспокойство по поводу своего веса, прибегают к диетам, стремятся похудеть, ощущают недовольство формами своего тела. В то же время существуют девушки того же возраста, с таким же примерно ИМТ, которые такого беспокойства не испытывают и не подвергаются риску НПП. Результаты нашего исследования подтверждают многочисленные данные о том, что у девушек с негативным отношением к своему телу и озабоченностью набором веса есть значимые предпосылки для развития нарушений пищевого поведения. Это важно учитывать при создании профилактических и психокоррекционных программ для лиц с риском развития НПП.

Литература

1. Дурнева М. Ю. Формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста: Автореф. дис. на соиск. уч. степени канд. психол. наук / Моск. гор. психолого-пед. ун-т. — М., 2014. — 30 с. — URL: <http://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=230544>

2. Мешкова Т.А. Концепция позитивного образа тела в современной зарубежной психологии [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 55–69. doi:10.17759/jmfp.2021100206
3. Мешкова Т.А., Николаева Н.О. Опыт применения теста пищевых аттитюдов (ЕАТ-26) на выборке студенток Москвы // Психиатрия. 2017. № 73 (01). С. 34–41.
4. Avalos L.C., Tylka T.L., Wood-Barcalow N.L. The Body Appreciation Scale: development and psychometric evaluation // Body image. 2005. Vol. 2. № 3, P. 285-297. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.06.002

Барменков Ю.В., Иванов М.В.

СИМВОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ В АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА. АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

Московский институт психоанализа, Москва, Россия
ФГБНУ “Научный центр психического здоровья”, Москва, Россия
y.v.barmenkov@gmail.com

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, аффективная сфера, проблемно-символический подход, дошкольный возраст

Barmenkov Yu., Ivanov M.

SYMBOLIC FUNCTION IN ABILITATION OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS. CASE ANALYSIS

Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia
Mental Health Research Center, Moscow, Russia
y.v.barmenkov@gmail.com

Keywords: autism spectrum disorders, affective sphere, problem-symbolic approach, pre-school age

Проблема аутистических состояний у детей давно привлекает внимание исследователей психического здоровья как в перспективе общетеоретических построений, так и решения прикладных задач, в частности диагностики и коррекции [1, 4, 5]. Вопрос выделения критериев нарушения, подбор методов и методик ставится и решается, подчас, в русле политического, а не научного обсуждения. Формируется некая гиперреальность аутистических состояний, где заболевание становится симулякром в знаковом обмене на рынке медико-коррекционных услуг. Так, всё отчетливее проявляется необходимость разностороннего рассмотрения и изучения указанного явления, в частности рассмотрение аутистических состояний в свете реализации символической функции.

В качестве теоретико-методологического ориентира видится приоритетным использование проблемно-символического подхода (ПСП) [3], поскольку актуальная формулировка темы оказывается наиболее релевантной именно данной системе. Символическая функция не впервые оказывается в центре внимания исследователей РАС. Однако, общая сложность разработки проблемы символа приводит к его редукции, психологизации. В ПСП символ понимается как «фундаментальное условие бытия собой, имманентное самой причине мышления и онтологически предваряющая само мышление» [3]. Это положение позволяет преодолеть естественно-научный дискурс в клинической психологии и психиатрии и вывести изучение аутизма в область гуманитарных наук, где естественно-научная точность снимается строгостью исследования.

Выполненные отечественными специалистами (Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Бардышевская М.К.) исследования представляют аутизм как преимущественно нарушение аффективной сферы, что дает возможность осуществить кооперацию с подходами, объясняющими формирование эмоционального опыта посредством

символической функции. Аффективные нарушения требуют иного подхода к диагностике, а именно выбор в сторону качественной оценки нарушения [4] в ходе динамического наблюдения [1], чтобы в конечном счете предстать в виде прогноза развития и явиться руководством для коррекции, психотерапии. В некотором смысле здесь стирается грань между диагностикой и коррекцией, поскольку на протяжении всей работы будет происходить оценка состояния ребенка, тогда как сам способ понимания (как реализация символической функции) будет нести терапевтический эффект. Результатом такого самоопределения стало проведение реабилитационной работы в духе психоаналитического исследования, где активным участником выступает сам ребенок, а в качестве вектора работы определяется формирование символической функции, как способности упорядочивать разрозненные комплексы ощущений [2].

Представляем анализ случая работы с ребенком, имеющим расстройство аутистического спектра, в ходе которого удалось достигнуть значимого улучшения в ходе реабилитации, используя проблемно-символический подход. Работа проводилась 9 месяцев с интенсивностью 2-3 раза в неделю. Дополнительно проводилось консультирование родителей по вопросам особенности взаимодействия с ребенком, его актуального состояния и динамики работы.

На момент начала работы ребенку было 5 лет и 1 месяц. Родители обратились с жалобами на отсутствие речи и особенности в поведении. Акушерский анамнез отягощен, раннее моторное и речевое развитие с задержкой. Бытовые навыки сформированы: самостоятельно ест с 2 лет, одевается с помощью, самостоятельная гигиена с 3 лет. Выставлен диагноз F.84.02 “Детский психоз”. Неусидчив, расторможен, стремится к уединению; в ситуациях фрустрации демонстрирует истероформные реакции. На тактильное воздействие реагирует спокойно, зрительный контакт устанавливает изредка. В речи отдельные вокализации (“и-у-а-и”). Когда ребенок оставался наедине, то отправлялся на поиски мягких игрушек, раскладывал их внутри тряпичной палатки, где мог подолгу сидеть перед ними.

Первым этапом работы стало формирование альтернативного поля внутри аналитического пространства. Этот этап был также связан с преодолением в искажении интероцептивных сигналов тела. После интеграции телесных ощущений отмечалась положительная динамика: хаотичная активность почти сошла на нет, восстановилась функция внимания, что сказалось на восприятии речи.

Следующий этап связан, с одной стороны, с выделением устойчивых аффективных комплексов внутри сформированного поля, с другой, в выделении себя как субъекта активности направленного на эти аффективные комплексы. После прохождения данного этапа у ребенка разворачивается символическая игра, через которую появляется возможность исследовать его состояния и представления.

Последующая работа оказывается связана с символическим отображением себя в отношении с объектами и с материнским объектом, где расщепленный образ матери последовательно был воспроизведен в игре, рисунке, отношении с психологом. Вновь возникли агрессивные импульсы, которые расщепляясь, выносились вовне до тех пор, пока мальчик не собрал воедино образ себя как “хорошего, которые может поступать плохо”. В настоящий момент начинается этап активного восстановления экспрессивной функции речи, на котором возможны более точечные интервенции касательно состояния ребенка и формирования способности к упорядочению аффекта.

Таким образом, использование символической функции в качестве принципа и инструмента реабилитации может стать альтернативой существующим директивным, поведенческим методам коррекции и консолидировать существующие находки в отечественных коррекционно-развивающих подходах.

Литература

1. Бардышевская М.К. Аффективно-поведенческие комплексы. Наблюдение, оценка и развитие. М.: Издательство Московского университета, 2020. 574 с.

2. Бион У.Р. Научение через опыт переживания / Пер. с англ. М.: «Когито-Центр», 2008. 128 с.
3. Винов И.Е. Символ и проблема. Онтологический статус символической функции. 1 и 2 том. Киев: УПП, 2018. 532 с.
4. Лебединский К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте: Учебное пособие для вузов. М.: Академический проект, 2019. 303 с.
5. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Никитина С.Г. Диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра // Психиатрия. 2021. Т. 19. № 1. С. 45–53.

Бобылева И.А., Ульева Е.Е.

МЕТОДЫ ПОЛУЧЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ У ДЕТЕЙ С ВЫРАЖЕННЫМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ И РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Благотворительный Фонд "Расправь крылья!», Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
bobylevaia@yandex.ru

Ключевые слова: интеллектуальные нарушения, обратная связь

Bobyleva I.A., Ul'eva E.E.

METHODS FOR OBTAINING FEEDBACK IN CHILDREN WITH PRONOUNCED INTELLECTUAL AND SPEECH DISORDERS

Charity Foundation "Spread Your Wings», Faculty of Legal and Forensic Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
bobylevaia@yandex.ru

Key words: intellectual disorders, feedback

Одним из важных условий эффективности любого целенаправленного обучающего, воспитательного, абилитационного или психотерапевтического воздействия на другого человека является учет специалистом, осуществляющим воздействие, обратной связи от реципиента [1]. Интеллектуальные нарушения реципиента или его неспособность поддерживать речевой контакт не могут являться основанием для отказа от попыток получить обратную связь. С одной стороны, в этих случаях, также как и во всех других, обратная связь позволяет оценить отношение реципиента к оказываемому на него воздействию и к специалисту, скорректировать цели или методы воздействия, добиться более активного включения реципиента в процесс. С другой стороны, запрос на получение обратной связи способствует развитию способности осознавать и выражать свои предпочтения и делать свой собственный выбор, что соответствует Конвенции о правах инвалидов, ратифицированной в Российской Федерации Федеральным законом от 03.05.2012г. № 46-ФЗ. В то же время получение обратной связи у лиц с выраженными интеллектуальными и речевыми нарушениями сопряжено с большими трудностями [4, 5] и требует применения специальных, преимущественно невербальных, способов ее получения.

В рамках партнерского проекта «Пока все дома» в семьи, воспитывающие детей с выраженными интеллектуальными нарушениями, тиражировались практики развития самостоятельности. Данный проект реализуется АНО «Ресурсный центр Вера, Надежда, Любовь» и ЦСПР «Семь-Я» при финансовой поддержке Благотворительного Фонда «Абсолют помощь». Для каждого ребенка разрабатывался маршрут развития самостоятельности, определяющий навыки, нуждающиеся в приоритетном развитии. С помощью различных методов осуществлялся мониторинг индивидуальных достижений детей в развитии самостоятельности. Также был разработан протокол получения обратной связи от детей, участвовавших в проекте [2, 3].

Цель настоящего исследования – оценка эффективности различных способов получения обратной связи у детей с выраженными интеллектуальными нарушениями.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 13 детей в возрасте от 9 до 17 лет ($M=15$). 10 детей имели диагноз «Умеренная умственная отсталость», который в 1 случае сочетался с ранним детским аутизмом, в 1 случае – с нейросенсорной тугоухостью 3 ст., 3 ребенка имели диагноз «Тяжелая умственная отсталость. Аутизм». Элементарные санитарно-гигиенические навыки были сформированы у 9 детей, 6 детей были способны самостоятельно выполнять элементарные хозяйственно-бытовые поручения. У всех детей имелись выраженные нарушения речи. 8 детей были способны односложно ответить на простой вопрос, у 5 детей речь была представлена отдельными звуками или слогами. У 3 детей была выражена двигательная расторможенность.

Сбор обратной связи от ребенка проходил в конце учебного года и решал две задачи. Во-первых, оценки того, насколько полученный опыт стал субъективным опытом ребенка, во-вторых, выявления предпочтений ребенка в сфере выполнения хозяйственно-бытовых и досуговых дел.

Беседа проводилась индивидуально в помещении группы. Это позволило дополнительно оценить, насколько удалось решить задачи, поставленные в индивидуальном маршруте, а также, учитывая уровень развития ребенка, использовать предметы обихода вместе со средствами альтернативной коммуникации.

Основным средством для сбора обратной связи являлись личные фотографии ребенка, сделанные в течение года. Количество фотографий варьировалось от 3 до 6, в зависимости от уровня развития ребенка. На фотографии было видно лицо, так как многие дети не узнают себя со спины, и было очевидно, чем ребенок занят в тот момент, когда была сделана фотография.

При работе с фотографиями важно понимать, выделяет ли ребенок свои фотографии, может ли он показать себя на фотографии. Для этого мы выкладывали перед ребенком его фотографии вместе с фотографиями других детей и просили показать, где его фотография. При обращении к ребенку использовались привычные для него формулировки, учитывались, какие именно действия с изображениями ему доступны. Например, не всегда ребенок понимает обращенную к нему просьбу со словом «выбери», так как ранее к нему с такой просьбой не обращались, но он понимает и выполняет просьбы со словами «возьми» или «найди», поэтому именно эти слова необходимо использовать в общении с ребенком.

Условно процедуру сбора обратной связи можно разделить на три части, результаты каждой из которых отражались в протоколе. Первоначально создаются условия для общения с ребенком, устанавливается контакт, оценивается проявление по собственной инициативе сформированных навыков, проверяется, распознает ли ребенок себя на фотографиях. В первой части беседа происходит непосредственно по фотографиям ребенка с целью оценить, насколько ребенок понимает, какое действие он выполняет на фотографии, нравится ли ему делать то, что изображено на фотографии, как он оценивает, насколько у него хорошо получается делать то, что он видит на фотографии.

Во второй части уточняются предпочтения ребенка в сфере выполнения хозяйственно-бытовых дел, оценивается устойчивость выбора ребенка. Используется метод парных сравнений фотографий ребенка. После завершения всех парных выборов ребенку предлагается составить коллаж.

Результаты. На подготовительном этапе с 9 детьми из 13 удалось установить контакт, они не проявляли двигательной расторможенности, включились в процедуру опроса. 8 человек ответили на вопрос о настроении.

Все свои фотографии нашли 11 детей, из них 6 человек дополнительно выбрали от 1 до 3 фотографий, на которых были другие дети. Двое детей не смогли выбрать все свои фотографии, по одной пропустили. 6 детей смогли ответить на вопросы по фотографиям. При последовательном предъявлении пар фотографий 9 детей с легкостью делали свой выбор, указывали на одну из фотографий пары или брали ее в руки. 2 ребенка ни разу не указали на одну из фотографий пары. 2 ребенка указали на одну из фотографий пары не при всех

предъявлениях. Во всех случаях, где дети делали выбор, одна из фотографий выбиралась чаще, чем все другие, что может свидетельствовать об устойчивости предпочтений ребенка. С другой стороны, выявленное предпочтение может быть связано как с предпочтением определенного вида деятельности, изображенного на фотографии, так и с другими обстоятельствами. Например, ребенку может нравиться цвет одежды, в которой он был сфотографирован, или ванная комната, где он в тот момент находился. Наклеили свои фотографии на лист бумаги 10 из 13 детей. При этом только трое использовали фотографии, которые чаще выбирали при парных выборах. В целом это задание было для детей наиболее приятным, они с удовольствием выполняли привычную для них деятельность.

Выводы. Методы на основе собственных фотографий, облегчают процедуру получения обратной связи от ребенка с выраженными интеллектуальными нарушениями, и являются предпочтительными. Каждый из предложенных методов получения обратной связи вносил вклад (дополнял, конкретизировал) в решение поставленных задач оценки присвоения опыта и выявления предпочтений ребенка в сфере выполнения хозяйственно-бытовых и досуговых дел, поэтому приоритетнее комплексный подход.

Литература

1. Белов А.Б. Проблема обратной связи в общении: обзор психологических исследований // Теоретическая и экспериментальная психология. 2012. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-obratnoy-svyazi-v-obschenii-obzor-psihologicheskikh-issledovaniy> (дата обращения: 13.10.2021)
2. Бобылева, И. А., Заводилкина О.В., Русаковская О.А. Тренировочная квартира как формирующая среда для детей-сирот с ОВЗ // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2018. – № 3. – С. 60-74. – DOI 10.18384/2310-7235-2018-3-60-74.
3. Бобылева И.А., Григорьева Е.С., Заводилкина О.В. и др. Тренировочная квартира для воспитанников организаций для детей-сирот с выраженной интеллектуальной недостаточностью: Методическое пособие. – Москва: Благотворительный Фонд "Расправь крылья!" и Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт изучения детства, семьи и воспитания Российской академии образования», 2019. – 102 с. – ISBN 9785919550884.
4. Goble C. "Like the Secret Service Isn't It". People with Learning Difficulties, 'Perceptions of Staff and Services: Mystification and disempowerment, Disability & Society, 1999; 14:4, 449-461, DOI: [10.1080/09687599926064](https://doi.org/10.1080/09687599926064)
5. Ball J., Shanks A. Gaining Feedback from People with Learning Disabilities. British Journal of Occupational Therapy. 2012;75(10):471-477. doi:[10.4276/030802212X13496921049743](https://doi.org/10.4276/030802212X13496921049743)

Велимедова О.В.

МЕТОДЫ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ, ПРЕДРАСПОЛОЖЕННЫХ К УПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Воронежский Государственный университет
Россия, г.Воронеж, email: dosent.velimedova@rambler.ru

Ключевые слова: предрасположенность, подросток, психодиагностическая работа, психологические особенности, метод.

Velimedova O.V.

METHODS OF PSYCHODIAGNOSTIC RESEARCH OF ADOLESCENTS PREDISPOSED TO THE USE OF NARCOTIC DRUGS

Voronezh State University Russia, Voronezh

email: dosent.velimedova@rambler.ru

Keywords: predisposition, teenager, psychodiagnostic work, psychological characteristics, method.

С целью изучения психологических особенностей подростков, как нормальных, так и предрасположенных к употреблению наркотических средств, представляется целесообразным использование следующих методов: включенного наблюдения за поведением испытуемых, анкетирования, беседы, неформального интервью, а также конкретных психодиагностических методик.

Психодиагностическую работу по выявлению подростковой наркопредрасположенности необходимо проводить в два этапа. На первом этапе проводится сравнительное изучение и анализ наркологической ситуации в учебном заведении, при котором используются различные источники информации, полученные от родителей подростков, преподавательского состава, одноклассников, медперсонала, работников полиции, а также данные, полученные в результате применения метода включенного наблюдения. К числу сведений относятся и факты обнаружения на территории учебных заведений следов от употребления наркотических или психоактивных веществ (шприцы, иглы, ампулы, таблетки, упаковки от медикаментов, следов от инъекций на коже, специфические запахи в помещении и др.). В качестве методического приема проводится индивидуальная беседа на основе заранее подготовленных вопросов, которые должны затрагивать источники информации, осведомленность учащихся-подростков о наркомании и других одурманивающих средствах, местах их произрастания, способах употребления, мотивах использования, субъективных ощущениях и возможных последствиях.

На втором этапе исследования проводится анкетирование, которое должно быть направлено, во-первых, на изучение условий быта, методов воспитания, наследственности и внутрисемейных отношений, влияющих на предрасположенность к вредным привычкам; во-вторых, на выявление индивидуально-психологических качеств, активности жизненной позиции «Я-образа», удовлетворенности своим жизненным статусом; в-третьих, на выявление наличия или отсутствия психологической установки на употребление наркотиков или отказ от них. Далее представляется возможным установление наличия предрасположенности к вредным привычкам и определение методов психологического воздействия на таких подростков с целью ее предотвращения.

Для проведения психодиагностической работы по выявлению предрасположенности подростков к наркомании необходимо выдать бланки рассказов-ситуаций, в которых создаются различные искусственные ситуации и испытуемому предстоит разрешить конкретную ситуацию и завершить рассказ. Для большей убежденности в достоверности данных рекомендуется провести медико-профилактический осмотр с привлечением медперсонала, психиатра-нарколога, в ходе которого возможно выявление существенных различий между данным осмотром и анкетированием.

Положительные ощущения, возникавшие у подростков в результате первого приема наркотических средств являются психологически неблагоприятным фактором, способствующим систематическому их употреблению, т.е. у таких подростков присутствует положительная психологическая установка на употребление наркотических средств. При этом срабатывает ведущий психологический механизм – формирование положительного психоэмоционального настроя в отношении приема наркотических и психоактивных веществ [2].

Среди контингента подростков распространены следующие виды наркотических средств: опий, гашиш, марихуана («травка»), таблетки «экстази», лекарственные препараты с

холинолитическим действием (циклодол, паркопан, пипольфен, димедрол, филепсин, фенозепам), а также различные препараты токсического характера. Токсикомания — это злоупотребление некоторыми медикаментами и токсическими веществами, которые не квалифицируются как наркотики в прямом смысле слова. Она может развиваться при длительном употреблении веществ успокаивающего характера, психостимуляторов, а также при использовании средств бытовой и промышленной химии, летучих растворителей [4]. Распространенными видами токсикомании среди подростков являются: вдыхание паров химических веществ, бензина, лака, клея, ацетона и др. Распространено среди подростков и употребление концентрированного отвара чая (чифирь), что приводит к возникновению тяжелой формы токсикомании-чифиромании, для которой характерно патологическое влечение к чифиру, явление абстиненции, а также постепенное изменение личности.

Основным психологическим фактором приобщения подростков к наркомании является именно несформированность, отсутствие механизмов удовлетворения и реализации своих психоэмоциональных и социальных потребностей, и как следствие этого, заниженная самооценка и самоотрицание. Именно это обстоятельство провоцирует подростка к поиску путей и средств так называемого псевдоудовлетворения своих психоэмоциональных проблем [3].

Необходимо выделить 4 типологические группы подростков, помогающие практическому психологу в обобщении психологических особенностей подростков, предрасположенных к употреблению наркотических средств и быстрому их выявлению [2]. Первую группу составляют подростки, случайно приобщившиеся к наркотикам под влиянием сверстников, которые обычно безбидны, безвольны, стыдливы, стараются скрыть свое влечение к наркотикам, не равнодушны к труду, у них отсутствуют потребительские и иждивенческие установки. Вторую группу составляют подростки с деформированными моральными взглядами, оценками, отношениями, потребностями, которых характеризует повышенная агрессивность, импульсивность, неустойчивость характера, частая смена настроений. У них искажены морально-этические понятия и принципы. Они обычно неуравновешенны, грубы, эгоистичны, циничны; типичные «прожигатели» жизни с иждивенческой установкой. Третью группу составляют подростки с неустойчивой психикой, жизненные позиции и установки которых колеблются между положительной и отрицательной направленностью, у которых отсутствуют твердость характера и прочные морально-психологические установки, но преобладают лживость, лесть, хитрость, притворство, подхалимство, наглость, безразличие к людям. Осознавая пагубность употребления наркотиков, они не пытаются противостоять этому. Четвертую группу составляют также подростки с неустойчивой психикой, но в отличие от предыдущей группы они легко поддаются внушению, управлению и контролю извне. У них полностью отсутствует сила воли, они во всем уступают сильным личностям и для которых характерны: замкнутость, уединенность, мечтательность, мнительность и т.д.

Следует выделить дополнительные факторы, влияющие на развитие нарко-предрасположенности (факторы «риска»): 1. фактор социальной дезадаптации (ФСД); 2. психотравмирующий фактор (ПФ); 3. наследственный фактор (НФ); 4. провоцирующие обстоятельства (ПО); 5. фактор сопротивляемости (ФС);

Результаты психодиагностических исследований позволяют составить социально-психологическую характеристику личности подростка с учетом оценки уровня его социального развития на предмет выявления и предотвращения предрасположенности к употреблению наркотических средств [2]. В результате анализа фактора социальной дезадаптации выявлены следующие критерии: 1. трудновоспитуемость, рассматриваемая как сопротивление педагогическому воздействию, связанная с затруднениями в усвоении социальных программ и не всегда проявляющаяся в асоциальном поведении. 2. педагогическая запущенность с частичной социальной дезадаптацией, проявляющаяся в отставании в учебной деятельности, несоблюдении требований школы (прогулы, сквернословие, курение, употребление алкоголя и наркотиков и т.д.). 3. социальная запущенность, для которой характерна резкая деформация как референтных, так и ценностных ориентаций,

существенное отставание в уровне социального развития, формировании профессиональной деятельности, а также в сфере самосознания, способности к саморегуляции своего поведения с учетом требования норм морали и права [1]. У благополучных подростков отсутствовали какие-либо признаки психотравмирующего характера и социальной дезадаптации, искажения ценностных ориентаций, что, свидетельствует о низкой сопротивляемости по отношению к наркотикам.

Таким образом, психологическим основанием отрыва от наркопредрасположенности является создание благоприятных психологических условий для самореализации подростка, что реально достижимо путем вовлечения его к занятости, различного рода заботам и проблемам, а также общественной трудовой деятельности.

Литература

1. Беличева С.А.. Социально-психологические основы предупреждения десоциализации несовершеннолетних: Автореф.дис.док.психол.наук. М., 1989.
2. Велимедова О.В.. Подростковая наркомания: психологические проблемы. Баку, изд.АГПУ, 2005.
3. Личко А.Е., Битенский В.С.. Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991.
4. Мусалов Г.Г., Ахмедханова А.А., Алиметова М.С.. Вредные привычки подростков и их профилактика. Махачкала: Дагучпедгиз, 1989.

Ветрова М.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ «ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ РЕР-3» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕБЕНКА СО СЛОЖНОЙ СТРУКТУРОЙ ДЕФЕКТА В ГРУППЕ КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ.

МГППУ, Москва, Россия

m-vetrova@ro.ru

Ключевые слова: РАС, умственная отсталость, сложная структура дефекта, комплексные нарушения развития, психолого-педагогическая диагностика.

Vetrova M.A.

USING OF THE METHODOLOGY "PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL PROFILE RER-3" FOR THE DIAGNOSIS OF A CHILD WITH A COMPLEX DEFECT STRUCTURE IN THE GROUP OF SHORT-TERM STAY.

MSPPU, Moscow, Russia

m-vetrova@ro.ru

Keywords: ASD, mental retardation, complex defect structure, complex developmental disorders, psychological and pedagogical diagnostics.

В группе кратковременного пребывания (далее – ГКП) Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС, дети проходят тестирование с использованием методики РЕР-3 дважды в год: в сентябре и мае. Данная методика показала себя, как эффективная для динамической диагностики детей дошкольного возраста, имеющих тяжелые формы РАС. Тестированию предшествует наблюдение за ребенком в свободной деятельности и на занятиях в группе, беседа с родителями [1].

Результаты диагностики с использованием данной методике позволяют получить информацию об уровне развития следующих функциональных сфер: имитация, восприятие, мелкая и крупная моторика, зрительно-двигательная интеграция, когнитивные способности. Методика предлагает 3 уровня оценки: уровень соответствует норме, сниженный уровень, значительно сниженный и низкий уровень [2].

Приведем пример использования методики РЕР-3.

У Д. сложное нарушение развития. Согласно анамнезу, у девочки диагностировано расстройство аутистического спектра, умственная отсталость, системное недоразвитие речи,

дизартрия, эпилепсия. Также, есть отметка об установлении диагноза Синдром Ангельмана. На момент первичной диагностики девочке 6 лет 5 месяцев. Длительность первичного тестирования – 2,5 часа. В начале обследования Д. эмоционально и двигательно возбуждена, демонстрирует полевое поведение, отказывается от продуктивного взаимодействия. В связи с этим, значительное время уходит на установление эмоционального контакта с девочкой.

По результатам обследования, у Д. присутствуют трудности во всех основных функциональных сферах. Девочка смогла выполнить небольшую часть заданий полностью самостоятельно, большую часть – с помощью педагога и несколько заданий выполнить не смогла даже с помощью.

Уровень развития вербального и невербального интеллекта, экспрессивной речи и понимания речи у девочки соответствует низкому. Данные показатели соотносятся с медицинским заключением о наличии у ребенка умственной отсталости, системного недоразвития речи у ребенка с РАС, дизартрии. Эти данные соотносятся с результатами наблюдения за Д. в свободной деятельности. Д. понимает обращенную речь на бытовом уровне, ей часто требуется адаптация инструкции. Полученные данные также соотносятся с суммарным баллом по сфере коммуникации, который соответствует низкому уровню.

Уровень развития тонкой и мелкой моторики, зрительно-двигательного подражания соответствует низкому. У девочки выраженные нарушения моторного развития: отмечается общая моторная неловкость, ограниченный репертуар движений, невозможность самостоятельно выполнять точные движения, выраженные трудности манипуляции маленькими предметами. У девочки присутствуют некоторые навыки моторной имитации: она может пытаться повторять движения за педагогом, но делает это с большим трудом, демонстрируя неточность движений. Полученные данные также соотносятся с общим (суммарным) низким уровнем по сфере моторики.

Уровень аффективных проявлений и социального взаимодействия определяется, как значительно сниженный. Данные показатели могут быть связаны с высокой частотой эпизодов нежелательного поведения у Д., выражающихся в агрессии и аутоагрессии, криках, вокализациях. Девочка стремится к взаимодействию с людьми, проявляет привязанность к близким людям, однако, она крайне избирательна в общении и владеет очень ограниченным репертуаром коммуникативных навыков. Данные показатели также соотносятся с полученными данными по области «проблемы поведения», уровень которой определяется, как значительно сниженный.

Уровень адаптивного поведения Д. соответствует значительно сниженному. Полученные данные соотносятся с наличием у девочки выраженных трудностей адаптации. У Д. не сформированы навыки учебного поведения и очень низкая мотивация к продуктивному взаимодействию. Девочка редко реагирует на требования и пытается их выполнить, часто демонстрирует реакции негативизма, отказывается от деятельности. По результатам обследования, для Д. был составлен и реализован индивидуальный план коррекционной работы в ГКП.

В конце учебного года было проведено повторное тестирование Д., длительность которого составила 1,5 часа. Во время тестирования девочка значительно легче идет на контакт с экспериментатором, практически не демонстрирует нежелательных форм поведения, готова выполнять задания за столом и в пространстве кабинета при условии чередования видов деятельности и предоставления нескольких перерывов.

По результатам обследования, уровень вербального и невербального интеллекта девочки значительно вырос, соответствует значительно сниженному уровню. Данный показатель соотносится с повышением у Д. за год обучения познавательных способностей за счет приобретения навыков сотрудничества, учебного поведения и увеличения периода активного внимания, что позволило девочке освоить новые навыки, связанные с продуктивной деятельностью.

У девочки также вырос уровень экспрессивной речи до значительно сниженного. Данный показатель может быть связан с проведенной педагогами группы работы по стимулированию

речевой активности девочки в форме создания обучающих ситуаций, стимулирующих развитие коммуникативных навыков, использования систем альтернативной и дополнительной коммуникации, методов работы с нарушениями поведения. К концу года Д. начала активно пользоваться доступными ей формами устной речи, сопровождаемой естественными жестами.

Изменился в положительную сторону и уровень понимания речи, достигнув также значительно сниженного уровня. Данный показатель может быть связан с активным использованием педагогами группы визуальной поддержки речи в виде жестов и визуального расписания занятий и режима группы, визуальных опор в пространстве группы.

В сырых баллах без изменения функционального уровня можно отметить динамику и в развитии общей и тонкой моторики. За год Д. приобрела новые навыки в данных сферах, у нее снизились тактильные и вестибулярные страхи и ей стало доступно выполнение новых упражнений на занятиях адаптивной физкультурой, а также заданий, требующих достаточно точных движений пальцев рук на занятиях с другими специалистами группы.

Уровень зрительно-двигательного подражания также вырос, достигнув значительно сниженного, что может быть также связано с увеличением возможностей активного внимания и продуктивного взаимодействия девочки.

Незначительные изменения, согласно результатам тестирования, обнаружилось в сфере навыков самообслуживания – не изменился уровень относительно психического возраста, но произошли изменения в сырых баллах, что может отражать увеличение самостоятельности Д. в выполнении отдельных задач, связанных с самообслуживанием. Показатели сырых баллов также демонстрируют положительные изменения в сфере аффективных проявлений, социального взаимодействия, адаптивного поведения и проблем поведения. Суммарный показатель уровня коммуникации также изменился в положительную сторону – до значительно сниженного. Также, небольшие изменения в сырых баллах в сфере дезадаптивного поведения отражают положительную динамику в развитии у девочки адаптивных форм поведения.

Таким образом, можно сказать, что данная методика позволила как провести диагностику развития основных функциональных сфер у ребенка со сложным нарушением развития, так и отразить те положительные изменения в развитии всех основных функциональных сфер, которые Д. приобрела за год обучения в группе кратковременного пребывания. Значительная динамика в основных функциональных сферах может быть связана с усвоением девочкой навыков учебного поведения, появлением возможностей продуктивного взаимодействия и увеличением времени активного внимания. На этом фоне девочке стало доступно более эффективное усвоение новых навыков и адаптивных форм поведения.

Также, стоит отметить, что данная методика дает возможность предоставления тестовых заданий в разнообразных формах, что позволяет сделать подход к диагностике достаточно гибким и учитывающим поведенческие особенности ребенка со сложным нарушением развития.

Литература

1. Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования детей раннего и дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра (проект) (Электронный ресурс: https://autism-frc.ru/ckeditor_assets/attachments/1397/praoop_do_ras_n.pdf. Дата обращения: 28.10.2021)

2. Э.Шоплер, Р. Дж. Райхлер, М.Д. Лансинг, Ли М. Маркус. Психолого-педагогический профиль РЕР-3: индивидуальное психолого-педагогическое обследование для детей с РАС, 3-е издание. Учебник пользователя. - Пермь: Общество помощи аутичным детям «Добро», 2008 г.

Власенкова И.Н.

ДИАГНОСТИКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
Irene-v@mail.ru

Ключевые слова: химическая зависимость, психоактивные вещества, подростковый возраст, аддиктивное поведение.

Vlasenkova I.N.

DIAGNOSTICS OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE TEENAGERS WITH ALCOHOL AND DRUG ADDICTION

MSUPE, Moscow, Russia
Irene-v@mail.ru

Keywords: chemical dependence, psychoactive substances, adolescence, addictive behavior.

Проблема вовлечения подростков к употреблению психоактивных веществ в современном обществе остаётся достаточно острой. Проводится множество исследований по изучению факторов и личностных особенностей, предрасполагающих к развитию аддиктивного поведения в подростковом возрасте. Актуальным является выявление предикторов химической зависимости, диагностических средств оценки предрасполагающих факторов к развитию зависимого поведения и поисков путей раннего вмешательства, которые могут предотвратить дальнейшее развитие аддикции.

В научных исследованиях зарубежных и отечественных авторов выявлены биологические, социально-экономические и психологические факторы, приводящие к формированию химической зависимости у подростков. Изучением психологических факторов, способствующих формированию аддиктивного поведения и социальной дезадаптации, занимались М. Битти, А.Е. Личко, В.Д. Москаленко, А.В. Быков, Т.И. Шульга, И.Н. Пятницкая и др. [1,2,3,4,5,6]. Авторами выявлена взаимосвязь склонности подростков к аддиктивному поведению и особенностями их личностного развития (высокий уровень тревожности, неустойчивый эмоциональный фон, акцентуации характера, трудности произвольной регуляции деятельности). Важным фактором приобщения подростка к употреблению психоактивных веществ является патохарактерологическое развитие личности.

Цель исследования – изучение социально-психологических особенностей у подростков с алкогольной и наркотической зависимостью.

Материал и методы.

В исследовании приняли участие 105 подростков 14-17 лет с пагубным употреблением ПАВ, находящихся на профилактическом наблюдении в диспансерном отделении Детского реабилитационного центра ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ.

Для реализации цели исследования были использованы методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, опросник на определение акцентуации характера и темперамента Х. Шмишека, Торонтская шкала алекситимии (Toronto Alexithymia Scale или TAS-20).

Результаты. Анализ полученных данных свидетельствует об отсутствии нарушений социально-психологической адаптации у подростков, эпизодически употребляющих алкоголь и синтетические наркотики на основе мефедрона, метилона и производных пипрадрола. Эти подростки не выделяются среди своих сверстников, что затрудняет раннее выявление данной группы риска и оказания им дифференцированной медико-психологической и социальной помощи. Среди особенностей социально-психологической адаптации подростков с пагубным употреблением ПАВ выявлены несформированность внутреннего контроля, ведомость,

эскапизм, неустойчивая позиция относительно себя и других, склонность к провоцированию конфликтных ситуаций.

Анализ данных, полученных при помощи опросника Х. Шмишека, показывает, что для подростков-аддиктов характерны следующие акцентуированные черты характера: демонстративность – 75 %, застревание – 68 %, тревожность – 65%. Выявлено, что у подростков с пагубным употреблением ПАВ, выражен такой тип акцентуации характера, как циклотимичность – 72%. Подросткам с данной акцентуацией характерна резкая смена настроения. Слабость волевой регуляции усугубляет это состояние, что особенно заметно в общении с окружающими. Выражены также такие типы акцентуации, как гипертимность – 65 % и аффективная экзальтированность – 61%. Гипертимность выражается в импульсивности, легкомыслии, склонности к рисковому поведению, что мешает им принимать взвешенные, ответственные решения. Аффективно-экзальтированный тип акцентуации темперамента характеризуется эмоциональной нестабильностью, склонностью к резкой смене настроения – от восторга до отчаяния и к импульсивным реакциям. Такие подростки легко экспериментируют с изменением состояния своего сознания.

Наличие выявленных акцентуаций характера у подростков с алкогольной и наркотической зависимостью может провоцировать их как на школьную дезадаптацию, так и при межличностном взаимодействии. Для эмоционального фона подростков, принимавших участие в исследовании, характерна резкая смена настроения без объективной причины. Эмоциональная нестабильность, импульсивность, склонность к рисковому поведению способствует тому, что подростки совершают необдуманные поступки, среди которых в том числе и употребление ПАВ.

Анализ данных, полученных при помощи Торонтской шкалы алекситимии, выявляет у подростков с пагубным употреблением ПАВ трудности идентификации и описания своих чувств и физического состояния, таким образом, алекситимию можно рассматривать как предпосылку к употреблению ПАВ, на это указывают и другие исследователи [6].

Выводы. Отсутствие явлений дезадаптации у подростков с эпизодическим употреблением алкоголя и наркотиков, затрудняет их раннее выявление и оказание своевременной медико-социальной и психологической помощи. Низкая способность к идентификации и вербализации чувств и физического состояния, а также выявленные акцентуации характера являются предрасполагающими факторами к развитию химической зависимости, проявляясь в поведенческих паттернах, они создают условия для импульсивных, необдуманных поступков подростков.

Литература

1. Быков А.В., Шульга Т.И., Олиференко В.Д. Социально-психологическая помощь обездоленным детям. – М., 2003. С. 170.
2. Леонгард К. Акцентуированные личности. – М., 1981. С. 58.
3. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – Л., 1991. С. 302.
4. Москаленко В.Д. Зависимость семейная болезнь. – М., 2004. С. 129.
5. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. – М., 2008. С.251.
6. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей: практическое руководство (Клиническая психология). – М., 2006. С. 367.

Галасюк И.Н.¹, Митина О.В.², Горелов Н. Е.²

РАЗРАБОТКА ОПРОСНИКА «РОДИТЕЛЬСКАЯ ОТЗЫВЧИВОСТЬ» ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

¹МГППУ, Москва, Россия igalas64@gmail.com

²МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия omitina@inbox.ru
nik.gorelov995@gmail.com

Ключевые слова: ранний возраст, родительская отзывчивость, диагностика взаимодействия родителя с ребенком

Galasyuk I.N.¹, Mitina O.V.², Gorelov N.E.²

DEVELOPMENT OF THE PARENTAL RESPONSIBILITY QUESTIONNAIRE FOR PARENTS OF EARLY CHILDREN

1- Moscow State University of Psychology and Education

2- Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Key words: early age, parental responsiveness, diagnostics of parent-child interaction

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ и ВАОН в рамках научного проекта № 19-513-92001/21 "Кросс-культурные особенности взаимодействия значимого взрослого и ребенка в России и Вьетнаме"

Введение. Результаты крупномасштабных исследований указывают на наличие взаимосвязи между социальным функционированием родителей, родительской отзывчивостью (РО) и риском возникновения нарушений развития детей [4]. Отмечена взаимосвязь между проявлениями вербальной РО (реагирование на фокус внимания ребенка, отзывчивость на его коммуникативные акты) и развитием речи у детей раннего возраста [6]. Обзоры исследований интервенций, направленных на повышение РО, свидетельствуют об их чрезвычайной важности и результативности, особенно для детей с нарушениями в развитии [5]. Мы указывали на роль РО в нейрокогнитивном и социально-эмоциональном развитии ребенка [3].

Несмотря на высокую научную и практическую значимость исследований в этой области, остается малоизученной проблема методов диагностики качества взаимодействия родителя с ребенком раннего возраста. В предыдущих исследованиях нами разработана методика оценки РО с применением видео наблюдения в зависимости от возраста ребенка [1, 2]. Для детального анализа проявлений РО в поведении были разработаны индикаторы, которые сгруппированы в четыре шкалы: Доминирование (Dominance), Апатичность (Apathy), Чуткость (Sensitivity), Поддержка (Support) [1, 2].

Цель данного исследования - разработать опросник, направленный на диагностику стиля родительской отзывчивости (РО), характеризующего поведение родителя при взаимодействии с ребенком раннего возраста.

Опираясь на предыдущие исследования [1; 2; 3], авторами (И.Н. Галасюк, О.В. Митина) был разработан Опросник «Родительская Отзывчивость». Утверждения, включенные в текст опросника будут представлены в коллективной монографии, посвященной 110-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн.

Материалы и методы. Утверждения, включенные в опросник, формулировались на основании содержания индикаторов поведения родителя, характеризующих выделенные нами стили РО [1, 2]. Перед апробацией опросник заполнили участники организованной нами фокус-группы (15 родителей детей раннего возраста, которые имеют психологическое образование или являются студентами психологических факультетов). В процессе работы

фокус-группы некоторые утверждения были изменены или исключены из опросника. Всего в опросник в итоговом варианте вошли 53 пункта.

Процесс апробации проходил следующий образом. На первом этапе участникам исследования, чьи образцы детско-родительского взаимодействия были записаны на видео, предлагалось заполнить опросник в бумажном виде (офлайн). На втором и третьем этапе выборка была расширена за счет того, что кроме участников первого этапа, опросник предлагалось заполнить онлайн в виде Google-формы, распространяемой через профили исследователей в социальных сетях (Facebook, ВКонтакте) всем родителям детей от 1 до 3 лет, желающим принять участие в исследовании. Между первым и вторым заполнением Google-формы (что соответствует второму и третьему этапам) должно было пройти около 2 недель. Число участников исследования, заполнивших опросник хотя бы 1 раз – 56 человек. Число участников, прошедших все 3 этапа апробации – 23 человека, только онлайн-опросы оба раза проходили 8 человек. Всего в первом этапе приняло участие 39 респондентов, во втором – 45, в третьем – 34. Общее число полученных протоколов (с участием ре-тестов) 118.

Анализ данных. Для обработки данных было использовано ПО SPSS 22. Данные были обработаны факторным анализом с косоугольным вращением, прямоугольное вращение не было задействовано ввиду наличия достаточно высоких корреляций ($r > 0.3$) между факторами. На первом и втором этапе нам удалось выделить 4 фактора: Поддержку, Доминирование, Чуткость и Апатичность. На третьем этапе эти же факторы выделились с незначительными модификациями. Таким образом, факторы, выделенные отдельно на всех трех этапах, устойчиво воспроизводятся. Этот факт позволил нам объединить все наблюдения, полученные на каждом этапе в одну выборку ($N=118$), и выполнить на этом общем массиве данных факторизацию пунктов опросника с целью выделить инвариантную для всех этапов факторную структуру опросника. В ходе проведения эксплораторного факторного анализа было получено следующее распределение вопросов по шкалам опросника из общего количества утверждений: Шкала «Поддержка» – 23 вопроса, шкала «Доминирование» – 15 (из них 2 обратных пункта), Шкала «Чуткость» – 7 (из них 1 обратный пункт), Шкала «Апатичность» – 8 (из них 3 обратных пункта).

Далее были высчитаны факторные баллы для каждого испытуемого с целью проверки ретестовой надежности и динамики результатов. Была проведена процедура корреляционного анализа для наборов данных, полученных на втором и третьем этапах. В результате такой проверки получены следующие коэффициенты корреляции Пирсона: по шкале «Поддержка» $r=0,898$ ($p < 0,01$); по шкале «Доминирование» $r=0,864$ ($p < 0,01$); по шкале «Чуткость» $r=0,826$ ($p < 0,01$); по шкале «Апатичность» $r=0,731$ ($p < 0,01$).

Оценка динамики тестовых баллов от 2-го этапа к 3-му этапу по шкалам проводилась с использованием Т-критерия Стьюдента для парных выборок с подтверждающей проверкой с помощью непараметрического критерия Вилкоксона.

Замечено, что Поддержка значимо увеличилась на 3 этапе ($t = -4,584$; $p < 0,01$), также как и Чуткость ($t = -2,373$; $p = 0,024$). Показатели Доминирования и Апатичности изменились (увеличились) незначимо. Результаты непараметрического критерия по всем четырем шкалам согласуются с результатами параметрического критерия. Можно с уверенностью сказать, что увеличение амплитуды характерно для всей выборки, то есть, не наблюдается хаотичности.

Результаты. Выделенная в опроснике шкала (фактор) «Доминирование» полностью соответствует характеристикам поведения родителя, описанным авторами по результатам видео наблюдения за диадами [2]. Шкалы (факторы) «Поддержки» и «Апатичности» также в полной мере соотносятся с их описаниями в публикациях авторов [1,2].

Выделенная в опроснике шкала «Чуткость» частично подтверждает характеристики одноименной шкалы, выделенной в предыдущих исследованиях на массиве данных, полученных путем обработки видео-кейсов игры родителя с ребенком в течение 15 минут с помощью программы The Observer XT-15. Выявлено, что в Опроснике «Родительская Отзывчивость» индикаторы, характеризующие чуткий стиль родительского поведения несколько изменил значение. Чуткий стиль РО был описан нами с помощью индикаторов

поведения, выражающих восприимчивость родителя к сигналам ребенка, и позиционировался как одна из оптимальных характеристик поведения родителей. Вместе с тем, мы отмечали, что избыточная чуткость может приводить к слиянию родителей с ребенком в неадаптивный симбиоз [1]. И действительно, часть вопросов, которые содержались в шкале «Чуткость», выделенной в опроснике, соответствовали такому критерию (утверждения номер 13 «Я использую различные возгласы (Ох, Ах, Ух ты и т.д.) для выражения эмоций ребенка, которые, как мне кажется, он испытывает во время игры, как бы «вместо него» и 23 «Если во время игры ребенку нравится быть подальше от меня, я прикладываю усилия, чтобы сократить дистанцию»). Однако другие вопросы данной шкалы опросника оказались, на первый взгляд, противоречащими чуткому стилю поведения родителя. Так, например, высокий балл по утверждениям 4 «Я раздражаюсь и повышаю голос, когда ребенок ведет себя плохо во время игры», 8 «Играя с ребенком, я говорю ему о своих отрицательных эмоциях (грусть, раздражение, обида, усталость, злость)», 53 «Моя игра с ребенком включает разные опасные, тревожные и агрессивные ситуации (например: аварии, нападение игрушек друг на друга и т.д.), т.к. полагаю, что ребенок должен приучаться реагировать на такие ситуации, если столкнется с ними в реальной жизни» свидетельствуют о недостаточной способности родителя к переработке собственных негативных переживаний, либо их контейнированию, то есть способности родителя к переработке детских переживаний. Таким образом, в рамках симбиоза происходит диффузия личностных границ и «разделение» таких переживаний с ребенком. Родитель и ребенок как бы меняются местами, что задает определенные ожидания у родителя от процесса взаимодействия. Подобная тенденция к регрессу и стратегия совладания через нарушение границ с ребенком может свидетельствовать о незрелости Эго родителя, что и выступает «оборотной стороной чуткости», ее избытком. К неадаптивному симбиозу приводит и Доминирование, поскольку имеет место нарушение личностных границ. В первом случае нарушаются эмоциональные границы, во втором – поведенческие.

Выводы. Полученные результаты позволяют констатировать, что разработанный опросник «Родительская отзывчивость» для родителей детей раннего возраста является надежным инструментом диагностики поведения родителя при взаимодействии с ребенком. Заявленные шкалы опросника по составу и содержанию пунктов соотносятся с факторами родительской отзывчивости, выделенными в более ранних авторских публикациях. Этот факт может свидетельствовать о факторной валидности опросника.

Литература

1. Галасюк И.Н., Митина О.В. Взаимодействие родителя с ребенком раннего возраста: структура и динамика родительской отзывчивости // Культурно-историческая психология. 2020. Том 16. № 4. С. 72—86. DOI: <https://doi.org/10.17759/chp.2020160408>
2. Галасюк И.Н., Митина О.В. Детско-родительское взаимодействие в период раннего детства: сравнительный анализ профилей родительской отзывчивости в диадах с типично и атипично развивающимися детьми // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 2. С. 119–144. doi:10.17759/cpp.2021290206
3. Galasyuk I.N., Lavrova M.A. Suleymanova E.V., Kiselev S.Y. Parent Responsiveness and its Role in Neurocognitive and Socioemotional Development of One-Year-Old Preterm Infants // Psychology in Russia: State of the Art Volume. 2019. Vol. 12. № 3. P. 86–104. doi: 10.11621/pir.2019.0307
4. Edmunds, S. R., Kover, S. T., Stone, W. L. The relation between parent verbal responsiveness and child communication in young children with or at risk for autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. //Autism Research 2019, vol. 12(5), pp. 715–731.
5. Kasari, C., Siller, M., et al. Randomized controlled trial of parental responsiveness intervention for toddlers at high risk for autism. //Infant Behavior and Development 2014, vol. 37(4), pp. 711–721.
6. Leezenbaum, N. B., Campbell, S. B., et al. (Maternal verbal responses to communication of infants at low and heightened risk of autism. //Autism, 2014, vol. 18(6), pp. 694–703.

Ганузин В.М., Шубин К.Л.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ТРУДОВАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

Ярославский государственный медицинский университет. Ярославль.
Национальный Исследовательский Университет ВШЭ, Санкт-Петербург, Россия.

E-mail: yganuzin@rambler.ru

Ключевые слова: история профориентации, врачебная профконсультация, подростки.

Ganuzin V.M., Shubin K.L.

**MEDICAL, SOCIAL, PSYCHOLOGICAL AND LABOR REHABILITATION OF
ADOLESCENTS WITH HEALTH DISORDERS**

Yaroslavl State Medical University. Yaroslavl, Russia.
National Research University HSE, St. Petersburg, Russia.

E-mail: yganuzin@rambler.ru

Key words: history of career guidance, medical professional consultation, adolescents.

Актуальность. Врачебная профессиональная консультация (ВПК) для подростков с хроническими заболеваниями и пороками развития является жизненно важной проблемой, определяющей дальнейшую успешность в осуществлении профессиональной траектории во взрослой жизни [1,3]. Актуальной проблемой являются вопросы адаптации и ориентации лиц с ограниченными возможностями при переходе от школьного обучения к профессиональному и трудоустройству [4,5,6].

Российские ученые являются основоположниками разработки научных и практических направлений по врачебной профессиональной консультации. Первая книга о влиянии профессионально-производственных факторов на организм подростков «Профессиональная гигиена умственного и физического труда» была опубликована Ф.Ф. Эрисманом в 1877 году.

В 1921 году был создан Центральный институт труда - центральное научно-исследовательское учреждение по труду в стране. При Институте в 1922 году открыли Лабораторию промышленной психотехники, основной целью которой было изучение профессий с позиций психологии и создание профессиограмм.

В 1924 году открылась Лаборатория профконсультации, организованная под руководством А.Ф.Кларка на базе Ленинградского Института по изучению мозга человека. В 1927 году в Ленинграде при институте им. Герцена была создана лаборатория, в функции которой входило проведение психотехнического обследования выпускников школ и профконсультация молодежи.

На базе Госкомтруда в 1984 году было создано более 60-ти областных и республиканских Центров профессиональной ориентации молодежи, большинство которых было закрыто в 90-е годы прошлого века.

В настоящее время медицинские аспекты профконсультации осуществляют школьные врачи и врачи педиатры-участковые. Психофизиологические – школьные психологи и специалисты Центров профконсультации и психологической поддержки молодежи [3].

Цель работы. Познакомить врачей-педиатров с историей становления ВПК в нашей стране, как одного из этапов медико-социальной и трудовой реабилитации подростков, с особенностями ее проведения при различных отклонениях в состоянии здоровья.

Материалы и методы. Врачебная профессиональная консультация подростков с заболеваниями нервной системы (НС) является одним из этапов медико-социальной и трудовой реабилитации. Под нашим наблюдением находилось 97 подростков с различными поражениями НС, в т. ч. с детским церебральным параличом, энцефалорадикулоневритом, травматическими и инфекционными поражениями периферической нервной системы, эпилепсией, задержкой психического развития и девиантным поведением. В качестве

методического материала использовали Приказ МТ и СЗ РФ № 46 от 2018 и Федеральный протокол ФПРОШУМЗ-5. 2014.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем подросткам, в зависимости от функциональных возможностей нервной системы, был рекомендован ряд специальностей и учебные заведения, где эти специальности можно получить. Подросткам с патологией НС мы не рекомендовали такие производственные факторы, которые в будущем затрудняли бы качественное выполнение служебных обязанностей и неблагоприятно воздействовали на состояние НС. В ряде случаев, при ВПК привлекались психологи, социальные педагоги и психиатры.

Роль психолога при профориентации. По нашему мнению, психолог должен принимать непосредственное участие во всех этапах профориентации, начиная с мотивационных компонентов и заканчивая психологическим сопровождением выбора профессии и построения карьерного плана подростка, имеющего отклонения в состоянии здоровья. Подростки, которые уже определили свое будущее призвание, нуждаются в основном в том, чтобы им были показаны пути дальнейшего получения образования, учебные заведения, в которых можно получить данную специальность, перспективы работы [2].

Проведенные ранее нами исследования показали, что 43% школьников 8-9 классов еще не определилась в выборе будущей профессии и не имели конкретных жизненных профессиональных планов. Данная категория учащихся нуждается в помощи психолога по профессиональному просвещению, знакомству с различными профессиями и специальностями. При этом психологом должны учитываться рекомендации по неблагоприятным профессионально-производственным факторам и перечень основных и резервных профессий, полученных подростком при врачебной профессиональной консультации.

Особо следует выделить работу психологической службы в центрах реабилитации детей инвалидов. Там наряду с диагностикой и реабилитацией проводится психологическая работа по профессиональной ориентации подростков, имеющих психические и физические отклонения в состоянии здоровья. В данном случае правильно поставленная работа врача-реабилитолога и психолога, несомненно, окажет большую пользу для подростка в построении профессиональной траектории и решит одну из важнейших задач – адаптацию инвалида в современных социально-экономических условиях.

В качестве примера профориентации подростков с патологией ЦНС может служить заключение по повторной врачебной профессиональной консультации О., учащейся 11-го класса средней школы, 17 лет.

Диагноз: Эпилепсия юношеская абсансная с редкими приступами без нарушения интеллекта. Больна в течение 5 лет. Приступы типичные. Психический статус не нарушен. На ЭЭГ: наличие билатерально-синхронных комплексов спайк-волн. Находится на антиконвульсантной терапии.

Заключение. С учетом имеющейся патологии девушке не рекомендуется работа в условиях местного и общего травматизма в загазованных помещениях, с агрессивными средами, в неблагоприятных метеорологических условиях, в условиях интенсивного производственного шума и вибрации, значительного нервного и эмоционального напряжения. Из ранее рекомендованных на врачебной профессиональной консультации профессий девушка выбрала две специальности - экономику и бухгалтер.

Выводы. 1. Приведенный обзор литературы показал, что российские ученые являются основоположниками разработки научных и практических направлений врачебной профессиональной консультации.

2. Врачебная профессиональная консультация подростков с отклонениями в состоянии здоровья, является одним из этапов медицинской, психологической и трудовой реабилитации, позволяющая выбрать достойную профессию и определить дальнейшую успешность в осуществлении профессиональной траектории во взрослой жизни.

Литература

1. Ганузин В.М., Черная Н.Л., Маскова Г.С. Особенности врачебной профессиональной консультации подростков с бронхиальной астмой: клинические наблюдения. Доктор.Ру. 2020; 19(3): 57–60. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-3-57- 60
2. Пряжников С.Н. Профориентология. Москва : Издательство Юрайт, 2020 – 405 с.
3. Рапопорт И.К., Ганузин В.М., Бирюкова Н.В. Врачебное профессиональное консультирование: история и современность. Здравоохранение Российской Федерации. 2021;65(4):334-341.
4. Черная Н.Л., Ганузин В.М., Киселева А.В., Ермолина Е.А. Сравнительная характеристика вегетативной устойчивости и социальной адаптированности подростков, обучающихся в сельских и городских школах. Детская больница. 2009;1: 33-36.
5. Hale D.R., Viner R.M. How Adolescent Health Influences Education and Employment: Investigating Longitudinal Associations and Mechanisms. J Epidemiol Community Health. 72 (6), 465—470. Jun. 2018.
6. Hanvold T.N., Kines P., Nykänen M. et al. Occupational Safety and Health Among Young Workers in the Nordic Countries: A Systematic Literature Review. Safety Health Work. 2019 Mar;10(1):3—20.

Горбанева М.В., Горячева Т.Г.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ТЕЛА У ШКОЛЬНИКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия
mariapashenko@yandex.ru

Ключевые слова: образ тела, школьники, сахарный диабет 1 типа

Gorbaneva M.V., Goryacheva T.G.

FEATURES OF BODY IMAGE OF PUPILS WITH DIABETES MELLITUS 1 TYPE

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
mariapashenko@yandex.ru

Keywords: body image, pupils, diabetes mellitus 1 type

При тяжелых соматических заболеваниях под влиянием симптомов и лечения могут измениться личностные особенности ребенка. Это касается и сахарного диабета I типа. Постоянные посещения больниц, ситуация госпитализации, косметические дефекты, изменение внешности – все это не только отражается на эмоциональном состоянии ребенка, но и приводит к искажениям представления об образе тела.

Актуальность изучения особенностей образа тела продиктована ростом заболеваемости детей и подростков сахарным диабетом I типа, а также отсутствием научно-исследовательских разработок по данной теме [1]. Несмотря на достаточно широкую представленность в научной литературе исследований образа тела при психосоматической и соматической патологии (у подростков с бронхиальной астмой, с онкологией, атопическим дерматитом, ожирением, ДЦП), публикаций с исследованиями особенностей образа тела у детей и подростков с сахарным диабетом I типа практически отсутствуют [2]. Из-за ситуации длительного лечения у таких подростков, а именно пребывания в больнице с некоторой периодичностью, наличия внешних устройств, могут возникать искажения образа тела. Именно поэтому мы обратили внимание на данный контингент респондентов и описали особенности образа тела у школьников с сахарным диабетом I типа.

Цель исследования - изучение особенностей образа тела у школьников, которые страдают сахарным диабетом I типа.

Гипотеза: у школьников с сахарным диабетом I типа нарушения образа тела выражаются в неудовлетворенности телом, негативных эмоциональных реакциях на тело, искажении восприятия тела.

Для достижения поставленной цели нами использовались следующие методики:

1. Волшебная страна чувств (Грабенко Т., Зинкевич-Евстигнеева Т., Фролов Д.);
2. Рисунок человека (Маховер К., Гудина Ф.);
3. Опросник образа собственного тела (Скугаревский О.А., Сивуха С.В);
4. Рисунок несуществующего животного;
5. Рисунок болезни.

Также с респондентами проводились методики проба Хэда и методика телесных промеров по М. Фельденкрайзу.

Характеристика выборки. Исследование проводилось в отделении эндокринологии РДКБ г. Москва в период с ноября 2020 года по июль 2021 года. В нем участвовало 30 респондентов в возрасте от 11 до 16 лет (16 человек мужского и 14 женского пола). Средний возраст: 13,6 лет. Диагноз респондентов: сахарный диабет I типа.

В ходе исследования нами были получены следующие результаты. При анализе площади (ВСЧ), которую занимает эмоция на теле человека, мы сделали вывод, что удовольствие школьники закрашивали по площади больше 1-го стена чаще, чем другие эмоции. Далее следует эмоция страха, ей также часто выделяли значительную площадь на рисунке. Далее следует перечислить радость, интерес, грусть – площадь, которую они занимают, уменьшается, и меньше всего на теле человека были отмечены такие эмоции, как обида и вина. Можно сделать вывод, что в эмоциональной сфере детей, страдающих сахарным диабетом I типа, преобладают амбивалентные эмоции - удовольствие и страх. Присутствие страха можно связать с негативными аспектами лечения, постоянным контролем сахара, проведением различных процедур, установлением внешних устройств. Также страх можно связать с ситуацией напряжения и неопределенности в будущем. Присутствие удовольствия может быть результатом постоянного внимания со стороны родителей, врачей, сверстников, а также нахождением в родном отделении, где находятся дети, болеющие тем же заболеванием.

Анализ закрашенной площади отдельных частей тела, позволил выделить в качестве наиболее закрашиваемой области – ноги, что может свидетельствовать о потребности детей, болеющих сахарным диабетом I типа, в опоре, уверенности, избавления от негативных переживаний. Чуть меньше по площади закрашивали грудь, которая символизирует эмоциональную деятельность школьников.

При анализе площади, которую занимали цвета на теле человека, мы сделали вывод, что больше по площади занимает зеленый цвет, чуть меньше – желтый, красный и черный. Преобладание зеленого цвета указывает на потребность в уверенности и настойчивости у школьников. Желтый и красный – показатели стремления к общению, активности и волевым усилиям, они подтверждают предположения о стремлении детей к достижениям, творчеству, спорту, что может быть некоторой компенсацией заболевания. Черный цвет указывает на присутствие чего-то негативного в эмоциональной сфере детей, и это соотносится со страхом, который преобладал среди эмоций наравне с удовольствием.

По методике пробы Хэда было выявлено, что 50% (15 школьников) испытуемых выполняли их без ошибок. У одного школьника (3,3%) отмечались ошибки не менее, чем в половине проб, коррекция выполнялась с помощью психолога. У 10% (3 школьника) отмечались единичные ошибки с самокоррекцией. И у 36,6% (11 школьников) присутствовала одна ошибка с быстрой самостоятельной коррекцией или же долгое вхождение в задание, которое было выражено в долгих размышлениях о том, как необходимо поставить руки по отношению к позе рук психолога. Отмечается наличие зеркальных ошибок.

По методике “Опросник образа собственного тела” (Скугаревский О.А., Сивуха С.В) были подсчитаны баллы согласно ответам, которые выбирал школьник, а после этого баллы были переведены в звезды. У 16,6% (5 школьников) отмечается выраженная неудовлетворенность собственным телом. Это выражается в неудовлетворенности формой тела, его частями,

эмоциями и чувствами по поводу внешности, когнитивном аспекте, а также в наличии определенного поведения. Большинство имеет средние показатели, их удовлетворенность зависит от ситуации, настроения, общего эмоционального состояния.

По методике телесных промеров по М. Фельденкрайзу сравнивались данные, полученные со слов детей и измеренные с помощью сантиметра. Наибольшие ошибки между представляемыми и реальными размерами отмечаются по таким параметрам, как высота ноги, длина руки, торс до промежности, торс до талии и ширина бедер ($p=0,05$). Наименьшие ошибки были выявлены по параметрам рост, ширина рта и ширина шеи. Низкий показатель ошибки по параметру роста обусловлен тем, что большинство детей знают свой рост, так как часто посещают врачей, которые в обязательном порядке измеряют школьников и сообщают рост родителям и самому ребенку. В основном, представляемые размеры не совпадают с реальными, и это объясняется искажением представлений школьников о себе: они ощущают себя и представляют более крупными, полными и чуть длиннее, чем они есть на самом деле.

Статистический анализ полученных данных выявил наличие связей между результатами некоторых методик и параметрами для оценки: связь возраста с наличием страхов у школьников и размером рисунков, связь высокой тревожности и страхов, а также несоблюдением пропорций тела на рисунках. Обнаружена связь негативного отношения к своему телу с использованием абстракций в процессе выполнения рисунка болезни. Школьники, у которых по опросникам было выявлено неприятие своего тела и неудовлетворительное отношение к нему, больше уделяют внимания социальной стороне реализации, то есть, одежде и деталям, как будто перетягивая свое и чужое внимание от своего тела к одежде ($p=0,05$).

Таким образом, можно сделать вывод, что у школьников, страдающих сахарным диабетом I типа, присутствуют некоторые особенности восприятия своего тела, которые выражаются в неудовлетворенности своим телом, негативных эмоциональных реакциях на тело, искажении восприятия собственного тела.

Литература

1. М.Н. Бантьева, Е.М. Маношкина, Т.А. Соколовская, Э.Н. Матвеев Тенденции заболеваемости и динамика хронизации патологии у детей 0-14 лет в Российской Федерации. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1105/30/lang,ru/> (Дата обращения: 03.05.2021)
2. О.В. Залеская Особенности образа тела у подростков с психосоматической патологией на примере бронхиальной астмы: дис. канд.психол.наук. М.:2007, 169 с.

Гутько А. Г.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь
gutkoanna52@gmail.com

Ключевые слова: диагностика, подростки, интернет-зависимость, пол

Gutko A. G.

METHODS OF DIAGNOSING INTERNET ADDICTION IN ADOLESCENTS

Educational Institution "Grodno State Medical University"
Grodno, Republic of Belarus
gutkoanna52@gmail.com

Keywords: diagnostics, adolescents, Internet addiction, gender

Актуальность. Ежедневное использование интернет-систем, приводит к формированию различных видов интернет-зависимости. Выделяют несколько стадий при данном виде

зависимости: стадия легкой увлеченности, стадия увлеченности и стадия зависимости. Особенно этому подвержены лица подросткового возраста [1, с. 28].

Цель. Проанализировать частоту, по половому признаку, частоту выявляемости интернет-зависимости, у подростков Гродненщины.

Материалы и методы исследования. В июне 2021 года на турбазе «Привал» города Гродно, Республики Беларусь, было проведено анонимное анкетирование 31 школьника. Все опрошенные – школьники местных городских школ. Возраст опрошенных составил от 10 до 16 лет. Все воспитанники по приезду на турбазу имели при себе заключение педиатра, что на данный период времени подтверждало их физическое здоровье. В анкетировании не принимали участие: профессиональные компьютерные игроки; специалисты по программному обеспечению; лица, с биполярным аффективным расстройством; подростки, находящиеся на клинической стадии «увлеченности»; лица, с психотическими формами психических и поведенческих расстройств и расстройствами личности в стадии декомпенсации, а также лица с коморбидными расстройствами и несколькими формами зависимостей [2, с. 2].

В качестве метода исследования интернет-зависимости был использован опросник из инструкции МЗ РБ по определению компьютерной зависимости у подростков и молодежи [2, с. 11]. Всего анкета для диагностики компьютерной зависимости для подростков содержит 21 вопрос. Не все вопросы имели балльную оценку. Вопросы 5 - 10, 12 касались количества времени и частоты пребывания за компьютером, вопрос 11 – последствий отказа от нахождения за компьютером, вопросы 19, 20 - психологических и социальных последствий нахождения за компьютером. Ответы на вопросы 5 - 13, 18 - 21 имели балльную оценку, что позволило количественно оценить степень компьютерной зависимости. Максимально возможное количество баллов по шкале – 251.

Интерпретация результатов анкетирования проводилось следующим образом: 20 баллов – норма; 21-40 баллов – легкая увлеченность; 41-60 – увлеченность; 61-90 – легкая степень зависимости; -91 – 115 – умеренная степень зависимости; -116 и более – тяжелая зависимость.

Результаты. Признаки легкой и умеренной компьютерной зависимости были выявлены лишь у юношей, и то, в единичных случаях, по 1 человеку (6,6%), соответственно. Абсолютная норма, без признаков легкой компьютерной увлеченности, увлеченности и различных видов зависимости была выявлена у 6 юношей (40,0%) и 6 девушек (37,5%). У подавляющего большинства подростков были выявлены признаки легкой компьютерной увлеченности - у 7 юношей (46,6%) и у 9 девушек (56,2%).

Выводы. Анкетирование подростков по выявлению интернет-зависимости является актуальным, в связи со своевременной профилактикой и ранним выявлением данного вида зависимости.

Литература

1. Гурин Г. Г. Интернет-зависимость-проблемы интерпретации в условиях бурного развития электронных технологий / Г. Г. Гурин // Гарантии прав ребенка - безопасность детства : сб. науч. тр. / Департамент образования г. Москвы, Гос. авт.образоват. учреждение высш. образования г. Москвы "Моск. гор. пед. ун-т" (ГАОУ ВО МГППУ), Ин-т Права и Управления ; [ред. совет : О. В. Ефимова, А.В. Звонарев, Н. М. Ладнушкина ; отв. ред. О. В. Ефимова, А. В. Звонарев]. - М., 2019. - Вып. 2. - С. 28-33.

2. Инструкция МЗ РБ по определению компьютерной зависимости у подростков и молодежи: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 04.09.2015.- Минск: Респ. научно-практический центр психического здоровья, 2015 г. – 17 с.

Давыдова А.М.

ВОЗМОЖНОСТИ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В КОРРЕКЦИИ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

СурГУ ХМАО-Югры, Сургут, Россия
kam05@bk.ru

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, аутизм, пищевая избирательность, нарушение сенсорной обработки, сенсорная интеграция.

Davydova A.

POSSIBILITIES OF SENSORY INTEGRATION IN THE CORRECTION OF SELECTIVE EATING BEHAVIOR

Surgut State University, Surgut, Russia
kam05@bk.ru

Keywords: autism spectrum disorders, autism, food selectivity, sensory processing disorders, sensory integration

Актуальность темы определяется высокой распространенностью расстройств пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Среди нарушений в пищевом поведении у детей можно выделить три состояния, с которыми родители чаще всего обращаются к врачу: отсутствие аппетита, переедание и избирательность в еде. Если первых два симптома чаще всего встречаются в норме, то последний симптом, по последним данным, может наблюдаться в 70-90% случаев у детей с расстройствами аутистического спектра [1;2].

Избирательное пищевое поведение не относится к основным диагностическим критериям расстройства аутистического спектра (РАС), однако проблемы с кормлением детей с аутизмом описывались еще Лео Каннером в 1943 году. Термин «избирательное пищевое поведение» чаще всего применяют к детям, проявляющим стратегию избегания одной или нескольких групп продуктов. При описании поведения детей с расстройством аутистического спектра можно встретить целый спектр проявлений избирательного пищевого поведения: от неофобии, определенных ритуалов, предпочтений упаковки или продуктов определенного цвета и фактуры до избегания продуктов и рвотной реакции при их виде, ограничения рациона пятью продуктами.

Выделяют ряд возможных причин, приводящих к данному расстройству: физиологические (проблемы ЖКТ), клиничко-психологические (многими авторами отмечается корреляция между тревожностью и избирательным пищевым поведением), социальные (пищевое поведение родителей), сенсорная чувствительность ребенка.

В отечественной литературе проблематика пищевого поведения в основном раскрыта относительно подростков. Пищевое поведение детей рассматривается в связи с аффективным развитием и родительским стилем (Бардышевская М.К., Лебединский В.В., Никольская О.С.), изредка описываются случаи младенческой анорексии. У зарубежных авторов накоплен обширный клинический опыт наблюдения за детьми с пищевой избирательностью, что позволило сформулировать диагностические критерии сенсорного неприятия пищи [3]. Согласно этим критериям, ребенок упорно отказывается есть некоторые продукты определенного вкуса, консистенции, температуры или запаха на протяжении как минимум 1 мес.; отказ начинается с развития реакции неприятия нового типа пищи, который обладает непривычным вкусом или консистенцией; неприятие пищи проявляется гримасой отвращения, выплевыванием пищи, рвотными движениями или рвотой.

Важным моментом в выявлении данного расстройства является поиск причин, способствующих возникновению симптомов расстройства. Избирательное пищевое поведение связано с особенностями обработки информации в том случае, если отказ от пищи не связан с травмами, пищевой аллергией или другим заболеванием. Еще одним критерием

может служить ранний возраст возникновения симптомов. Картина пищевой избирательности как вариант нарушений сенсорной обработки и ее связь с такими состояниями, такими как тревожность, СДВГ, аутизм, подробно представлена в зарубежной литературе (Postorino V, Liu X, Malhi и др.).

Цель нашего исследования – опираясь на выявленную специфику пищевого поведения у детей с РАС оценить возможности применения сенсорной интеграции в коррекционной работе специалистов помогающих профессий.

Методы исследования. В данном исследовании использовались методы патопсихологической диагностики, а также метод включенного наблюдения за детьми коммуникативной группы, организованной на базе центра коррекции и развития «Кеша». Наблюдение осуществлялось на протяжении 2-х лет, в группу входило 10 детей 3-4 лет, имеющих такие диагнозы как «Сенсомоторная алалия», «Другие общие расстройства развития», РАС, «Дисфазия развития».

Результаты. У всех детей на момент первичного обследования наблюдалась выраженная задержка речевого развития, несформированность навыков туалета и одевания, специфические страхи (страх воды в унитазе, страх определенных музыкальных инструментов, страх открытых дверей и т.д.), отсутствие коммуникации и игровой деятельности, избирательное пищевое поведение. Изучение анамнеза, результатов динамического наблюдения, опросников позволили выявить сенсорный профиль каждого ребенка и оценить структуру избирательного пищевого поведения.

В ходе беседы был выявлен ряд параметров, специфичных для данной группы. Это изменение сроков грудного вскармливания, трудности прикорма, выраженная избирательность в еде по составу, способу приготовления, месту приготовления. Общей для группы оказалась и такая характеристика пищевого поведения как отказ от твердой пищи. Также у всех детей в разной степени наблюдалась дисфункция тактильной системы (гипер- и гипочувствительность, избегание прикосновений и сенсорных материалов), дисфункция вестибулярной и вкусовой систем. На основе полученных результатов и по запросу родителей нами был разработан коррекционный маршрут, в рамках которого родителям была рекомендована консультация диетолога, прописана сенсорная диета и пересмотр содержания занятий в сторону их дополнения курсами АФК и сенсорной интеграции. Одновременно осуществлялся мониторинг пищевого поведения и работа родителей с психологом.

Для решения проблем, связанных с чрезмерной избирательностью в пище, использовалась сенсорно-интегративная терапия, игры и задания, направленные на развитие глубокой чувствительности ротовой полости. В условиях центра и в домашних условиях применялся метод сенсбилизации.

По результатам повторного обследования (через 8 месяцев), в 9 случаях из 10 наблюдалась положительная динамика развития. Значительная динамика в пищевом поведении (расширение репертуара продуктов, уход от ориентации на свойства продуктов) произошла у части детей (40%), чьи родители, согласно рекомендациям, перешли на безглютеновую диету и включили в режим дня занятия плаванием, изменили стиль детско-родительских отношений: от тревожности, неприятия диагноза и мер социальной помощи (отказ от прохождения ПМПК и МСЭ) к принятию, поиску эффективных мер помощи себе и ребенку). Положительные сдвиги проявились в коммуникации, развитии слуховой, тактильной, проприоцептивной чувствительности. У части детей (40%) динамика наблюдалась, но касалась в основном изменений в проприоцептивной, вестибулярной и тактильной чувствительности. Полученные результаты, возможно, связаны с непостоянным посещением занятий и специфическим восприятием родительской роли (родители осуществляют присмотр за ребенком, на занятия водит няня). В одном случае выраженная положительная динамика относительно пищевого поведения не наблюдалась. В силу высокой тревожности родители не соблюдали рекомендации специалистов и подкрепляли страхи ребенка. Пищевое избирательное поведение сформировалось в 2 года, когда в условиях госпитализации мама продемонстрировала негативное отношение к чужой еде. С тех пор ребенок перестал есть в

больнице, такая же ситуация повторилась в детском саду. На сегодняшний день (ребенку 4 года) у ребенка наблюдается пищевая избирательность, проявляющаяся в ограничении рациона продуктов (картофель только из ресторана, отказ от мяса, овощей и фруктов) и мест для принятия пищи (ребенок ест только дома и в ресторане). В качестве положительного момента можно отметить введение в рацион питания воды.

Выводы. Наблюдение за динамикой психического развития и пищевого поведения позволяет предположить, что нарушение пищевого поведения у исследуемых детей является сенсорно-моторным расстройством и подлежит коррекции, при соблюдении ряда условий. В качестве основных условий выступает раннее выявление нарушений, а также комплексная медико-психологическая коррекционная работа, в опоре на такие приемы сенсорной интеграции как соблюдение сенсорной диеты, постепенное введение новых продуктов, включение продуктов в игровую и коммуникационную деятельность, включение ребенка в процесс приготовления пищи, что позволяет существенно улучшить не только пищевое поведение детей, но и качество жизни семей с детьми с пищевым избирательным поведением, снизить уровень тревожности и предотвратить иные нарушения здоровья в более старшем возрасте.

Литература

1. Тогулева В.К. Современные методы коррекции избирательного пищевого поведения у детей с диагнозом РАС//Аутизм и нарушения развития, 2018.Т.16.№4 (61). С.21-27.doi: 10.17759/autdd.2018160404
2. Amita A., Hanin K., Mona H. et al. Physical status and feeding behavior of children with Autism // Indian J Pediatr (August 2015) 82 (8):682-687 DOI 10.1007/s12098-015-1696-4.
3. Chatoor I. «Sensory Food Aversions» «Sensory Food Aversions» diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children. Danvers, MA: Zero to Three. 2009. 63–84 p.

Дьяченко А.С.

К ВОПРОСУ О ГИБКОСТИ В ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им.Сухаревой департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия
mangobei@yandex.ru

Ключевые слова: патопсихологическая диагностика, патологическое фантазирование

Dyachenko A.S.

ON THE ISSUE OF FLEXIBILITY IN PATHOPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS

State Budgetary Healthcare Institution Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after Sukhareva Department of Health of Moscow, Moscow, Russia
mangobei@yandex.ru

Keywords: pathopsychological diagnostics, pathological fantasy

Среди молодых психологов отмечается заметное стремление к стандартизированным методам в диагностике. Оно и понятно - количественным методам оценки учиться быстрее, работать ими проще. И результат получается четкий - в соответствии с современными тенденциями. Правда, отсутствие качественного анализа значительно сужает видение психолога, искажает результат, что не приносит пользы пациенту. Здесь хочется опереться на авторитет Блюмы Вульфовой Зейгарник [1]: «Разумеется, что экспериментальные данные должны быть надежны, что статистическая обработка материала должна быть использована

там, где поставленная задача этого требует и допускает, но количественный анализ не должен ни заменить, ни оттеснить качественную характеристику экспериментальных данных».

Пришлось недавно услышать от молодого психолога сомнения в целесообразности использования старых методик: "Жизнь сейчас сильно изменилась, новые люди, да всё новое, а вы твердо держитесь за эти картинки из прошлого века. Можно быть гибче, применять что-то современное».

Чудесно, что сейчас есть много новых методик, но автору захотелось посочувствовать молодому коллеге. Этого человека, вероятно, не научили, главному - что важно не само изображение, а ткань эксперимента – зачем патопсихолог предлагает разложить эти картинки, какую информацию черпает из процесса работы и дальнейшего рассказа и какие делает потом из этого выводы, насколько пациент понимает причинно-следственные связи; какого качества его ошибки, сколько и каких наводящих вопросов ему нужно для осмысления ситуации, выделяет ли пациент сразу главного персонажа и важные объекты либо проявляет фрагментарность зрительного восприятия, выделяет мелкие незначительные детали и даже строит рассказ именно на них. Важны не частности, а принцип. Например, одно дело, если ребенок собирает именно такой узор из кубиков, и совершенно другое, если ребенок понял принцип действия и теперь может из них собрать любой предложенный узор.

Любопытно подмечать, как новые люди, о которых говорил молодой коллега, наполняют новым смыслом старую форму. Это отчетливо видно на материале старых картинок: в предметной классификации изображение врача с проводками на шее нередко называют "мужик с наушниками", при описании серии последовательных картинок "Цыплята" /цыплята залезают в трубу от самовара и вылезают грязные/ последние лет 15 ни один пациент не называет трубу самоварной. Особо показательно описание серии "Волки" /мальчик в лесу залезает от волков на дерево, его спасают взрослые на снях и с ружьями/: "М-к шел по лесу, потом побежал, а там были волки и он залез на дерево. Они хотели его съесть, он позвонил папе по телефону, папа приехал, прогнал волков и его снял".

Технический прогресс, безусловно, значительно изменил жизнь людей, особенно за последние десятилетия. Произошло смещение границы реального и фантастического. 25 лет назад, когда автор статьи приступал к работе (в тогда еще ДПБ №6), одинаково фантастично звучали утверждения «Я слетал на Марс» и «Я позвонил из леса по телефону». А с подобными не соответствующими реальности утверждениями нужно уже внимательно разбираться и квалифицировать: фантазирование (патологическое, бредоподобное, с визуализацией представлений), бредовое расстройство, обман восприятия. В настоящее же время позвонить по телефону из леса или из автобуса – это совершенно обыденное действие. И гибкость патопсихологу стоит проявлять не столько в смене старых пособий на новые, сколько в своевременном реагировании на быстро меняющиеся обстоятельства жизни, в том числе в связи техническими новинками, которые переключиваются из категории фантастического в реальную жизнь (дроны, 3D ручки и 3D принтеры, лазерные резак и пр.) для того, чтобы четко разводить фантазии и реалии.

Выводы.

1) необходимо учить молодых психологов принципам проведения патопсихологического эксперимента.

2) целесообразно применять «старые методики из прошлого века».

2) необходимо проявлять гибкость не столько в смене старых пособий на новые, сколько в своевременном реагировании на быстро меняющиеся обстоятельства жизни, в том числе в связи техническими новинками, которые переключиваются из категории фантастического в реальную жизнь.

Литература

1. Практикум по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, В.В. Николаевой, В.В.Лебединского. - М., 1987. - 184 стр.

Жукова-Луцко Е.В.

ВЗГЛЯД ПСИХОТЕРАПЕВТА НА ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ В ИНОСТРАННОЙ СРЕДЕ

Практикующий психолог,
кабинет частного психолога
Париж, Франция
jurova.psy@gmail.com

Ключевые слова: детский, подростковый и юношеский возраст, адаптация в иностранной среде

Jukova Lushcheko Elena

THE PSYCHOTHERAPIST'S POINT OF VIEW ON THE PROBLEMS OF ADAPTATION OF CHILDREN, ADOLESCENTS AND YOUNG MEN IN A FOREIGN ENVIRONMENT

Psychologue l
30 Avenue de Clichy
Paris, France

Key words: children, adolescents, youths, adaptation in a foreign environment

После распада СССР во Францию стали эмигрировать наши соотечественники из бывших пятнадцати союзных республик. Их всех объединяло знание русского языка и не знание (в основном) французского языка. Эмигранты, которые приезжали семьями, кто в большей, кто в меньшей степени столкнулись с проблемой адаптации их детей в школе и в жизни.

Можно выделить несколько наиболее часто встречающихся проблем адаптации. Это проблемы школьной адаптации, индивидуально-личностные особенности и вопросы идентичности, проблемы сохранения культуры – ассимиляции в новой стране, столкновения разных культуральных и этнических установок. Отдельно стоит вопрос диагностических средств билингвов и др.

Школьная дезадаптация. Эти проблемы во многом зависели от района Парижа, в котором размещались семьи, а значит и школы, куда шел ребенок. В менее благополучных районах, где проживают больше выходцев из арабских стран и стран Африки, можно столкнуться с более высоким уровнем агрессии и с большей разницей в ментальности. Дети наших соотечественников выросли, стали подростками или же юношами и обратились в психологическую консультацию. Истории и жалобы отражали их опыт. Например, они рассказывали, что когда в 5-6 летнем возрасте сталкивались с агрессией по отношению к ним со стороны одноклассников из местной французской школы, то считали, что «ябедничать» нехорошо (подобная установка содержится в нашей ментальности) и родителям ничего не рассказывали. Работники, которые были должны следить за дисциплиной на переменах в данных школах, почему-то «ничего не замечали», а если вдруг и замечали, то обидчики обвиняли детей наших соотечественников в том, что именно те были зачинщиками. Как правило «агрессор» был не один, это была хоть и небольшая, но группа детей. «Наши» дети, не владея еще на достаточно хорошем уровне французским языком, не могли объяснить все, как было, да и как выше уже было сказано, считали это «ябедничеством» и сдерживались от защиты себя, за что получали далее еще и наказание за якобы устраивания дебоша. Таким образом, дети и подростки оказывались в длительной травмирующей ситуации, которая могла длиться годами, т. к. включался механизм «выученной беспомощности», пока они не меняли школу.

Легче проходит адаптация у тех детей, которые попадают в так называемые клин — классы. Это спецкласс для детей иностранцев, где вначале дети обучаются французскому языку, а

потом их определяют в класс данной школы или другой ближайшей школы по их району, уже с общей программой для французов. В данном клин - классе все дети находятся в одинаковых условиях адаптации к другой стране, к их культуре, ментальности, и они менее подвержены вышеописанной проблеме нарушения адаптации.

Личностные и возрастные особенности. Сложная адаптация к учебному заведению актуализирует защитные механизмы личности (не всегда адекватные), проявляет и заостряет различные личностные черты. Случается, что и при смене учебного заведения проблема не исчезала, а видоизменялась. Например, ранее очень открытый и жизнерадостный ребенок становился закрытым и интровертным, мир вокруг для него становился недоброжелательным, и он вынужден был занимать защитную позицию. Аналогично подросток или юноша мог напоминать личность, которая формируется по шизоидному типу. Наиболее существенными чертами данного типа считаются замкнутость, отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении. С наступлением полового созревания все черты характера выступают с особой яркостью, и если подросток с похожей жизненной историей попадает на консультацию, то надо всегда очень аккуратно и тщательно изучать его адаптацию в иностранную среду для адекватного выбора диагностической и терапевтической стратегии.

Терапевт должен внимательно взвешивать относительный эффект ситуативных и личностных факторов. Во время продолжающихся жестких стрессовых ситуаций люди по внешним критериям могут выглядеть как обладающие расстройством личности, но их паттерны могут быть скорее ситуативными, чем внутренними. Например, работники или студенты учреждений с «параноидной» атмосферой, на первый взгляд могут подходить под критерии DSM для параноидного расстройства личности, и в то же время эти черты могут исчезать, когда люди покидают эти условия и более не чувствуют себя униженными, беспомощными и не ощущают опасность [1].

Уже через несколько лет эти молодые люди обращаются с паническими атаками, деперсонализацией, злокачественным перфекционизмом, множеством нарциссических проблем: крайней чувствительностью к тому, как их воспринимают, тратят значительный объем энергии на поддержание самооценки, идентичности, страдают от зависти, постоянно переживают по поводу своего соответствия в рамках субдепрессивного состояния.

Этнические проблемы и вопросы диагностики. Этническая принадлежность человека является важным составляющим сознания личности, характеризующим его положение в структуре общества. И в наше время молодым людям становится не просто разобраться в огромном информационном поле для того, чтобы обрести себя и свою идентичность. Человек рождается в семье, которая привносит в его жизнь некоторые аспекты этнического обособления, отчуждения или идентификации. Этнос — один из способов влияния на становление личности и ее социализации, а принадлежность человека к определенной группе и принятие на себя ее особенностей, является важным фактором для его личностного роста. Таким образом, в процессе социализации личность создает свой мир, свое индивидуальное мировоззрение и отношение к различным этническим группам [2].

Есть некоторые сложности с диагностикой и в дальнейшем с терапией детей, подростков, юношей из бывших республик СССР. Эти сложности связаны с формированием этнической идентичности. Попадая в иностранную среду, некоторые семьи больше центрированы на своей культуре и речи от рождения, они стараются сохранить свои традиции. Другие семьи хотят максимально влиться в иностранную среду и минимизируют все, что касается страны, из которой они приехали: дома говорят на французском языке, смотрят французские фильмы и передачи, читают книги на французском языке и при получении гражданства меняют свое имя и фамилию на французский манер. Но также есть семьи, которые хотят влиться в культуру и быт Франции, но при этом им важны свои корни, и они стараются совместить и русский, и французский уклад. Их дети ходят в русскую школу при Посольстве РФ (заочная форма обучения), посещают спектакли и другие мероприятия на русском языке, дома разговаривают на русском языке. Это большой труд и для детей, и для родителей. А сложности в диагностике

и психотерапии, как было сказано выше, состоят в том, что из-за того по какому принципу идет формирование этнической идентичности, зависит подбор тестов, строится беседа. Здесь важно психологу, психотерапевту выявить понимание испытуемым смысла задаваемых вопросов, быть очень внимательным к тому, насколько есть понимание метафор, двойного смысла на французском и на русском языке. Здесь надо иметь чуткость специалиста разобраться во всех деталях и иметь четкое понимание его включенности во французскую среду, принятие другой культуры. Важно, в каком возрасте ребенка привезли во Францию. Зачастую можно столкнуться с тем, что дети, которые активно вовлечены в русскую среду, все равно не понимают смысла русских пословиц и поговорок не в силу проблем с мышлением, а вследствие того, что они не сталкиваются с ними в обыденной жизни. Даже в русской школе этой теме уделяется очень мало внимания, ребенок посещает русскую школу только один раз в неделю, все остальное время посвящено самостоятельной работе и необходимости каждый день делать уроки во французской школе. Поэтому у специалиста, который занимается диагностикой и психотерапией детей-билингвов, подростков, юношей должен быть разнообразный психологический инструментарий.

Стресс адаптации к новому обществу, переживания по поводу соответствия данной среде, поиск идентичности и становление самооценки – это проблемы человека, попавшего в чужую культуру в любом возрасте, в том числе и в детстве, подростковом возрасте и в юности.

Литература

1. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе //М.: класс. – 1998. – С. 480.
2. Солдатова Г.У. «Психологическая помощь мигрантам. Травма, смена культуры, кризис идентичности». М.: Смысл, 2020.

Зверева Н.В., Зверева М.В., Горюнов А.В.

ОЦЕНКА ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ В ДИНАМИКЕ

ФГБНУ НЦПЗ
Москва, Россия
nwzvereva@mail.ru

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, дети и подростки, патопсихологический профиль, динамика

Zvereva N.V., Zvereva M.V., Goryunov A.V.

ASSESSMENT OF THE PATHOPSYCHOLOGICAL PROFILE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER IN DYNAMICS

MHRC, Moscow, Russia

Keywords: schizotypal disorder, children and adolescents, pathopsychological profile, dynamics

Введение. Среди нарушений психического развития, сопровождающих расстройства шизофренического спектра в детском и подростковом возрасте, следует выделить, как и у взрослых пациентов, ключевые сферы: когнитивные и мотивационно-личностные нарушения. Поскольку у детей и подростков все психопатологические проявления спаяны с развитием ребенка в условиях болезни, то большинство классических психопатологических симптомов являются незавершенными, встречается большая полиморфность симптоматики и многое другое, что обусловлено возрастными факторами [5]. Психологическая оценка патологии развития при психической патологии требует как тонко-дифференцированной, так и интегральной оценки состояния психики для выявления более полноценной картины нарушенного развития. Индивидуальный подход дает возможность патопсихологу использовать те средства, которые доступны ребенку в силу его возрастных особенностей и

психического состояния на момент работы с больным. Разнообразие таких индивидуальных средств во многом нивелируется качественным анализом состояния психической сферы ребенка, который представлен в итоговом заключении специалиста-психолога [1,2,5]. Обращение к этим заключениям оказывается плодотворным, когда мы ищем общие закономерности нарушенного развития при разных вариантах психической патологии, особенно если речь идет о расстройствах круга шизофрении.

В отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ в течение ряда лет совместно с отделом детской психиатрии проводится комплексная оценка психической деятельности детей и подростков с разными видами психической патологии по материалам патопсихологической диагностики с помощью «патопсихологического профиля». Психологические параметры были выделены на основе материалов патопсихологических исследований и заключений, а также выписок из историй болезни; всего было выделено 8 параметров (условные названия «диссоциация», «шизоидность», «интеллектуальное развитие», «произвольная регуляция», «эмоционально-личностная сфера», «мотивация», «инфантильность», «общение», далее в тексте это Д; Ш; ИР; ПР; ЭЛ; М; И; О). Для оценки патопсихологического профиля выделенные параметры сгруппированы по двум важным сферам — интеллектуальной (когнитивные нарушения или сохранность - первые четыре параметра) и мотивационно-личностной (последние четыре параметра). Такой подход аналогичен патопсихологической синдромологии во взрослой клинике шизофрении [4]. Применена трехбалльная шкала, выделенные параметры позволяют без непосредственной опоры на фактические (сырые) данные обследования определить патопсихологический профиль. Такая работа была проведена совместно со Строговой С.Е. и Балакиревой Е.Е. применительно к детям и подросткам со сформированным или формирующимся дефектом при прогрессивном течении болезни. Было показано, что есть ряд параметров (Д, Ш, ЭЛ, И, О), имеющих выраженные нарушения при всех диагнозах круга шизофрении, при этом наиболее связанными с тяжестью заболевания оказались такие параметры, как ИР, ПР и М [3]. Еще одна попытка касалась влияния степени тяжести, возраста начала и длительности заболевания, ведущего синдрома на варианты патопсихологического профиля и проявлений психического дефекта, вывод о котором можно сделать на основании анализа патопсихологического профиля [6].

Цель: анализ патопсихологического профиля детей и подростков с шизотипическим расстройством при наблюдении в динамике.

Материал и методы.

Испытуемые – 28 пациентов 7 клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ (19 мальчиков и 9 девочек) в возрасте от 7 до 18 лет (1 обследование, средний возраст 12,1 лет), и от 11 до 19 лет (2-е обследование средний возраст 14,1 лет) с вариантами шизотипического расстройства (диагнозы по МКБ10 F21.3, F21.4), проходившие патопсихологическую диагностику с интервалом не менее 1 года (интервал от 1 года до 3-х и более лет). Все дети обучались в школе по общеобразовательной программе на момент каждого обследования, незначительная часть детей находилась на индивидуальном обучении.

Методика – качественная оценка патопсихологического профиля по 8 вышеназванным параметрам, отражающим две основные сферы психического развития при эндогенной патологии и представленным в патопсихологическом диагностическом заключении специалиста, проведенном с использованием рекомендованных методик традиционной патопсихологической диагностики в детско-подростковом возрасте. Использована балльная оценка от 0 до 2 (0 – нет нарушений, 1 – легкая степень выраженности, 2 – грубое нарушение), соответственно суммарный балл включительно до 8 считался легким проявлением дефекта, а суммарный балл от 9 до 16 – выраженным. Параметры сгруппированы по двум направлениям: когнитивная и мотивационно-личностная сфера. Возрастной разброс был нивелирован обращением к квалификации нарушений по индивидуальным заключениям. Оценка проводилась как по суммарному баллу, так и по отдельным параметрам каждого блока.

Результаты. Из литературы известно, что шизофрения в детском возрасте чаще встречается у мальчиков, в нашей выборке также мальчиков было больше. Проведено

сравнение материалов первого и повторного обследований отдельно у мальчиков и отдельно у девочек. От первого ко второму обследованию у мальчиков остался неизменным в когнитивной сфере параметр Д, тогда как все остальные параметры когнитивной сферы имели тенденцию к снижению степени выраженности, не достигая статистической достоверности на этой выборке. В мотивационно-личностной сфере у мальчиков от первого ко второму обследованию снизился параметр ЭЛ и И, остальные не изменились. У девочек от первого ко второму обследованию в когнитивной сфере снизились все показатели, только ПР остался неизменным. В мотивационно-личностной сфере у девочек практически не произошло изменений. Сопоставление результатов мальчиков и девочек показывает достоверные различия в когнитивном блоке (девочки лучше) по параметру ПР в первом срезе ($p \leq 0.05$ по критерию Манна-Уитни) и по параметру Ш во втором срезе ($p \leq 0.05$ по критерию Манна-Уитни). В мотивационно-личностном блоке профиля различия достоверны в первом срезе по параметру И ($p \leq 0.05$ по критерию Манна-Уитни), во втором срезе достоверных по суммарному баллу патопсихологического профиля различий не обнаружено.

По суммарному баллу патопсихологического профиля на первом и втором срезе мальчики и девочки различались между собой достоверно ($p \leq 0.01$ по критерию Манна-Уитни), девочки имели более низкий суммарный балл.

Оценка по диагнозам показала, что в первом срезе суммарный балл мальчиков и девочек по патопсихологическому профилю достоверно не выше в группе всех больных с диагнозом F21.4, чем с F21.3, равно как и во втором срезе. Когда больные были разделены по варианту общего балла патопсихологического профиля на минимальный дефект (до 8 баллов включительно), количество детей с обоими диагнозами достоверно не различалось, при этом в группу больных с относительно выраженным дефектом по баллам патопсихологического профиля (от 9 до 16 баллов) вошли только пациенты с диагнозом F21.4. Различия между когнитивным и мотивационно-личностным блоком достоверны у девочек на втором срезе, у мальчиков - достоверные различия на первом срезе ($p \leq 0.05$ по критерию Стьюдента). В обоих случаях степень нарушений в мотивационно-личностном блоке была выше.

Выводы

1. Анализ патопсихологического профиля у детей и подростков с шизотипическим расстройством показывает значение фактора пола: девочки и при первом, и при повторном обследовании показывают лучшие результаты, чем мальчики по обоим блокам отдельно и по общему баллу.

2. Патопсихологический профиль позволяет увидеть степень выраженности нарушений в когнитивной и мотивационно-личностной сферах больных и их динамику на фоне болезни. При шизотипическом расстройстве расстройства мотивационно-личностного блока выше, чем когнитивного.

Литература

1. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. – СПб.: Психологический факультет СПбГУ; М.:Издательский центр «Академия», 2004. – 736с.
2. Зверева Н. В., Горюнов А. В. Место патопсихологического метода в нозологической диагностике первых депрессивных эпизодов в подростковом возрасте //Психиатрия. – 2003. – №. 2. – С. 26-31.
3. Зверева Н.В., Строгова С.Е., Балакирева Е.Е. Оценка патопсихологического профиля у больных шизофренией детей и подростков с формирующимся психическим дефектом // XIV Мнухинские чтения. Международная научная конференция «Роль психических расстройств в структуре школьной дезадаптации», 24 марта 2016 г. Сборник статей / под общей ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. – СПб.: Альта Астра, 2016. – С. 87–92.
4. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М., 2015.
5. Макушкин, Е. В., Симашкова, Н. В., Пережогин, Л. О., & Горюнов, А. В. Шизофрения в детском и подростковом возрасте. //Российский психиатрический журнал. – 2016. – №. 6.

б. Строгова С.Е., Зверева Н.В., Хромов А.И. Клинические характеристики болезни и особенностей патопсихологического профиля при прогрессивной детской шизофрении // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – N 4(39) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 15.10.2021).

Золотова И. А.

ДИАГНОСТИКА УСТАНОВОЧНОГО ОТНОШЕНИЯ К НОВОРОЖДЕННОМУ У ЖЕНЩИН, В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

ЯГМУ, Ярославль, Россия
iazolotova@mail.ru

Ключевые слова: установочное отношение к новорожденному, система «мать-дитя»

Zolotova I.A.

DIAGNOSIS OF THE INSTALLATION ATTITUDE TO THE NEWBORN IN WOMEN, IN THE EARLY POSTPARTUM PERIOD

YAGMU, Yaroslavl, Russia
iazolotova@mail.ru

Keywords: attitude to the newborn, the system of "mother-child"

Введение

Проблема материнства для современного общества остается одной из самых актуальных не только в связи с сохраняющимися негативными демографическими показателями, но и в связи с нарастающей тенденцией изменения семейных стереотипов и семейных ценностей. В связи с изменением возрастной структуры потенциальных родителей, расширяющей репродуктивный потенциал населения, отмечается ухудшение показателей репродуктивного здоровья мужчин и женщин. Мотивационная составляющая наступления беременности носит многофакторный характер, может быть, как конструктивной, так и деструктивной и не может не отражаться на формировании отношения к пренейту и новорожденному ребенку в последующем. Установочное отношение, транслируемое матерью, с первых минут жизни к «пренатальному ребенку» [1], закладывает основу для формирования будущей личности. Как пишет Г.И. Брехман «ребенок еще до рождения обладает эмоциональным восприятием и памятью, находится на постоянной материальной и духовной (корпускулярно-волновой) связи со своей матерью и окружающим миром» [1]. Несмотря на большую значимость проблемы, исследований направленных на изучение особенностей отношения к новорожденному, недостаточно.

Нами было проведено исследование, направленное на изучение особенностей установочного отношения к новорожденному у женщин в раннем послеродовом периоде. С целью изучения установочного отношения к ребенку, формирующегося в онтогенезе материнской сферы, а также неосознаваемых эмоциональных особенностей отношения самой женщины к себе и к собственной матери, нами была использована авторская проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок».

Материал и методы

Представленные результаты получены при проведении четырех серий исследований, проходивших на базе родильных отделений различных медицинских организаций Центрального Региона России в течение 5 лет. Всего в исследовании участвовали 322 респондента: 262 женщины с сохранной репродуктивной функцией в возрасте от 17 до 45 лет (средний возраст — 27,5 лет); 22 женщины с нарушенной репродуктивной функцией, которые забеременели с помощью ЭКО, в возрасте от 25 до 49 лет (средний возраст – 34 года); 87 женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами до 30 недель

гестации в возрасте от 17 до 49 лет (средний возраст – 31 год) и 60 женщин, сознательно отказавшиеся от медицинского сопровождения в период беременности. Исследование проводилось в среднем на 3-4 день после родов. В качестве методологического инструментария были использованы метод полуструктурированного интервью, методика ТОО(р) И.В. Добрякова и проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» И.А. Золотовой. Полученные результаты согласуются между собой, но мы делаем акцент на описании результатов исследования именно проективной методики. Обращение к проективной методике обусловлено задачей акцентировать внимание на неосознаваемых компонентах отношения к новорожденному и к близким- значимым, в лице собственной матери, минуя механизмы психологической защиты, для уточнения особенностей онтогенеза материнской сферы.

Результаты исследования

Нами были выявлены типологические особенности установочного отношения к новорожденному у женщин с проблемами репродукции, у женщин без нарушения репродуктивных функций, в том числе, беременность которых закончилась срочными и преждевременными родами и у женщин, сознательно отказавшиеся от медицинского сопровождения в период беременности.

При описании результатов проективной методики «Моя мама, я и мой ребенок» диагностически значимыми являются следующие содержательные особенности [2]:

1. Ребенок на руках у матери свидетельствует о благоприятной ситуации, отсутствии внутриличностных конфликтов, связанных с состоянием материнства.

2. Изображение ребенка на руках «собственной» матери интерпретируется как отражение нарушения в диадических отношениях «мать-дитя», как бессознательное освобождение себя от «уз материнства».

3. Дистанция между фигурами матери, бабушки и ребенка. Отсутствие на рисунке образов «собственной» матери, себя, как матери или ребенка говорит об очень серьезных нарушениях отношений, вплоть до полного отвержения.

4. Половая и возрастная идентификация «собственной» матери, себя, как матери и ребенка через отражение их образов, в соответствии с реальной жизненной ситуацией.

5. Изображение образов себя - матери, «собственной» матери (бабушки), и ребенка в виде обезличенных, одного размера, возраста и пола фигур свидетельствует о глубоких нарушениях поло-ролевой идентификации.

6. Отказ от рисунка, как неприятие ситуации материнства по различным причинам. Интересующие нас параметры, заданные для интерпретации рисунка, были обработаны с помощью контент-анализа.

Выводы:

1. Обращает на себя внимание то, что более 30 % женщин с сохранной репродуктивной функцией не изображают на рисунке ребенка вовсе, либо прячут его в «коляску». Мы предполагаем, что это отражение внутренней установки на «неприятие» новорожденного. У 29% женщин беременность не была планированной.

2. Изображение ребенка на руках у «себя-матери», как параметр, отражающий полное принятие материнской роли и позитивное установочное отношение к новорожденному, транслируют лишь 19% женщин, с сохранной репродуктивной функцией. 15% женщин разместили «ребенка» в своей проекции, но при этом - руки матери или спрятаны за спину, или, опущены вниз. Поддерживающая позиция новорожденного отсутствует. 10% женщин «перемещают» новорожденного на руки к «собственной» матери. Оставшиеся – 36% «дистанцируют» новорожденного от себя на значительное расстояние. Данное явление может свидетельствовать о нарушении становления материнской сферы в онтогенезе, символическом «отстранении от себя» новорожденного. Обращает на себя внимание, что женщины с нарушением репродуктивной функции в 60% случаях, изображают ребенка на руках у себя – матери. Беременность у данной категории женщин была осознанна и «выстрадана».

3. «Возраст ребенка не соответствует периоду новорожденности». Женщины изображают новорожденного в возрасте 5-6 лет, иногда и в школьном возрасте. Данная особенность выявлена у 56% женщин с сохранной репродуктивной функцией, сознательно отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности [3]. Такая же особенность в изображении «взрослого» новорожденного отмечается у 47% женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами. В первом случае, это может свидетельствовать о неготовности женщин на когнитивном уровне к появлению новорожденного. При проведении полуструктурированного интервью женщины характеризуют беременность, как «несвоевременно» наступившую и мешающую реализации жизненных планов. Во втором случае преждевременные роды, ускорившие появление малыша раньше срока, с одной стороны, отражают неготовность матери к появлению ребенка, с другой стороны, компенсируют желание своевременности родов и опасение возможных проблем с его здоровьем. Гестационный возраст новорожденного варьировал в пределах 26 - 36 недель. Напротив, женщины с нарушенной репродуктивной функцией, в 90% случаев отражают ребенка в периоде новорожденности.

4. Параметры «Схематическое отображение фигур, не отражающих пол и возраст» и «Символическое изображение фигур» наблюдаются достаточно часто у всех категорий респондентов – от 18 до 26%. Наличие этих критериев на рисунке свидетельствует о нарушении поло-ролевой и возрастной идентификации как результате нарушения становления материнской сферы. Несоответствие психологического пола формируется под влиянием конфликтных отношений в родительской семье. Глубинная идентификация с «собственной матерью» играет первостепенную роль в формировании установочного отношения к новорожденному ребенку, и с позиции переосмысления родительских позиций своего собственного детского опыта не всегда несет положительную оценку.

5. Параметр «отсутствие на рисунке образа «собственной матери» выявлен у 14% всех респондентов, которые принимали участие в серии исследований. При проведении полуструктурированного интервью женщины аргументировали это наличием плохих конфликтных отношений с матерью. Лишь у 2% женщин причиной отсутствия образа «собственной матери» на рисунке явилась смерть матери.

Таким образом, проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» позволяют выявлять неосознаваемые компоненты отношений в системе «мать-дитя», минуя механизмы психологической защиты, отражает особенности формирования установочного отношения к новорожденному и может применяться при психологическом сопровождении женщин в перинатальном периоде.

Литература

1.Брехман Г.И. Возрождение родительства – путь к укреплению семьи/Г.И. Брехман//Семья и современный социум, серия: семья и дети в современном мире. Коллективная монография. – СПб.: «Социально-гуманитарное знание», 2017. – 466с.

2.Золотова И.А. Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» в изучении отношения к новорожденному ребенку у женщин, отказывающихся от медицинского сопровождения в период беременности / И.А. Золотова // Экспериментальный метод в структуре психологического знания. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. – С. 725-729.

3.Золотова И.А. Установочное отношение к новорожденному ребенку у несовладающих женщин, отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности / И.А. Золотова, С.А. Хазова // Медицинская психология в России; материалы 1 международной конференции «медицинская психология: исторические традиции и современная практика». Ярославль 2014г.

Инояттов А.А.¹, Бабарахимова С.Б.²

ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

1.Технический институт Ёджи.

2.Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

babaraximova@umail.uz

Ключевые слова: расстройства приёма пищи; подростки; эмоциональные расстройства; суицидальное поведение; самоповреждения

Inoyatov A.A.¹, Babaraximova S.B.²

DIAGNOSTIC OF SUICIDAL RISKS IN ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS

1.Yeoju Technical Institute In Tashkent

2.Tashkent pediatric medical institute

babaraximova@umail.uz

Key words: eating disorders, adolescents, emotional disorders, suicidal tendencies, self-harm

Введение. Расстройства приема пищи, начинающиеся в детском и подростковом возрасте, имеют тяжелые последствия для состояния здоровья подростков в будущем, сопровождаются формированием депрессивной симптоматики и риском развития суицидального поведения [6]. Актуальность проблемы исследования аутодеструктивных действий у подростков с нарушением пищевого поведения вызвана ростом числа суицидальных попыток, обусловленных личностной незрелостью и наличием депрессивной симптоматики у данного контингента пациентов [5]. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями [1]. Возникновению суицидального поведения способствуют дисморфофобические симптомокомплексы, которые проявляются у подростков расстройствами пищевого поведения [5]. Депрессивные состояния, коморбидные с физиологическими нарушениями и физическими факторами в подростковом и юношеском возрасте, повышают риск суицидальных тенденций и суицидальных попыток [2]. По данным исследований Григоренко Е.А для суицидентов - подростков характерны следующие особенности: чрезмерная обидчивость, ранимость; снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам; низкая самооценка; отвержение социальным окружением, чувство ненужности и никчемности; переживание собственной неполноценности, пассивность в разрешении трудных ситуаций [3]. По мнению Н.Ю. Жуковой суицидальное поведение детерминировано развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, межличностных конфликтов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, не связанное с воздействием внешних факторов [4]. **Цель исследования** - изучить риск развития суицидальных тенденций у подростков с нарушениями пищевого поведения для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 52 пациентки в возрасте 15-19 лет, отвечающие 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». Для исследования эмоциональной патологии использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Цунга, для определения степени суицидального риска и особенностей

суицидальных тенденций была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009).

Результаты и обсуждение. На инициальном этапе исследования при оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Цунга тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было. Основную массу 61,5% (32 пациентки) составили исследуемые с легкой степенью депрессии и лишь в 38,5% случаев (20 пациенток) была выявлена депрессия средней тяжести. Депрессивная симптоматика проявлялась тревожно-фобическими расстройствами и соматовегетативными компонентами в виде стойкого снижения аппетита на фоне пониженного настроения и твердой убежденностью пациенток в неполноценности собственных параметров фигуры и несоответствия их мировым стандартам моды и рейтингам популярности. В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущими жалобами были наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Данный тип депрессии сопровождался 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. Однако весь образ жизни был посвящён соблюдению строгих диет, посещению фитнес-центров, стремлению достичь параметров идеальной фигуры и веса. Подростки искали пути к самосовершенствованию и идеальному образу, в ряде случаев у больных в результате отсутствия взаимопонимания с родителями и близкими выявилась склонность к патохарактерологическим реакциям протеста в виде отказа от приёма пищи. Подростки предъявляли претензии к родителям по поводу генетического наследования недостатков фигуры в виде излишней массы тела, крупных размеров груди, широких бедёр, пухлых щек и огромного носа, обвиняли своих родителей в избыточном вскармливании в раннем детстве и чрезмерном употреблении калорий. Жалобы были на недовольство собственной внешностью, тревожные мысли по поводу будущего, негативное восприятие прошлого и настоящего, обида на родителей и окружающих, стремления к одиночеству и уединению. Суицидальные тенденции в этой группе 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 сообществ в Интернете, пропагандирующих культ смерти. 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 Цунга эти больные стремились к одиночеству, избегали помощь со стороны. В 56% случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. Сравнительный анализ мотивов суицидальных мыслей и намерений в данной группе подростков установил их разноплановость и вариабельность. Изучение личностной мотивации суицидальной попытки у девочек-подростков с нарушением пищевого поведения установило, что у 25 (48,08%) лиц она имела демонстративно-шантажный характер, у 10 (19,23%) мотивом был отказ от жизни, у 9 (17,31%) – протест, у 4 (7,69%) – устранение и у 4 (7,69%) обследованных мотивом суицидального поведения оказались месть и призыв. Мотивация суицидального поведения имела преимущественно демонстративно-шантажный характер, реже наблюдались мотивы протеста, призыва и мести.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование риска развития суицидальных тенденций у подростков с нарушениями пищевого поведения установило, что они чаще всего имеют демонстративно-шантажный характер, отличаются нестойкостью и разноплановой мотивацией, формируются совместно с депрессивной симптоматикой. Развитие высокого суицидального риска у подростков с расстройствами пищевого поведения и наличие стойкой депрессивной патологии, утяжеляющей клиническую картину, способствуют нарушению адаптации подростков в окружающем социуме.

Литература

1. Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. Личностные особенности у подростков с депрессивными расстройствами // Новый день в медицине. 2020. – №1(29). – С.109-112.
2. Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. 2020. – №1(39). – С.146-153.
3. Григоренко Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Журнал Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. № 5. С. 40-45.
4. Жукова Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков // Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков». 2017. № 4 (17). С. 27-33.
5. Искандарова Ж.М. Конституционально-личностные особенности девочек при нервной анорексии // Архив внутренней медицины. 2016. №1(S). С.9-10.
6. Сулейманов Ш.Р., Инояттов А.А. Профилактика суицидов у подростков // Антология российской психотерапии и психологии, 2019. – С.166-167

Калантарова М.В., Кочкина К.М.

МЕТОДИКА «РИСУНОЧНОГО ПИСЬМА» В НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЕ

МГППУ, Москва, Россия
ksenyaakoch@yandex.ru
kalantarovamv@mgppu.ru

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, письменная речь, дети дошкольного возраста

Kalantarova M., Kochkina K.

THE METHOD OF PICTURE-WRITING IN NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF SCHOOL READINESS

MGPPU, Moscow, Russia

Keywords: neuropsychological diagnostics, written speech, preschoolers

Введение. Письменная речь – сложный психических процесс, который развивается на базе других высших психических функций, еще не завершивших своего формирования в дошкольном возрасте. Письменная речь играет важную роль в развитии ребенка, но несмотря на это, при обучении чаще всего обращают внимание только на операциональную сторону, то есть технику письма и чтения, упуская из внимания семантический уровень организации данных процессов.

Прежде чем научиться перешифровке мыслей в буквенные ряды, необходимо сформировать навык выражения мыслей более привычными знаково-символическими средствами [4, 5]. Особое место здесь занимает рисунок. Рисунок рассматривается как выраженное в графической форме представление ребенка о предмете или ситуации. Именно в рисунке проще всего отобразить зрительный предметный образ-представление, являющийся чувственной основой слова. В рисунке также можно выделить смыслоотличительные детали означаемого, определить характер отношений предметов и объектов между собой, задать последовательность изложения. Опора на рисунок позволяет сформировать пространственные представления организации письма и осознанное отношение к письменной речи.

Методы исследования.

1. Комплексная нейропсихологическая диагностика детей дошкольного возраста по методике экспресс-диагностики по Л.С. Цветковой.
2. Методика «Пиктограмма» на опосредованное запоминание (А.С. Лурия) Методика использовалась для анализа способности графически зашифровать слова-стимулы, при этом

процедура проведения, а также инструкция были заимствованы из классической пробы на опосредованное запоминание.

3. Методика Цветковой Л.С. на дорисовывание фигур до объектов класса по слову-наименованию «Курица-петух-цыпленок»

4. Модифицирована методика «Рисуночного письма» А.Г. Асмолова, А.В. Цветкова, [1]. Настоящая методика направлена на исследование способности перешифровки материала, представленного вербально – в рисунок. В оригинальной версии методики использовались только предложения, в настоящем исследовании перешифровка предлагалась на разных уровнях лингвистической организации (слово/предложение/текст). Слова-стимулы: существительные – шкаф, доктор, врач; глаголы – качаться, кипеть, заходить; прилагательные – сладкий, холодный, острый; Предложения – «Хлеб лежит на столе», «Мальчик упал на траву»; Текст – «Хитрая лиса». Основная инструкция: «Я тебе сейчас прочитаю слово (прочитаю предложение/текст), а ты его нарисуешь. Буквы и цифры писать нельзя». Критерии оценки: выделение существенных признаков предметов; выделение признаков движения в изображении глаголов; схематичность/точность; абстрактность/конкретность; адекватность изображения; количественный анализ фразы; выделение центрального конфликта сюжета фразы/рассказа.

Выборка. В исследовании принимали участие 12 детей подготовительной группы детского сада. 9 девочек и 3 мальчика, из них 9 детей на момент исследования достигли семилетнего возраста, другим трём было по 6 лет.

Результаты. В ходе комплексной нейропсихологической диагностики у четырех детей дошкольного возраста был выявлен высокий уровень развития ВПФ. Они показали отличные результаты при выполнении большинства методик. Однако у части дошкольников были выявлены различные нейропсихологические дефициты, такие как недостаточность сформированности нейродинамического фактора, слабость фонематического слуха и кинестетического праксиса, слабость саморегуляции и самоконтроля.

Данные дефициты сочетаются с симптомами, наблюдавшимися при выполнении других методик.

1. При воспроизведении слов в методике «Пиктограмма» у некоторых детей возникают ошибки по типу вербальных парафазий (замена слов, близких по семантическому полю), а также - редукции прилагательных в словосочетаниях.

2. Успешность выполнения методики «Курица-петух-цыпленок» прямо пропорциональна количеству правильных ответов в методике «Четвертый лишний». Также необходимо отметить, что дети, имевшие трудности с выделением отличительных признаков объектов, в пробе на слухоречевую память «Две группы по три слова» верно воспроизводили слова только с третьего раза.

3. «Рисуночное письмо» слова обнаруживает трудности у детей дошкольного возраста в графическом отображении глаголов, отражающих активное действие. Изображение предложения демонстрирует незрелые механизмы количественного анализа фразы в старшем дошкольном возрасте

4. При отображении в рисунке рассказа, дети, преимущественно, старались выделить центральный конфликт сюжета. Однако двое детей последовательно отображали действия рассказа, расположив изображения в одну строку. Всем детям был понятен смысл и центральный конфликт сюжета рассказа. Была выявлена взаимосвязь между устным и графическим пересказами. У четырех детей устный пересказ представлял связное и целостное монологическое высказывание, а графический - сюжетную картинку. При этом дети, для которых устный пересказ оказался доступным только с опорой на стимулирующие вопросы со стороны психолога, в графическом пересказе изобразили только главных героев повествования.

5. Дети с развитой познавательной активностью и хорошо сформированными механизмами распознавания и выражения эмоций, в рисунке старались отобразить не только героев и сюжет, но и передать эмоциональное состояние персонажей. Так, при графическом

пересказе «Хитрая лиса», изображали улыбку у лисы и грусть у собаки, а при изображении предложения «Мальчик упал на траву» - грустное лицо и слезы на лице мальчика.

Таким образом, дети, развитые по высоким границам нормы, способны выделить признаки движения при изображении глаголов, важные отличительные признаки в пробах «Курица-петух-цыпленок» и «Пиктограмма», изобразить рассказ в виде сюжетной картинке, а также расположить рисунки в горизонтальном пространстве. Однако дошкольники с различными нейропсихологическими дефицитами показали трудности в выделении смыслоотличительных деталей, несформированность предикативной стороны речи, а также невозможность развернутого отображения рассказа в рисунке.

Резюме. Данные настоящего пилотажного исследования позволяют ставить вопрос о широких разрешительных возможностях методики рисуночного письма в оценке предпосылок развития семантического уровня письменной речи и открывают перспективы дальнейшего изучения вопроса.

Литература

1. Асмолов А.Г., Цветков А.В. Методика изучения знаково-символической деятельности у детей разных возрастных групп // Современные гуманитарные исследования. М., 2005.
2. Выготский Л.С. Мышление и речь. М.: Лабиринт, 1999. — 352 с.
3. Лурия А.Р. Письмо и речь: Нейролингвистические исследования: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 345 с.
4. Ляудис В. Я., Негурэ И. П. Психологические основы формирования письменной речи у младших школьников. — Кишинев: Штиинца, 1983. — 87 с.
5. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект. Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. — М: Просвещение, Учебная литература, 1995. — 304 с.
6. Цветкова Л.С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. — М.: «Юристъ», 1997. — 256 с.

Калантарова М.В., Морозова М.А.

К ВОПРОСУ О РОЛИ НЕПРОИЗВОЛЬНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО ВНИМАНИЯ В УСПЕШНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТАБЛИЦ ШУЛЬТЕ ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
mari_morozova1811@mail.ru

Ключевые слова: внимание, антиципация, зрительное восприятие, особенности внимания у детей, младший школьный возраст.

Kalantarova M.V., Morozova M.A.

TO THE QUESTION OF THE ROLE OF INVOLUNTARY VISUAL ATTENTION IN THE SUCCESS OF THE SCHULTE TABLES BY CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE

Moscow State Pedagogical University, Moscow, Russia
mari_morozova1811@mail.ru

Keywords: attention, anticipation, visual perception, peculiarities of attention in children, primary school age.

Введение

Внимание участвует в протекании любых психических процессов, обеспечивает их селективность и избирательность. Модально-специфические формы внимания теснейшим образом связаны с восприятием в той же модальности. Зрительное восприятие представляет собой совокупность процессов построения зрительного образа мира на основе сенсорной

информации, получаемой с помощью зрительной системы. Период от старшего дошкольного до младшего школьного возраста рассматривается как сензитивный для развития целостного восприятия изображений и сложных объектов. Формируются более сложные перцептивные действия, механизм соотнесения образа с эталоном и создание предпосылок для построения адекватных образов различных объектов [2,6].

Внимание, как высшая психическая функция, также связана с процессом антиципации. Антиципация - это универсальная функция мозга, отражающая способность организма действовать с определенным временно-пространственным упреждением в отношении ожидаемого события. (Б.Ф. Ломов, Е.Н. Сурков). Антиципация включает избирательность средовых воздействий, направленность активности, поведения. Антиципация выступает как некий компонент восприятия. Механизмы предвосхищения в процессе соотнесения с окружающей средой видоизменяются и направляют последующий процесс восприятия, так что оно приобретает свойство избирательности [3]. Согласно мнению Г.К. Ушакова, антиципационные механизмы в виде способности ребенка активно предвосхищать события формируются при нормативном развитии к 11 годам. [3,4]

Материал и методы

В ходе исследования использовались экспресс-методика нейропсихологического обследования детей по Л.С. Цветковой (2002 г.); таблицы Шульте; корректурная проба Бурдона; проба на произвольное внимание.

Для исследования произвольных функций внимания была специально разработана процедура «случайного» краткосрочного предъявления карточек с изображением в начале проведения обследования. Карточки для проведения пробы на произвольное внимание были взяты из альбома «Экспресс-методика нейропсихологической диагностики детей» Л.С. Цветковой. Стимульный материал представлял собой изображения подсолнуха и слона. Перед началом нейропсихологического обследования карточки с рисунками выкладывались на стол психолога слева от места ребенка. На другом краю стола находились канцелярские принадлежности и часть, приготовленных для обследования методик. Нахождение предметов на столе психолога с ребенком никак не обсуждалось. В начале выполнения первого задания стимульный материал изымался из поля видимости ребенка. В конце обследования (в среднем обследование длилось 40 минут) психолог обращался к ребенку с вопросом: «Когда мы начали, на столе лежали картинки. Помнишь, что на них было нарисовано?». Оценивалось количество верных ответов.

Таблицы Шульте использовались для исследования устойчивости внимания, его объема и распределения между объектами. При этом важным критерием была оценка истощаемости внимания. Стимульный материал, процедура обследования, инструкция, система оценивания результата - стандартные. Оценивалось время выполнения одной карточки и среднее время выполнения пяти карточек.

Обработка количественных результатов проводилась с использованием программы статистической обработки данных SPSS с применением непараметрических статистических критериев Манна-Уитни и Спирмена.

В исследовании приняли участие 18 учеников 2-3 классов МБОУ Хотьковская СОШ №1 - 9 девочек и 9 мальчиков 8-10 лет (8-9 лет - 13 человек, 10 лет - 5 человек). Школьная успеваемость не оценивалась.

Результаты

При разделении участников эксперимента на группы по полу различия в показателях устойчивости и переключаемости внимания между мальчиками и девочками обнаружено не было. Однако между группами детей в возрасте 8-9 и 10 лет были выявлены значимые различия по параметрам как произвольного, так и произвольного внимания.

По результатам воспроизведения «случайно» представленной картинки в начале исследования различия в двух группах оказались статистически значимыми ($U_{Эмп} = 9$). Дети в группе 10 лет успешнее справились с предложенным заданием.

По результатам выполнения пробы «таблицы Шульте», направленной на оценку параметров произвольного внимания, дети 10 лет быстрее справились с выполнением поставленной задачи, чем дети 8-9 лет.

Важно отметить, что не было получено значимых различий между детьми разного возраста и разного пола по результатам выполнения корректурной пробы Бурдона. Также не было получено статистически значимой связи между пробами Бурдона и таблицами Шульте. При этом была выявлена положительная корреляционная связь между показателями скорости выполнения таблиц Шульте и пробой на произвольное внимание ($r=0,03$). Возможно, это объясняется организацией стимульного материала таблиц Шульте. Во-первых, в таблице нет лишних элементов и их количество значительно уступает количеству элементов в бланке корректурной пробы Бурдона. Во-вторых, все элементы подчиняются понятной последовательности, в соответствии с которой их и необходимо привести, согласно инструкции. Поиск нужного числа в таблице Шульте опирается на ранее усвоенную программу. Таким образом, при достаточно сформированных процессах периферического зрительного восприятия и произвольного внимания, место элемента таблицы, который еще только предстоит указать и назвать, может быть уже предвосхищено.

Резюме

Успешность выполнения таблиц Шульте в младшем школьном возрасте может зависеть не только от сформированности параметров произвольного внимания. Процесс последовательного нахождения чисел также опирается на произвольное внимание, механизмы антиципации и зависит от зрелости зрительного восприятия. Данные настоящего пилотажного исследования открывают перспективу изучения произвольного внимания в условиях периферического зрительного восприятия, как составляющей процессов направленного зрительного анализа.

Литература

1. Ахметзянова А.И. Специфика антиципации младших школьников в условиях дефицитарного дизонтогенеза. / А.И.Ахметзянова //Проблемы современного педагогического образования. Серия: Педагогика и психология. - 2017. - № 56 (7). - С. 268-280.
2. Григорьева Л. П. Развитие восприятия у ребенка [Текст] / Л.П. Григорьева, М.Э. Бернадская, И.В. Блинникова, О.Г. Солнцева. – М.: Школа – Пресс, 2001.
3. Купцова А.М., Зиятдинова Н.И., Зарипова Р.И., Зефирова Т.Л. Физиологические основы внимания. Развитие внимания у детей и подростков.: Казань, КФУ, 2017. - 35 с.
4. Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н. Антиципация в структуре деятельности. - М. : Наука, 1980. - 279 с
5. Оконешникова А. В, Чапогир Л. С. Особенности внимания младших школьников и пути развития их произвольного внимания // European research. 2016. №1 (12).
6. Осадчук А.С. Коррекция зрительного восприятия детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития на индивидуальных занятиях дефектолога.: Челябинск, 2017. - 90 с.

Карабко М.Д., Калантарова М.В.

К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ СОМАТОГНОЗИСА И ОПТИКО-ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ СЧЕТА И СЧЕТНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Московский Государственный Психолого-Педагогический Университет, Москва, Россия
mkarabko@mail.ru

Ключевые слова: соматогнозис, оптико-пространственные функции, счет, младшие школьники

Karabko M.D., Kalantarova M.V.

EXPLORING THE PECULIARITIES OF SOMATOGNOSIS, OPTICAL-SPATIAL FUNCTIONS IN CHILDREN WITH IMPAIRED CALCULATION AND DIFFERENT COUNTING OPERATIONS

Moscow State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russia

mkarabko@mail.ru

Keywords: somatognosis, optical-spatial functions, counting operations, junior schoolchildren

Введение. Распространенность трудностей формирования счета и счетных операций составляет у детей примерно 5—7% по популяции. Нарушения формирования счета выражаются в трудностях усвоения понятия числа, понимания математических символов, в трудностях усвоения программы математических операций и действий. [3, 5, 6]. Нейропсихологические исследования проблемы, с одной стороны, направлены на оценку функций лобных долей и зоны ТРО. В младшем школьном возрасте третичные зоны коры развиты недостаточно и продолжают свое функциональное развитие параллельно школьному обучению. Это заставляет обратить внимание на предпосылки формирования квазипространственных представлений. В настоящей работе предпринята попытка рассмотреть процесс формирования счета у младших школьников в связи с особенностями их соматогнозиса и оптико-пространственных функций.

Материал и методы. Исследование состояло из двух частей: комплексное нейропсихологическое экспресс-обследование Л.С. Цветковой (2002г.) и собственно исследование уровня сформированности соматогнозиса, оптико-пространственных функций, счета и счетных операций. [1, 2, 5, 4]

Для изучения уровня сформированности интересующих нас функций были применены следующие методики.

Соматогнозис:

1. показ частей тела
2. проба Ферстера

Оптико-пространственные функции:

1. проба Хэда
2. рисование плана помещения
3. рисование объемных фигур (дом, стол)
4. слепые часы
5. задания на определения уровня развития квазипространственных представлений

Счет и счетные операции:

1. анализ тетрадей для контрольных работ по математике
2. определение разряда числа
3. произведение вычислительных операций
4. решение составных арифметических задач (предлагалось 2 задачи)
5. самостоятельное составление арифметических задач по аналогии

Выборка. В пилотажном исследовании приняли участие 14 мальчиков и девочек 8-9, лет, учащихся 2 класса «Образовательного Центра Протон».

Результаты. По результатам синдромного анализа учащиеся распределились на следующие группы: 4 ребенка с дефицитом функций I блока мозга, 1 учащийся с дефицитом функций II блока мозга левого полушария, 3 ребенка с дефицитом функций III блока мозга, у 4 детей смешанный тип дефицита функций. Ещё 2 ребенка, у которых не один вариант дефицита функций не проявился.

Среди заданий на изучение оптико-пространственных функций наибольшие трудности вызвало рисование плана классной комнаты. С ним не справились 11 человек, также наблюдались затруднения рисование стола. У четырех школьников были выявлены стойкие трудности по типу зеркальности. Ошибки во всех заданиях на оптико-пространственные

функции допустили двое детей, ни один ребенок не справился успешно со всеми пробами этого ряда. Задание на показ частей тела успешно выполнили 6 человек, а «пробу Ферстера» - только трое. Большинство детей успешно решили обе арифметические задачи (11 человек), 3 человека решили только одну задачу. При этом, только четверо детей успешно придумали две задачи по аналогии. Примерно треть группы (5 человек), придумали задачи с теми же числами, что и в предъявленных, заменив лишь предметы подсчета. Еще один ребенок не справился с заданием целиком.

Резюме. В младшем школьном возрасте недостаточный уровень сформированности мануального и конструктивного праксиса, тактильного гнозиса, соматогнозиса и оптико-пространственного восприятия могут лежать в основе трудностей формирования счета. При этом, у детей 8-9 лет с трудностями формирования счета несформированность оптико-пространственных функций и представлений о собственном теле являются относительно стойкими и не встречаются изолировано.

Литература

1. Иванов М. В. – Пространственные представления при нормативном и нарушенном развитии // Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского. 2012. № 28. С. 1245–1248.
2. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: Академический проект, 2000. – 512 с.
3. Цветкова Л.С. Нейропсихологии счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. -- М.: «Юристъ», 1997. – 256 с.
4. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Формирование представлений о схеме тела у дошкольников и младших школьников. Изд-во Айрис-Пресс, 2005, 96 стр.
5. Цветкова Л.С., Семенович А.В., Котягина С.Н., Гришина Е.Г., Гогберашвили Т.К. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: Учебное пособие; Под ред. Л. С. Цветковой. М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001.
6. Johnsen F. Spesifikke matematikkvanser. Medfødte matematiske evner, og noen iraplikasjoner i forhold til spesifikke matematikkvanser // Skolepsykologi. 2000. 7. P. 21–30.

Каримулина Е.Г., Шамалова Я. А.

ВОСПРИЯТИЕ БАЗОВЫХ ЭМОЦИЙ ДЕТЬМИ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

МГППУ, Москва, Россия, karimulina@list.ru

Центр особых детей «Лучик», г. Балашиха, Россия, yasana2006@mail.ru

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, восприятие базовых эмоций, модальная специфика

Karimulina E.G., Shamalova Ya.A.

PERCEPTION OF BASIC EMOTIONS IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

MSUPE, Moscow, Russia

Center for children with special needs "Luchik", Balashikha, Russia

Keywords: autism spectrum disorders, perception of basic emotions, modal specificity

Нарушение социального взаимодействия является одним из центральных расстройств в триаде характеризующих аутизм признаков. Нарушения восприятия эмоций окружающих людей обуславливают трудности социализации данной категории детей [1]. Во все большем количестве исследований сообщается о своеобразии распознавания эмоций по лицевой экспрессии и нарушениях лицевого восприятия (лицевого гнозиса) при расстройствах аутистического спектра (РАС). Исследования идут в направлении изучения зрительного восприятия и распознавания нарушений оценки лицевой экспрессии детьми с РАС [1-6].

Изучаются разные аспекты восприятия, во-первых, как специфика нарушения распознавания эмоций связана со способностью к восприятию лица при РАС. Было показано, например, что у подростков с РАС обнаруживался дефицит распознавания негативных выражений лица, что коррелировало как с дефицитом восприятия лица, так и со степенью проявлений социальных нарушений. Дефицит распознавания эмоций оставался после коррекции восприятия различных параметров лица, т.е. было показано, что имеются специфические нарушения распознавания эмоций по лицевой экспрессии при РАС. Во-вторых, изучается точность восприятия эмоций в зависимости от возрастающей степени предъявляемой эмоциональной напряженности, знака и характера эмоций, например, оценка эмоций от нейтральной к выражению полного счастья, печали, удивления, гнева, отвращения или страха. Детям с РАС и с нормотипичным развитием было легче идентифицировать относительно полно выраженные эмоции. Разные эмоции имели разные пороги идентификации в норме и при РАС, дети с РАС демонстрировали избирательность восприятия эмоций. Детям с РАС обычно требовались стимулы со значительно большей интенсивностью для правильного определения выражений гнева, отвращения и страха. В-третьих, изучается влияние зрительного напряжения на восприятие эмоций. Вегетативная реактивность на зрительный контакт может мешать обработке и идентификации лица и эмоций у некоторых детей с РАС. Суждения об эмоциональной интенсивности значительно улучшились с добавлением предпочтительного цветового оттенка в группе РАС, что соответствует связи между зрительным напряжением и нарушениями в обработке выражений лица у людей с РАС. Таким образом, исследования нарушений эмоционального восприятия относятся преимущественно к зрительному восприятию [3-6], остается малоизученным фактор влияния «канала» восприятия эмоций: зрительный, слуховой или тактильный анализатор включен в анализ и оценку эмоционального переживания другого человека.

Цель исследования: изучение специфики развития восприятия базовых эмоций детьми с РАС при предъявлении стимулов разной модальности (на слух, зрительно, тактильно). **Объект** исследования - восприятие базовых эмоций младшими школьниками с РАС. **Предмет** исследования - восприятие базовых эмоций младшими школьниками с РАС в разных каналах восприятия. **Гипотеза исследования:** дети с РАС в целом испытывают трудности в идентификации эмоций по сравнению со своими нормально развивающимися сверстниками. Восприятие базовых эмоций детьми с РАС имеет модально-специфические особенности. Идентификация эмоций у младших школьников с расстройством аутистического спектра с опорой на разные модальности восприятия (на слух, зрительно, на ощупь) имеет различную эффективность. Продуктивность восприятия эмоций различается по модальностям.

База исследования: Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с РАС, Школьно-дошкольное отделение «РАСсвет»; МБОУ городского округа Балашиха «Гимназия №2». **Экспериментальная группа:** 15 школьников (мальчики) в возрасте от 8 до 11 лет (средний возраст 9,8 лет) с РАС без умственной отсталости, обучающиеся по программе АООП 8.1. **Контрольная группа:** 15 школьников (мальчики) в возрасте от 8 до 11 лет (средний возраст 9,8 лет) - ученики массовой школы.

Для диагностики идентификации базовых эмоций детьми использовались следующие **методы:**

1. Методика Е.И. Изотовой «Эмоциональная идентификация – зрительный вариант» (модифицированная методика для диагностики продуктивности зрительного восприятия). В методике использовались 9 фотографий лиц детей с разными эмоциональными состояниями (радость, грусть, гнев, страх, отвращение, удивление). В наборе 6 основных и 3 дублирующих фотографии (радость, грусть, страх).

1 этап. Методика выявляет сформированность процесса опознания, восприятия и понимания эмоциональных состояний по фотографиям, поочередно предъявляемых испытуемому. В диагностике предусмотрена помощь ребенку (обращение внимания ребенка на черты лица) и 2 попытки для правильной визуальной идентификации. Также проверяется понимание контекста ситуации с данной эмоцией. Фотографии предъявлялись ребенку по

одной, дублирующие эмоции чередовались. Первой использовалась легко идентифицируемая эмоция (радость, печаль).

2 Этап. Определение объема эмоционального опыта и эмоциональных представлений. На втором этапе применяется набор из фотографий и пиктограмм 6 эмоций (радость, печаль, гнев, страх, отвращение, удивление). Перед ребенком ставится задача подобрать к разложенным перед ним 6 фотографиям соответствующую пиктограмму. Фиксируется адекватность выбора, перемещение пиктограмм при обнаружении ошибки идентификации (по мнению ребенка).

2. Методика «Эмоциональная идентификация – слуховой вариант» (авторская методика Е.Г. Каримулиной, разработчик Шамалова Я.А.). Методика направлена на узнавание и дифференциацию базовых эмоций на слух. Ребенку поочередно предъявляются аудиозапись звуков, которые он должен идентифицировать и соотнести с соответствующей эмоцией (радость, грусть, злость, страх, удивление, отвращение). На прослушивание одной эмоции выделяется фиксированное время - 15 секунд. Ребенку предоставляются 2 попытки. В процессе выполнения задания фиксировалась точность идентификации эмоции и количество используемых попыток.

3. Методика «Эмоциональная идентификация – тактильный вариант» (авторская методика Е.Г. Каримулиной, разработчик Шамалова Я.А.). Методика направлена на узнавание и дифференциацию базовых эмоций на ощупь. Ребенку поочередно предъявляются маски-муляжи с изображением 6 базовых эмоций (радость, грусть, злость, страх, удивление, отвращение), которые он должен опознать, «изучая» их только при помощи рук без зрительного контроля. Время для узнавания одной эмоции 2 минуты. При затруднениях, однозначных ответах, ребенку предлагается помощь (обращение внимания ребенка на линию губ, бровей, переносицы, глаз). В процессе выполнения фиксируется оказание помощи, ее принятие, точность идентификации, особенности тактильного восприятия, на какие признаки опирался ребенок при исследовании.

4. Методика «Азбука настроений» Н.Л. Белопольской, модифицированная Ж.М. Глозман «Идентификация эмоционального состояния» (выбор картинки с аналогичной эмоцией).

Полученные в эксперименте результаты о различиях в идентификации эмоций в условиях разномодального восприятия у детей с РАС позволили сделать следующие выводы о восприятии эмоций детьми с РАС:

1. Идентификация эмоций в условиях предъявления стимулов разной модальности (на слух, зрительно, тактильно) показала, что дети с РАС испытывают значительные трудности при восприятии эмоций (различия значимые по совокупности методик).

2. Идентификация эмоций с использованием разных модальностей восприятия имеет неравномерный характер у всей выборки детей: лучше всего дети идентифицируют эмоции на слух, затем зрительно, самые низкие результаты получены при тактильном способе идентификации эмоций.

3. Идентификация базовых эмоций детьми с РАС в условиях зрительного восприятия затруднена по сравнению с детьми нормативной группы (значимые различия).

4. Идентификация базовых эмоций младшими школьниками в условиях тактильного восприятия по сравнению с условиями зрительного и слухового восприятия имеет самые низкие показатели. При этом у детей с РАС показатели эффективности самые низкие (но различия статистически незначимые).

5. Идентификация эмоций на слух имеет высокую эффективность в обеих группах и не выявляет значимых отличий у детей с РАС.

6. Выявлена положительная возрастная динамика (методом срезов) идентификации эмоций в условиях тактильного восприятия у всей выборки детей (значимые результаты).

7. С учетом полученных результатов можно говорить о необходимости в коррекционной программе предусматривать опору на слуховые стимулы, обозначающие основные эмоции, для улучшения параметров зрительного восприятия и оценки эмоций.

Литература

1. Климась Д.Г., Бардышевская М.К. Развитие регуляции эмоций у детей 6-10 лет с РАС. – Вестн. Моск. Ун-та, серия 14 «Психология», 2007. № 2
2. Hayes G., McLennan S., Henry J., Phillips L. et all. Task characteristics influence facial emotion recognition age-effects: A meta-analytic review - Psychol Aging. 2020 Mar; 35(2): 295-315. doi: 10.1037/pag0000441. Epub 2020 Jan 30
3. Joseph R., Ehrman K., Affective response to eye contact and face recognition ability in children with ASD - J Int Neuropsychol Soc. 2008 Nov;14(6):947-55, doi: 10.1017/S1355617708081344
4. Song Y., Nakoda Y. Selective Impairment of Basic Emotion Recognition in People with Autism: Discrimination Thresholds for Recognition of Facial Expressions of Varying Intensities - J Autism Dev Disord, 2018 Jun; 48(6):1886-1894, doi: 10.1007/s10803-017-3428-2
5. Whitaker L., Jones C., Wilkiins A., Roberson D. Judging the Intensity of Emotional Expression in Faces: the Effects of Colored Tints on Individuals With Autism Spectrum Disorder - Autism Res., 2016 Apr; 9(4): 450-9. doi: 10.1002/aur.1506. Epub 2015 Jun 8.
6. Yeung M., Lee T., Chan A., Impaired Recognition of Negative Facial Expressions is Partly Related to Facial Perception Deficits in Adolescents with High-Functioning Autism Spectrum Disorder - J Autism Dev Disord. 2020 May; 50(5):1596-1606. doi: 10.1007/s10803-019-03915-3.

Кислых А.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ПОДРОСТКОВ С ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Алтайский государственный университет, Барнаул, Россия
kislykh1994@mail.ru

Ключевые слова: сахарный диабет, хроническое эндокринное заболевание, подростковый возраст, жизнестойкость

Kislykh A.

RELATIONSHIP OF ADOLESCENT RESILIENCE AND COPING STRATEGIES TO INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS

Altai State University, Barnaul, Russia
kislykh1994@mail.ru

Keywords: diabetes mellitus, chronic endocrine disease, adolescence, resilience

Введение

Настоящее исследование посвящено изучению взаимосвязей между компонентами жизнестойкости и копинг-стратегиями подростков с инсулинозависимым сахарным диабетом.

Сахарный диабет является эндокринным хроническим заболеванием, способным повлиять на эмоциональное состояние и настроение человека. Данное заболевание может проявиться в любом возрасте, но чаще всего манифестирует в детском и подростковом возрасте. На протяжении последних десятилетий отмечается рост количества заболевших сахарным диабетом 1 типа. В настоящее время остро стоит и приобретает все большую актуальность вопрос распространенности сахарного диабета во всех возрастных категориях. Наблюдается систематическое увеличение числа заболевших среди детей и подростков [3].

Сахарный диабет создает для человека психологически особые жизненные условия. Формируется совершенно новый образ жизни, который должен принять больной и члены его семьи. Болезнь способна нарушить намеченные планы, ограничить круг интересов, внести изменения в процесс коммуникации и взаимодействия с окружающим миром [2].

Подростковый период – кризис возрастного развития, в процессе которого происходят существенные изменения организма. Эти изменения могут привести к сильным

эмоциональным реакциям и протестному поведению. Тяжелое хроническое заболевание накладывает определенные ограничения, которые влияют на качество и образ жизни подростков.

Психологические особенности подростков с сахарным диабетом были рассмотрены в работах Л.Б. Павловой, И.Л. Коломиец, Е.Г. Щукиной, Е.С. Цветковой, Д.А. Якоби, Е.А. Бибиковой, М.В. Шамардиной, И.А. Ральниковой, Э.Н. Рахматуллиной, О.В. Гурович, Л.И. Стахурловой, Г.И. Снегиревой [3].

Подростки задаются вопросом, почему это случилось именно с ними, и не могут абстрагироваться от подобных мыслей. Длительное развитие подобной стрессовой ситуации может сказаться на снижении показателей жизнестойкости подростков с сахарным диабетом [1]. Чтобы сохранять стабильность эмоционального состояния в подобных тяжелых переломных жизненных ситуациях, представляется значимым развитие совладающего поведения и адекватных социуму копинг-стратегий [4].

Материалы и методы исследования

Цель работы - изучить взаимосвязь компонентов жизнестойкости и копинг-стратегий подростков с сахарным диабетом 1 типа.

Объект исследования - жизнестойкость и совладающее поведение личности.

Предмет исследования - жизнестойкость и совладающее поведение подростков с сахарным диабетом.

Методы исследования:

2. Эмпирические методы — анкетирование и тестирование.

3. Математико-статистические методы обработки эмпирических данных: непараметрический корреляционный анализ Спирмена для изучения взаимосвязи между исследуемыми параметрами с использованием программного пакета «SPSS» 22.0.

4. Методики: тест жизнестойкости С. Мадди (использовался в целях изучения особенностей компонентов жизнестойкости подростков с сахарным диабетом 1 типа), копинг-тест Р. Лазаруса (в работе был применен для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности подростков с сахарным диабетом).

Выборка. В исследовании приняли участие 30 подростков с сахарным диабетом 1 типа в возрасте 12—16 лет.

Результаты

Корреляционный анализ Спирмена пространства копинг-стратегий и пространства жизнестойкости позволил выявить положительную взаимосвязь шкалы жизнестойкости «Контроль» и шкалы копинг-стратегий «Самоконтроль» ($r=0,69$, $p<0,05$). Так, убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован, положительно связана с копинг-стратегией самоконтроля, которая предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию.

С помощью непараметрического корреляционного анализа Спирмена пространства жизнестойкости и пространства копинг-стратегий получена положительная взаимосвязь шкалы жизнестойкости «Контроль» и шкалы копинг-стратегий «Принятие ответственности» ($r=0,59$, $p<0,05$). Убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован, выше, когда реализуется стратегия принятия ответственности, которая предполагает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения.

С помощью корреляционного анализа пространства копинг-стратегий и пространства жизнестойкости выявлена положительная взаимосвязь шкалы копинг-стратегий «Бегство-избегание» и шкалы жизнестойкости «Контроль» ($r=0,77$, $p<0,05$). Убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно

и успех не гарантирован, положительно связана со стратегией бегства-избегания, которая предполагает попытки преодоления подростками негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п.

Корреляционный анализ Спирмена пространства копинг-стратегий и пространства жизнестойкости позволил выявить положительную взаимосвязь шкалы жизнестойкости «Принятие риска» и шкалы копинг-стратегий «Положительная переоценка» ($r=0,64$, $p<0,05$). Так, убежденность подростков в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, повышается, когда реализуется копинг-стратегия положительной переоценки. Она предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволяет говорить о том, что такие компоненты жизнестойкости как «Вовлеченность», «Контроль» и «Принятие риска» связаны при помощи значимых положительных корреляционных связей с копинг-стратегиями «Самоконтроль», «Принятие ответственности», «Бегство-избегание», «Положительная переоценка» в группе подростков с инсулинозависимым сахарным диабетом. У подростков с сахарным диабетом убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего выше, когда они реализуют попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, признают свою роль в возникновении проблемы и ответственности за ее разрешение, предпринимают попытки преодоления негативных переживаний в связи с трудностями за счет отвлечения, отрицания проблемы, фантазирования, положительного переосмысления.

Литература

1. Ашихмина Ю.В. Жизнестойкость как ресурс совладения со стрессом // В сборнике: Психология экстремальных ситуаций: человек в меняющемся мире материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2014. С. 12-19.
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуации и психологическая защита // Психол. журн. 1994. Т. 14. № 2.
3. Гурович О.В., Стахурлова Л.И., Снегирева Г.И., Доценко А.В. Отдельные психологические характеристики подростков с сахарным диабетом 1 типа // Современная медицина: актуальные вопросы: сборник статей по материалам III Международной научно-практической конференции. Новосибирск, 2012. С.52-57.
4. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) // Казань: Изд-во ИП Тухтаров, 2003.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Алтайского государственного университета в рамках научного проекта «Построение жизненной перспективы лицами подросткового возраста с сахарным диабетом 1 типа».

Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АУТИЗМА И ШИЗОФРЕНИИ В ДЕТСТВЕ – СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ МГППУ, Москва, Россия

koval-zaytsev@yandex.ru

nikitina.svt@mail.ru

Ключевые слова: аутизм, детская шизофрения, клинико-психологическая диагностика

Koval-Zaytsev A.A., Nikitina S.G.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF AUTISM AND SCHIZOPHRENIA IN CHILDHOOD - A COMPARATIVE ASPECT

FSBSI MHRC, FSBEI MSUPE, Moscow, Russia

koval-zaytsev@yandex.ru

nikitina.svt@mail.ru

Keywords: autism, childhood schizophrenia, clinical and psychological diagnostics

Введение. Изучение различных форм аутизма и шизофрении в детстве, их своевременная диагностика являются активным предметом спора различных специалистов, изучающих данные состояния. До сих пор не решен вопрос, возможна ли дифференцировка этих нозологий, учитывая скудность клинической картины, бурный рост и формирование нейронных связей у ребенка, широкий возрастной охват групп исследований, трудности с оценкой клинико-психологической диагностики. Кроме того, интерес вызывает сами нозологии: либо это единое заболевание, либо это два разных заболевания, либо это коморбидность двух состояний. Отсутствие единого мнения на процессы, происходящие при нарушении онтогенетического развития ребенка, также создают проблемы с классификацией и трудности с постановкой диагноза. В данном исследовании предлагается комплексный клинико-психологический подход, позволяющий проводить дифференцировку аутизма и шизофрении, посредством выделения специфических профилей, характерных для той или иной нозологии.

Материал, методы и дизайн исследования. В исследовании принимали участие 99 пациентов отдела детской психиатрии (заведующая д.м.н., профессор Н.В.Симашкова) ФГБНУ НЦПЗ (директор, д.м.н., профессор Т.П.Клюшник). Использовались клиническое наблюдение и проведение комплексного патопсихологического обследования с выделением специфического профиля. Применялись Психологообразовательный тест (англ. абрр. РЕР – Э. Шоплер и др.), дающий возможность оценить уровень когнитивного развития ребенка с аномальным развитием, начиная с раннего возраста; патопсихологические методики для оценки восприятия, мышления, особенностей моторики и социальной перцепции, в том числе и разработанные в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ. Патопсихологические профили больных конструировались исходя из концепции видов когнитивного дизонтогенеза (Коваль-Зайцев, Зверева). Концепция видов когнитивного дизонтогенеза позволяет охарактеризовать когнитивные профили больных, исходя из сохранности/степени нарушения психических функций. Полученные различия можно как соотнести с уже выделенными видами когнитивного дизонтогенеза (А.А. Коваль-Зайцев): искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий виды, так и выделить дефицитарно-прогредиентный с постепенным нарастанием дефекта вид когнитивного дизонтогенеза при приступообразно-прогредиентной шизофрении.

Результаты и их обсуждение. С учетом результатов патопсихологического обследования и клинического наблюдения все испытуемые были разделены на 4 группы:

группа 1 – с детским дезинтегративным аутизмом F84.0 (ДДА), 13 чел., средний возраст 7 ± 3 года;

группа 2 – с детским (инфантильным) психозом F84.02 (ИП), 34 чел., средний возраст 8 ± 3 года;

группа 3 – с злокачественным непрерывным течением шизофрении в детстве F20.8, (ШД) 23 чел., средний возраст 8 ± 3 лет.

группа 4 – с приступообразно-прогредиентной шизофренией в детском возрасте F20.8, (ППШ) 29 чел., средний возраст 8 ± 3 лет.

Пациенты первой группы (ДДА) обнаружили по количественным показателям РЕР психическое развитие, которое было близко нормативному, а по отдельным сферам немного опережало нормативное. Несмотря на высокие средние оценки уровня психического развития,

у детей данной подгруппы имелась диссоциация в развитии отдельных сфер психической деятельности. Развитие когнитивных представлений и вербальной зоны достигало высокого уровня, но отличается выраженной дезинтегративностью (несоответствие уровня развития отдельных сфер). Восприятие и крупная моторика оценивались, как близкие к норме либо развивались с опережением. Развитие мелкой моторики и зрительно-двигательной координации приближалось к возрастному значению, тогда как развитие подражания отставало. Количество заданий, выполнение которых было этим детям недоступно, минимальное. Все дети обнаруживали хороший темп работы, высокую продуктивность, интерес к предложенным заданиям. Проведение патопсихологического обследования с преимущественной опорой на качественный клинико-психологический анализ выявляет у пациентов с ДАД искаженный вид когнитивного дизонтогенеза.

Пациенты второй группы (ИП) показали, что психическое развитие по количественным показателям РЕР отставало от нормативного развития. Наблюдалась выраженная диссоциация в развитии разных сфер психической деятельности. Отставание отмечалось в сферах подражания и когнитивных представлений (т.е. в коммуникации). При этом сфера когнитивных представлений отличалась выраженной дезинтеграцией. Развитие тонкой моторики, зрительно-двигательной координации и вербальной зоны отставало в меньшей степени. Восприятие и крупная моторика развивались с минимальной задержкой. С заданиями, требующими участия произвольного внимания и выполнения последовательности из нескольких действий, большинство больных справлялись не всегда. Дезинтеграция выражалась в попытках детей частично выполнять задания различной сложности, в то время как с полным выполнением даже простых заданий они не справлялись. Темп работы и продуктивность деятельности больных данной подгруппы были низкими. В результате у пациентов с ИП. выявляется как искаженный так и дефицитарный виды когнитивного дизонтогенеза. В данном случае наличие того или иного вида когнитивного дизонтогенеза в большей степени связано как с длительностью заболевания, так и возрастом выявления заболевания и коэффициентом интеллекта в целом. Причем можно отметить наличие динамики вида когнитивного дизонтогенеза как в ту, так в другую сторону. Мы связываем это, прежде всего с ранним выявлением патологического процесса и своевременным началом терапии.

Пациенты третьей группы (ШД) продемонстрировали выраженную диссоциацию в развитии отдельных сфер, дезинтеграция проявлялась преимущественно в развитии когнитивных представлений. Максимально низким уровнем отличалось развитие таких сфер, как подражание, когнитивные представления и вербальная зона. Большинство детей данной подгруппы редко использовали фразовую речь, произнося фразы только в состоянии эмоционального напряжения, или вообще не пользовались фразовой речью. Для больных данной подгруппы была характерна бездеятельность, редукция энергетического потенциала, отсутствие мотивации к какой-либо деятельности, за исключением стереотипного манипулирования стимульным материалом с использованием пропатических форм восприятия (облизывания, обнюхивания, трясения перед глазами). Темп работы и продуктивность деятельности больных данной подгруппы были очень низкими. У пациентов со злокачественной шизофренией выявляется регрессивно-дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза, характеризующийся наиболее грубым отставанием от всех остальных описанных профилей.

Пациенты четвертой подгруппы (ППШ) продемонстрировали неоднородную картину, которая проявлялась как в наличии диссоциации в развитии оцениваемых сфер, так и нарастание проявлений когнитивного дефицита. Причем прослеживалась связь когнитивных дефицитов по выделенным сферам с количеством обострений. У всех пациентов данной подгруппы отмечалась отставание от нормативного развития количественным показателям РЕР. Наблюдалась как выраженная диссоциация в развитии разных сфер психической деятельности, так и наличие специфических нарушений мышления, характерных для расстройств шизофренического спектра. Отставание отмечалось в сферах подражания и

когнитивных представлений (т.е. в коммуникации). При этом сфера когнитивных представлений отличалась выраженной дезинтеграцией. Развитие тонкой моторики, зрительно-двигательной координации и вербальной зоны отставало в меньшей степени. Восприятие и крупная моторика развивались с минимальной задержкой. С заданиями, требующими участия произвольного внимания и выполнения последовательности из нескольких действий, большинство больных справлялись не всегда. Дезинтеграция выражается в попытках детей частично выполнять задания различной сложности, в то время как с полным выполнением даже простых заданий они не справлялись. Темп работы и продуктивность деятельности больных данной подгруппы были низкими. В результате у пациентов с ППШ был выделен дефицитарно-прогредиентный вид когнитивного дизонтогенеза с постепенным нарастанием дефекта, который характеризуется как наличием диссоциации в развитии оцениваемых сфер, так и в нарастанием проявлений когнитивных дефицитов в исследуемых сферах, прежде всего в операционном и предметно-содержательном компонентах мышления.

Данный подход дает возможность дифференцировать выделенные группы между собой, оценить динамику психического развития, разрабатывать индивидуальные подходы (дорожные карты) с целью последующей абилитации/реабилитации пациентов.

Комаровская А.И., Троицкая Л.А.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ДИСТРАФИЙ У ДЕТЕЙ

РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия
komarovskaya_a@mail.ru

Ключевые слова: высшие психические функции, нейропсихологический подход, дисграфии

Komarovskaya A.I., Troitskaya L.A.

NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE DIAGNOSIS OF CHILDREN'S DYSGRAPHY

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
komarovskaya_a@mail.ru

Keywords: higher mental functions, approach of neuropsychology, dysgraphia

Введение. Трудности освоения письма испытывают многие дети, однако у некоторых они приобретают весьма устойчивый характер. Актуальность нашей работы вызвана тем, что стойкие трудности при овладении письменной речью, различного вида дисграфии, являются нередкими явлениями в начальной школе [3], [4]. Специфическое нарушение процесса письма, связанное с нарушением психических функций, распространено не только среди обучающихся специальных коррекционных школ, но и массовых общеобразовательных школах. Так, по данным логопедических исследований, проведенных профессором М.Е. Хватцевым в середине 50-х годов XX века, количество обучающихся начальных классов подготовки, посещающих массовые школы и имеющих диагноз «дисграфия», было около 6%. А уже в 2013 году количество тех детей, которые имеют подобного рода нарушения в обычных школах, составляло более 30%, а в гимназиях – 20% [4]. При этом аграмматизмы не были ранее связаны с структурно-функциональными анатомическими структурами центральной нервной системы. В нашей работе мы бы хотели соотнести недостаточность структур головного мозга с нарушениями речевой деятельности в виде письма.

Цель исследования - оценка нарушений письменной речи учеников 4 класса с ограничениями здоровья и жизнедеятельности и нормативным развитием с помощью анализа письменных работ и нейропсихологического подхода.

Методы исследования: 1. Обследование учащихся 4 классов с ограничениями здоровья и жизнедеятельности по комплексной нейропсихологической методике, адаптированной для детей 10-12 лет и апробированной в лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ [1]. В данное исследование включены: корректурная проба, копирование изображения дома, выбор из пары букв правильной и зеркально написанной, прогрессивные матрицы Равена. Выполнение нейропсихологических методик проведено в баллах для оценки диагностических признаков ошибок в процессе нейропсихологического исследования, относящихся к аграмматизмам при письме. Обоснование возможности составления таких баллов и разработка способа их подсчета были осуществлены Ахутиной Т.В [2] и Яблоковой Л.В. [5].

2. Проведение качественной и количественной оценки полученных результатов для оценки стойких аграмматизмов при письме в ходе анализа письменных работ.

Характеристика выборки. В данном исследовании принимали участие 53 обучающихся 4-х классов. Из них 27 респондентов вошли в экспериментальную группу, включающую в себя детей с ограниченными возможностями здоровья, а именно 15 обучающихся с задержкой психического развития, 9 обучающихся с тяжелыми нарушениями речи, 3 обучающихся с умственной отсталостью, которые обучаются в 4 классе по адаптированной основной общеобразовательной программе. Также, в исследование включены 26 респондентов контрольной группы с нормативным развитием, которые обучаются по общей образовательной программе 4 класса. Возраст испытуемых: 11-12 лет.

Результаты. Специфические ошибки в письменной речи в обеих группах испытуемых (больше 60%) свидетельствовали, что они обусловлены дисфункцией височных отделов головного мозга. Среди испытуемых с ограничениями здоровья и жизнедеятельности четверть трудностей осуществления письма зависит от недостаточности функций лобных структур головного мозга, в меньшей степени - зоны ТРО и неспецифических срединных структур. У испытуемых с нормативным развитием недостаточность лобных отделов, теменных отделов и зоны ТРО в меньшей степени влияют на возникновение специфических ошибок в письменной речи. В ходе нашего исследования было выявлено, что у группы нормы наблюдается меньшее количество ошибок в письменных контрольных работах по показателям согласования падежно-предложных конструкций, персеверациям элементов букв и слогов слова, заменой оппозиционных фонем, неполным написанием графического изображения букв. Количественный анализ данных выявил статистически значимые результаты между двумя исследуемыми группами в ошибках графического маркирования синтаксической структуры предложения, нарушении согласования падежно-предложных конструкций, замены букв по акустическому сходству, замены оппозиционных фонем и неравномерности размера букв. Данные специфические нарушения письменной речи чаще встречаются у детей с ограничениями здоровья и жизнедеятельности и в большей степени связаны с вовлечением височных и лобных отделов, а также неспецифических срединных структур головного мозга. Кроме того, анализ результатов исследования показал, что имеются значимые корреляции в группе детей с ограничениями здоровья и жизнедеятельности между дисграфическими расстройствами и результатами нейропсихологического обследования. Математический анализ данных выявил статистическую связь между проявлениями специфических ошибок, (нарушение согласования падежно-предложных конструкций встречалось так же часто у испытуемых, как и неполное написание графического изображения букв в слове; при наличии персеверации элементов букв, букв и слогов слова была отмечена высокая степень зеркальности при письме), связанных с функционированием лобных отделов, и ошибками, связанными с вовлеченностью височно-теменно-затылочных отделов. Также были выявлены корреляции между ошибками письменной речи (взаимное влияние замены букв по акустическому сходству, привнесения и пропуски букв, соответствующие устной речи и нарушение обозначения мягкости на письме), что подтверждает их принадлежность к одной височной локализации. Кроме этого, связь проявляется между специфическими ошибками по височному типу и правополушарными нарушениями в рисунке отдельных частей изображения

при копировании дома, возрастающим количеством ошибок в корректурной пробе, зеркальным почерком и ошибками в прогрессивных матрицах Равена. При наличии специфических ошибок письменной речи, которые обеспечиваются недостаточным функционированием теменных и височно-теменно-затылочных отделов мозга, выявлена положительная связь с координатными ошибками, нарушением передачи перспективы, привнесением элементов и левополушарными нарушениями в рисунке при копировании изображения дома, выполнением прогрессивных матриц Равена.

Выводы. 1. Анализ письменных работ обучающихся 4-х классов с ограничениями здоровья и жизнедеятельности показал, что наиболее выраженными выступили ошибки графического маркирования синтаксической структуры предложения, нарушение согласования падежно-предложных конструкций, замена букв по акустическому сходству, привнесения и пропуски, соответствующие устной речи, а также неполное написание графического изображения букв. 2. Оценка письменных работ обучающихся 4-х классов с нормативным развитием показала, что наибольшие трудности они испытывают в замене букв по акустическому сходству, привнесениями и пропусками букв, соответствующие устной речи, пропуском букв и слогов слова, а также слитном написании предлогов со словами. 3. Специфические ошибки письменной речи распределены по блокам с учетом структурно-функциональных особенностей центральной нервной системы. При этом характер аграмматизмов при письме у испытуемых обеих групп связан с недостаточностью, в большей степени, височных отделов головного мозга. Специфические ошибки письменной речи, связанные с недостаточностью лобных отделов и неспецифических срединных структур мозга, чаще проявлялись у детей с ограничениями здоровья и жизнедеятельности. 4. Общее количество выделенных классов специфических ошибок письменной речи эквивалентно у испытуемых контрольной и экспериментальной групп. 5. Речевые функции при письме, которые осуществляются у детей с ограничениями здоровья и жизнедеятельности, связаны с особенностями целостного восприятия человеком пространственного образа и возникают при дисфункции височных и теменных отделов головного мозга.

Литература

1. Ахутина Т.В., Игнатьева С.Ю., Максименко М.Ю., Полонская Н.Н., Пылаева Н.М., Яблокова Л.В. Нейропсихологические методы диагностики развития высших психических функций. Часть III. Методы исследования процессов обработки зрительной информации. М., 1992;
2. Ахутина Т.В., Яблокова Л.В., Полонская Н.Н. Нейропсихологический анализ индивидуальных различий у детей: параметры оценки / Нейропсихология и психофизиология индивидуальных различий // Под ред. Е.Д. Хомской, В.А. Москвина. – Москва – Оренбург. – 2000. – С. 137 – 152;
3. Богаткова А.К., Медведева Е.Ю. Коррекция фонематической стороны речи старших дошкольников как профилактика нарушений письма и чтения // Проблемы современного педагогического образования. 2018. Вып. 60 (1) С. 37-40;
4. Брындина И.В., Гогилашвили Н.Н., Ключкова В.П. Особенности нарушения письма у младших школьников / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://urok.1sept.ru>;
5. Яблокова Л.В. Нейропсихологическая диагностика развития высших психических функций у младших школьников: разработка критериев оценки: Дис. канд. психол. наук. – Москва, 1998. - 122 с.

Конопкина В.Д.

ОСОБЕННОСТИ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

ФГБОУ ВО «РязГМУ имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Рязань, Россия
Электронный адрес v.konopkina@yandex.ru

Ключевые слова: пространственные представления, младшие школьники, задержка психического развития

Konopkina V.D.

SPATIAL REPRESENTATIONS FOR JUNIOR STUDENTS WITH IMPAIRED MENTAL FUNCTION

FSBEI HE RyazSMU MOH Russia, Ryazan, Russia
Email address v.konopkina@yandex.ru

Keywords: spatial representations, junior students, impaired mental function

По отношению к детям с нарушенным развитием проблема формирования пространственных представлений является особенно актуальной. Дети с ЗПР – самая многочисленная группа среди таких детей. Трудности, которые возникают у детей с ЗПР при овладении основами наук, связываются именно с пространственным недоразвитием [2]. Дети с задержкой психического развития имеют особенности в онтогенезе пространственных представлений, а также некоторые отклонения в их формировании. Наблюдается несформированность даже самых элементарных уровней овладения пространственными представлениями – схемы тела, а более сложные уровни пространственных представлений иногда оказываются недоступными, они в дефиците [6].

В соответствии с современными представлениями, к задержкам психического развития будут относиться как случаи замедленного психического развития («задержки темпа психического развития»), так и относительно стойкие состояния эмоционально-волевой или интеллектуальной недостаточности, не достигающие степени слабоумия [5]. Проблема, связанная с неполноценностью пространственных представлений, становится особенно актуальна в процессе школьного обучения детей с ЗПР [3].

Стало заметно, что количество исследований и работ, которые касались бы особенностей формирования пространственных представлений у детей с задержкой психического развития достаточно мало, хотя число детей с данным диагнозом растёт. У таких детей есть ресурс и резерв для развития, и если им вовремя не воспользоваться и не совершенствовать пространственные представления, то это может привести к серьёзным последствиям в виде грубого нарушения мышления и речи. В связи с актуальностью изучения данного вопроса, было проведено эмпирическое исследование, целью которого было изучение особенностей пространственных представлений у младших школьников с ЗПР. Была выдвинута следующая гипотеза - у младших школьников с задержкой психического развития имеются недостатки базисных пространственных ориентировок.

В экспериментальную группу вошли 13 младших школьников (10 -11 лет, 3 девочки и 10 мальчиков) с диагнозом ЗПР различного генеза. В контрольную группу вошли 13 младших школьников (10-11 лет, 4 девочки и 9 мальчиков) с нормативным психическим развитием.

В исследовании использовались следующие методики: для получения количественных показателей использовались вопросы и задания на основе представлений о базовых составляющих психического развития Семаго Н. Я., Семаго М. М.; для получения

качественных показателей использовалась методика комплексной фигуры Тейлора и Рея-Остеррица.

При выполнении заданий «Ориентировка в схеме собственного тела» больше половины детей (62%) затруднились в обозначении того, что находится под глазами. Чуть меньше половины детей (46%) испытывали трудности в назывании того, что находится над носом и над губами. При выполнении заданий «Ориентировка относительно предметов», 77% детей испытывали трудности при обозначении положения «между». Также, 54% детей испытывали трудности при обозначении положения карандаша слева или справа от коробки.

При выполнении заданий «Пространство речи и языка», у 62% детей возникли трудности при обозначении игрушек «на второй полке». У 54% детей вызвало трудности обозначение игрушек «снизу». У 46% детей вызвало трудности обозначение игрушек «сверху». При выполнении заданий «Квазипространственные представления» у 85% детей были трудности с определением изображения «перед ящиком бочонок». У 77% детей возникли трудности с определением изображения «под бочонком ящик». 46% детей не справились с заданием «бегемотом съеден крокодил, кто его съел?». При выполнении заданий «Понимание и использование в речи «временных» последовательностей и причинно-следственных связей», 62% детей не справились с заданием – «если завтра будет воскресенье, то как называется день, который был позавчера?». Дети хорошо ориентировались в последовательности дней недели, однако возникали трудности с перечислением времён года и месяцев (за место времён года – месяцы, а за место месяцев – времена года).

Эти данные соотносятся с результатами исследований, которые были проведены на детях дошкольного возраста с ЗПР и на младших школьников с ЗПР. В исследовании А. Арсенюк и И. Л. Гольдфельд были выявлены сложности у детей с ЗПР в использовании предлогов «над», «под», «между», «перед»; наречий «выше», «ниже»; положений «слева», «справа» [1]. В исследовании О. В. Заширинской и О. Л. Курчигина наименее сформированными оказались представления о таких пространственных отношениях как «справа», «перед» и «между» [4]. На основании проведенного анализа особенностей и ошибок при копировании фигур Тейлора и Рея-Остеррица младшими школьниками с ЗПР, можно выделить следующие особенности:

1. При копировании фигуры Тейлора ведущей рукой.

Использовалась преимущественно пофрагментарная стратегия копирования. Реверсия наблюдалась у одного испытуемого, и заключалась в 90-градусном повороте детали фигуры. Дизметрии встречались у большинства детей. Незначительные изменения общей схемы пространственного строения предмета наблюдались у 1/3 детей.

2. При копировании фигуры Рея-Остеррица не ведущей рукой.

Преимущественно использовалась пофрагментарная стратегия копирования. Дизметрии встречались у всех детей. Незначительные изменения общей схемы пространственного строения предмета наблюдались почти у половины детей.

Выводы.

1. У детей с задержкой психического развития, в ходе изучения пространственных представлений с помощью методики М.М. Семаго и Н.Я. Семаго были обнаружены отдельные недостатки в сформированности пространственных представлений и лексики. Дети затрудняются в использовании предлогов «под», «над» и при обозначении пространственных положений «выше», «ниже», «слева», «справа» относительно своего тела. Вызывает трудности обозначение пространственного расположения «между», «слева» и «справа» относительно предметов. В пространстве речи и языка дети затрудняются в обозначении положений «сверху» и «снизу». В квазипространственных представлениях возникали ошибки при определении положения «перед» и «под». Понимание и использование в речи «временных» последовательностей и причинно-следственных связей является затруднительным и некоторые задания детьми выполнены не были.

2. При копировании фигур Тейлора и Рея-Остеррица, ведущее место занимали метрические ошибки, которые были обнаружены у всех детей и носили различный характер. Ошибки, связанные с неверным верхне-нижнем расположением объекта (координатные

ошибки), не наблюдались, единично встретилась ошибка в виде реверсии. Структурно-топологические ошибки наблюдались примерно у половины детей.

Таким образом, в ходе исследования были обнаружены отдельные недостатки в сформированности пространственных представлений, которые касаются всех уровней освоения пространства. Полученные данные свидетельствуют о качественном своеобразии развития ориентировки в пространстве у детей с задержанным развитием, которое обусловлено спецификой их речевого и интеллектуального потенциала.

Литература

1. Арсенюк А. Конструктивная деятельность как средство формирования пространственных представлений у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития / А. Арсенюк, И. Л. Гольдфельд / Институт педагогики и психологии Петрозаводского государственного университета // Психология и педагогика : методика и проблемы, 2010. – С. 36 – 39
2. Галкина О. И. Развитие пространственных представлений у детей в процессе начального обучения // Проблема восприятия пространства и пространственных представлений / Под ред. Б. Г. Ананьева, Б. Ф. Ломова. — Москва : Изд-во АПН РСФСР, 1961. – С. 118 – 125.
3. Дунаева З. М. Психологическое изучение и некоторые виды коррекции недоразвития пространственной функции у детей с задержкой психического развития [Текст] / З. М. Дунаева // Проблемы диагностики задержки психического развития. – 1985. – С. 189-201
4. Защиринская О. В. Пространственно – временные представления как основа формирования навыков письма у детей с задержкой психического развития / О. В. Защиринская, О. Л. Кучигина. – Санкт – Петербург : Вестник СПбГУ, 2012. – № 1. – С. 9 – 13.
5. Корнев А. Н. Нарушения чтения и письма у детей: Учебно-методическое пособие / А. Н. Корнев. – СПб : МиМ, 1997. – С. 30 – 31.
6. Семенович А. В. Пространственные представления при отклоняющемся развитии. М., 1998.

Кулик Д.А., Церковникова Н.Г.

ПРОЕКТИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ

Российский государственный профессионально-педагогический университет (РГППУ),
Екатеринбург, Россия
kulik_dianochka@bk.ru

Ключевые слова: профессиональное самоопределение, профориентационная работа, тьюторские технологии

Kulik D.A., Tserkovnikova N.G.

DESIGNING PROFESSIONAL SELF-DETERMINATION MODERN TEENAGERS

Russian State Vocational Pedagogical University, Yekaterinburg, Russia,
e-mail: kulik_dianochka@bk.ru

Keywords: professional self-determination, vocational guidance work, tutor technologies

Социальное развитие подрастающего поколения проходит в условиях непростых социально-экономических изменений, характеризующихся как сменой процессов в отраслевых структурах, так и большими социальными изменениями, происходящими за последние годы не только в нашем государстве, но и в мире в целом.

Одной из таких причин можно назвать наступившую пандемию (COVID-19), которая во многом перевернула представления многих людей о невозможности сохранения стабильности и равновесия, важности зоны комфорта, что произвело неизгладимый след на актуальность и

необходимость формирования новых установок в мировоззрении современного человека; характер социализации индивида в обществе, уникальность реализации потенциала самой личности. Пандемия COVID-19 привела к значительным изменениям на рынке труда не только в отношении спроса и предложений, но и в области устойчивости функционирования самих организаций, многие предприятия прекратили свое существование, а люди были вынуждены искать новую работу. Изменились характер отношений работодателя и наемных работников, требования к профессиональным обязанностям, многим сотрудникам пришлось осваивать новые технологии и приспосабливаться к реалиям времени. Новая система профессиональной ориентации должна отвечать запросам личности, общества и рынка. Сфере образования также пришлось адаптироваться в ответ на ограничения в условиях пандемии, и находить новые пути решения в ситуации неопределенности.

Сегодня обществом востребованы личностные и эмоциональные компетенции, проактивность и коллаборация, способность действовать в условиях новизны и неопределенности, креативность и критичность мышления, готовность к различным результатам своих действий, в т.ч. неожиданным, оптимизм, энтузиазм и уверенность в себе, самоорганизованность и открытость новому опыту, а также принятие оценок других людей. В этой связи стало необходимым изучение новых подходов к организации работы с современной молодежью, где процесс профессионального самоопределения старшеклассников рассматривается как фактор включения в жизнь современного общества и готовность выпускников к самостоятельному выбору профессии.

Долгое время доминирующие традиционные образовательные системы ставили своей целью сформировать выпускника с заранее спланированным набором знаний и навыков. Профорientационная система XXI века основной задачей ставит переключение внимания от программирующе-формирующего института в полноценное профессиональное карьерное ориентирование, где сам выпускник осуществляет первые и самостоятельные шаги в выбранную им будущую профессию. С непрерывным образованием неразрывно связана профориентация.

В условиях современных требований модель профессионального самоопределения включена в систему психолого-педагогического сопровождения в рамках предпрофильной и профильной подготовки обучающихся.

Современное образование призвано не просто вооружить выпускников общеобразовательных учреждений знаниями и умениями, но и создать условия для развития личности, самореализации ее в обществе. Полноценная реализация данных целей не может быть осуществлена силами отдельных педагогов за счет обогащения содержания отдельных предметов, оно требует полноценного психолого-педагогического обеспечения всех субъектов образовательного процесса.

В философии и психологии существует довольно много подходов к наполнению смыслом термина «психолого-педагогическое сопровождение». Этимологически понятие «сопровождение» близко к таким понятиям, как «действие», «совместное передвижение», «помощь одного человека другому в преодолении трудностей».

Теоретический анализ проблемы профессионального самоопределения обучающихся на этапе подготовки к выбору профиля обучения показал, что она довольно широко представлена в педагогических исследованиях и недостаточно раскрыта в психологическом плане. Значимость проблемы профессионального самоопределения с начала процесса предпрофильной подготовки и профильного обучения старшеклассников высока.

Требования, связанные с развитием образования и внедрением доктрины «4К компетенций», интеграции их в образовательный процесс, заставляют по-новому взглянуть на систему организации профессионального самоопределения современного старшеклассника. Новая образовательная стратегия должна быть ориентирована не на усвоение систематического фундаментального знания, а на развитие способностей и мотивации к генерированию собственных новых знаний, технологий, научных идей. Знание не может быть

«своим» продуктом, пока оно отчуждено от человека. «Своим» может быть только знание, или идея, полученные в процессе взаимодействия человека с другими людьми.

В своем профессиональном поле человек постоянно взаимодействует с людьми, которые близки по интересам, жизненным смыслам, там же он находит и новых друзей. И если человек не сумел найти себя в профессии, либо не удовлетворен ее результатами, он чувствует себя не комфортно. И тогда человек разочаровывается в профессии, а затем уходит из нее. Таким образом, правильный выбор профессии предопределяет успешность не только профессиональной карьеры, но и жизни в целом.

Проектирование профессионального сопровождения в рамках модели психолого-педагогического сопровождения, безусловно, содействует профессиональному развитию старшеклассников общеобразовательных школ, и способствуют осознанному выбору профессии. Введение тьюторского сопровождения позволяет оптимизировать привлекаемые ресурсы в работе со старшеклассниками. Совместно с тьюторантом специалист помогает проектировать события будущего (индивидуальную образовательную программу) на основе значимых для человека событий из прошлого, ориентируясь на индивидуальную образовательную траекторию.

Тьютор организует события, направленные на выявление и поддержку образовательных интересов личности. Включает тьюторанта в проектную, игровую или авторскую деятельность в ходе получения им образования. Целью тьюторского сопровождения является полноценная реализация образовательного потенциала личности, потенциала саморазвития, самоактуализации через образование и удовлетворение потребностей субъекта деятельности. Следует подчеркнуть важность и целесообразность формирования у современных подростков и молодежи навыков прогнозирования и проектирования сценариев будущего в области собственного профессионального самоопределения.

Формирование у выпускников профильных классов устойчивого интереса к приобретаемой профессии определит мотивацию осознанного выбора профессии и нацелит на формирование профессионального самоопределения.

Литература

1. Компетенции «4К»: формирование и оценка на уроке: Практические рекомендации /авт.-сост. М.А. Пинская, А.М. Михайлова. – М.: Корпорация «Российский учебник», 2019 – 76 с. <https://worldsellers.ru/4k-kompetencii-budushhego/> (дата обращения 10.06.2021).
2. Международная организация труда ILOSTAT, <https://ilostat.ilo.org/> (дата обращения 02.06.2021).
3. Церковникова, Н.Г. Тьюторские технологии прогнозирования профессионального будущего личности / Н.Г. Церковникова // Прогнозирование профессионального будущего молодежи в условиях цифровой экономики: материалы Всероссийской научно-практической конференции, Первоуральск, 12 марта 2020 г. - Екатеринбург: Издательство РГППУ, 2020. - С. 227-231 <https://elar.rsvpu.ru/handle/123456789/31697> (дата обращения 18.06.2021).
4. Чистякова С.Н., Родичев Н.Ф. Основные тенденции развития образования в условиях социально-экономических изменений в обществе <https://platforma-navigator.ru/2019/08/08/osnovnye-tendencii-razvitija-obrazovaniya-v-usloviyah-socialno-jekonomicheskikh-izmenenij-v-obshhestve-2/> (дата обращения 01.06.2021).

Кутдусова Л.Р.¹, Сергиенко А.А.^{1,2}

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

¹ГБОУ ВПО МГППУ, г. Москва, Россия, kutdusova.linara@mail.ru

²ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва, Россия, aumsan@gmail.com

Ключевые слова: эмоциональная сфера, общее недоразвитие речи, старший дошкольный возраст

Kutdusova L.R.¹, Sergienko A.A.^{1,2}

FEATURES OF THE EMOTIONAL SPHERE OF SENIOR PRESCHOOL CHILDREN WITH GENERAL SPEECH UNDERDEVELOPMENT

¹MSUPE student, Moscow, Russia,

²Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Key words: emotional sphere, general speech underdevelopment, senior preschool age

Введение

Общее недоразвитие речи (ОНР) обуславливает специфические особенности формирования эмоциональной сферы, связанные с отстранением ребенка от детского коллектива по причине наличия речевых трудностей, которое приводит к несформированности форм коммуникации, незаинтересованности в контакте, а также к неумению ориентироваться в ситуации общения. Для эффективного взаимодействия ребенка с другими людьми ему необходимо дифференцировать воспринимаемые эмоции, понимать эмоциональное состояние другого ребенка или взрослого, а также быть способным к регуляции собственных эмоциональных проявлений. Анализ литературных источников показывает, что несмотря на имеющиеся исследования эмоциональной сферы детей дошкольного возраста [1; 3; 4 и др.], целостной модели, учитывающей особенности формирования эмоциональной сферы у детей с ОНР не создано. Существует потребность в комплексном психологическом, нейропсихологическом и, возможно, нейрофизиологическом исследовании нарушений формирования эмоциональной сферы старших дошкольников с ОНР.

Цель работы – исследование особенностей эмоциональной сферы детей старшего дошкольного возраста с ОНР.

Материалы и методы

Испытуемые и базы исследования. В проведенном пилотажном исследовании приняли участие 30 детей старшего дошкольного возраста (5 лет – 5 лет 10 мес.), посещающие старшую группу детского сада. Из них 15 детей (10 мальчиков, 5 девочек) составили группу ОНР – дети с подтвержденным наличием общего недоразвития речи (3 уровня). Остальные 15 детей (6 мальчиков, 9 девочек) составили контрольную группу, отнесенную к условной норме.

Методы исследования. Использовалась специально подобранная батарея нейропсихологических проб, направленная на исследование компонентов, системно входящих в структуру эмоциональной сферы: восприятие эмоций, регуляция эмоциональных проявлений, эмоции и память (влияния эмоциональной насыщенности слов на эффективность их запоминания). Для исследования специфики и особенностей формирования или нарушения формирования эмоциональной сферы применялись пробы на определение уровня сформированности процессов системно взаимосвязанных с эмоциональной сферой или являющиеся её структурными компонентами: зрительное восприятие, зрительное внимание, слухоречевая память, регуляция собственной деятельности (тормозный контроль), специфика латеральных предпочтений. Для оценки поведения дошкольников использовался опросник воспитателя [2]. Нейропсихологические пробы составлены на основе методики нейропсихологической диагностики детей, разработанной Цветковой Л.С. [5]. Статистическая обработка - непараметрический критерий U Манна-Уитни, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками.

Результаты

В исследовании выявлены ряд особенностей развития эмоциональной сферы у детей с ОНР. Так выявлена специфика, связанная с трудностями восприятия «эмоционального тона» сюжетных картин и основных эмоций по лицевой экспрессии при её изображении на картинках. Дети с ОНР предпочитали делать выбор в пользу эмоции радости и испытывали трудности с определением других эмоций. Это свидетельствует о трудностях усвоения и дифференциации других эмоций, в большей степени отрицательных, что может стать

причиной неадекватного восприятия эмоций других детей и ухудшения отношений в детском коллективе, тем самым усугубляя проблему социальной адаптации.

При оценке зрительного восприятия у детей группы ОНР был обнаружен более высокий процент ошибок по типу фрагментарности при опознании изображений, что свидетельствует о слабости холистической (правополушарной) стратегии у детей с ОНР, вследствие которой имеет место фрагментарность восприятия и концентрация внимания на деталях в ущерб целому, что также может быть причиной особенностей при восприятии эмоций.

У детей с ОНР была выявлена значительная несформированность фактора тормозного контроля (ингибция доминантного ответа), что выражается в трудностях, связанных с преодолением сформированного стереотипа действий, импульсивности, а также сниженной способности устойчивого следования усвоенной программе. В эмоциональной сфере этот фактор определяет трудности регуляции эмоциональных проявлений и связанные с ними трудности, возникающие во всех составляющих эмоциональной сферы (восприятию эмоций, эмоциональной памяти, регуляции эмоций, принятию решений, а также определяет склонность к импульсивным и, в ряде случаев, к агрессивным действиям).

В соответствии с результатами опросника, заполненного воспитателем, дети с ОНР более, чем вдвое гиперактивны, а также характеризуются повышенной тревожностью по сравнению с детьми условной нормы.

Оценка запоминания вербального материала различной эмоциональной насыщенности дала неоднозначные результаты. С одной стороны, значимых различий в запоминании эмоционально насыщенных и нейтральных слов, между исследуемыми группами выявлено не было. С другой стороны, на втором этапе методики, заключающейся в субъективной оценке всех запоминаемых слов, в том числе и «нейтральных», у детей с ОНР обнаружено преобладание отрицательной (негативной) оценки, по сравнению с детьми контрольной группы. Таким образом, можно предположить, что у детей с ОНР эмоциональная окраска, стоящая за словами-наименованиями, и/или за образами представлениями, стоящими за словами наименованиями, носит, в большей степени, нежели чем в нормотипичной группе, негативный эмоциональный фон. На уровне топического анализа этот факт указывает на возможную разбалансированность полушарной активации, с гиперфункцией правого полушария у детей с ОНР. Также при исследовании слухоречевой памяти у детей с ОНР были обнаружены, относительно ожидаемые, дефекты следовой деятельности. В частности, существенное преобладание, относительно нормотипичной группы, вербальных парафазий.

При оценке латеральных предпочтений было выявлено, что более половины детей группы ОНР отличаются левополушарным профилем (ведущие: рука, ухо, глаз, нога – правые), что на 38% больше, чем в контрольной группе. Остальная часть детей группы ОНР характеризуется преимущественно левополушарным профилем (количество правосторонних предпочтений превалирует над количеством левосторонних). Таким образом, в группе ОНР тенденция к левополушарному профилю латеральной организации значимо выше по сравнению с нормотипичной группой.

Исходя из полученных результатов на уровне функционального и нейропсихологического факторного анализа особенностей эмоциональной сферы у детей с ОНР, можно сделать ряд предположений о специфике функционирования на уровне топического анализа.

С одной стороны, у детей с ОНР имеет место снижение функциональной активности речевых зон левого полушария, с другой – отмечается снижение активности правополушарных затылочных зон и зоны ТПО при одновременной гиперфункции (предположительно возбуждении ирритативного характера) височных зон правого полушария, что свидетельствует о специфичности межполушарной и внутри полушарной активации мозга у детей с ОНР.

Резюме

У детей с ОНР существуют особенности эмоциональной сферы, связанные с трудностями восприятия и идентификации эмоций, а также с их регуляцией. Выдвинуто предположение, что ряд из выявленных особенностей эмоциональной сферы у детей с ОНР можно связать со

специфичностью межполушарной и внутри полушарной активации, в частности дисбалансом активации височных и лобных зон правого и левого полушария.

Литература

1. Елина Д.Д. Особенности понимания эмоций у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи // Материалы IX Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум», 2017
2. Казанцева О.А., Сычев О.А., Тютерева Т.А. Русскоязычная версия методики «Опросник поведения дошкольников. Клиническая и специальная психология 2016. Том 5. №4. С. 128-142
3. Карелина И.О. Развитие понимания эмоций в период дошкольного детства: психологический ракурс : монография. – Прага Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2017. – 178 с.
4. Розовская Р.И. Влияние эмоциональной окраски запоминаемой информации на мозговую организацию и эффективность рабочей памяти: диссертация, канд. психол. наук. М., 2019
5. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд. 2-е, исправленное и дополненное. – М.: «Российское педагогическое агентство», «Когнито-центр», 1998. – 128 с.

Лебедева О.В., Хромов А.И.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ФГБОУ МГППУ, Москва, Россия
lebedeva.ov@list.ru, hromovai@mgppu.ru

Ключевые слова: самостигматизация, подростки, психическая патология, опросники

Lebedeva O., Hromov A.

SOCIAL FACTORS OF SELF-STIGMA IN ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS

MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: self-stigma, adolescents, mental disorders, questionnaires

Введение. Многие подростки с психической патологией пытаются скрыть от социума наличие проблем с психическим здоровьем, а также факты обращения за медицинской помощью. Ощущение особого, неприязненного отношения к себе, боязнь насмешек со стороны социального окружения – основные причины самостигматизации и повышенной социальной тревожности таких подростков (Лебедева, 2021). Самостигматизация психически больных в основном изучается применительно к взрослым (Ястребов В.С., Михайлова И.И., Серебрянская Л.Я., Абрамов В.А., Бовина И.Б., Гаунова Д.Х., Гонжал О.А., Дубицкая Е.А., Зайцев В.В., Коцюбинский А.П., Липай Т.П., Оруджев Я.С., Тараканова Е.А. и др.). Исследования самостигмы среди подростков встречаются преимущественно в зарубежных работах (Goepfert N., Link B., Moses T., Rodrigues S., Sirey J. и др.), с чем связано фактическое отсутствие психологического инструментария оценки самостигматизации психически больных подростков.

Цель работы – оценить возможности русскоязычной адаптации опросника самостигматизации психически больных подростков (Moses, 2009) дифференцировать социальные факторы самостигмы.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 18 подростков с психической патологией (10 девочек и 8 мальчиков, средний возраст $14,5 \pm 1,3$ лет), проходивших стационарное лечение в Научном центре психического здоровья. В исследование не

включались подростки с признаками интеллектуального и выраженного когнитивного снижения. Диагнозы больных включали: шизотипическое расстройство, шизофрения параноидная, шизоаффективное расстройство, острое полиморфное психотическое расстройство, депрессивный эпизод, несоциализированное расстройство.

Методики:

- Русскоязычный перевод опросника для выявления уровня самостигматизации подростков (Moses, 2009), прошедший первичную адаптацию в работах (Кашарева Т.В., 2020) и (Лебедева О.В., 2021). Содержит 4 шкалы (в скобках указаны возможные минимум и максимум по шкале; чем выше балл, тем больше выраженность самостигматизации):

- «Общественное клеймо» (14...56) – оценивает степень, в которой, как кажется подростку, общество избегает, осуждает и обвиняет подростков с эмоциональными и поведенческими проблемами как группу;

- «Личное неприятие» (0...6) – оценивает социальную и эмоциональную дискриминацию (например, избегание, неуважение) со стороны тех, кто осведомлен о наличии проблем с психическим здоровьем;

- «Само-стигма» (5...20) или внутренняя стигматизация – оценивает чувство стыда, смущения и тревоги по поводу реакции окружающих на наличие проблем с психическим здоровьем;

- «Секретность» (7...28) – оценивает степень, в которой подростки чувствуют необходимость скрывать наличие проблем и факт лечения.

- Анкетирование, которое включало вопросы:

- Кто из Вашего окружения знает о проблемах с психическим здоровьем?

- Чувствуете ли Вы иное отношение со стороны семьи в связи с наличием у Вас психического заболевания?

- Чувствуете ли Вы иное отношение со стороны учителей в школе в связи с наличием у Вас психического заболевания?

- Чувствуете ли Вы иное отношение со стороны одноклассников в школе, в связи с наличием у Вас психического заболевания?

- Чувствуете ли Вы иное отношение со стороны близких друзей в связи с наличием у Вас психического заболевания?

- Чувствуете ли Вы иное отношение со стороны знакомых в школе (помимо одноклассников) в связи с наличием у Вас психического заболевания?

Варианты ответов: «Чувствую положительное отношение»; «Чувствую отрицательное отношение»; «Не чувствую особого отношения».

Результаты. Ответы на вопрос о том, кто знает о наличии проблем с психическим здоровьем, разделили подростков на две группы: 1) группа А – знают только члены семьи (67% выборки); 2) группа В – знают лица из внешнего социального окружения – знакомые, одноклассники и учителя (33% выборки). Среди подростков группы А более 50% не чувствуют особого отношения со стороны учителей и знакомых, кроме одноклассников; 11% чувствуют отрицательное отношение со стороны членов семьи и одноклассников. Положительное отношение со стороны семьи отмечают 33%, со стороны учителей и знакомых – 17%, со стороны близких друзей – 28%.

Среди подростков группы В 33% чувствуют положительное отношение со стороны семьи и близких друзей, 6% чувствуют отрицательное отношение со стороны учителей и одноклассников, 22% не чувствуют особого отношения со стороны знакомых.

Сравнение групп А и В по опроснику самостигматизации показало значимые различия по шкалам самостигмы (среднее 9.5 ± 2.5 и 12.3 ± 2.3 , соответственно, $p = 0.032$) и секретности (среднее 18.8 ± 3.6 и 13.5 ± 4.6 , соответственно, $p = 0.041$); по шкалам общественное клеймо (32.0 ± 5.7 и 32.8 ± 5.3 , $p = 0.750$) и личное неприятие (1.2 ± 1.9 и 2.5 ± 1.4 , соответственно, $p = 0.102$) не получено значимых различий. Можно предположить, что степень открытости подростков в отношении наличия у них психического заболевания сказывается на

интрапсихических компонентах самостигматизации, таких как самостигма – усвоение негативных социальных стереотипов в отношении психически больных, приводящее к формированию самоосуждения.

Обобщив ответы анкеты, касающиеся отношения к подросткам со стороны разных членов социального окружения (см. описание анкетирования), мы также выделили 2 группы: 1) группа С – подростки отмечали ощущение негативного отношения хотя бы в одном вопросе (33% выборки); 2) группа D – подростки не отмечали ощущения негативного отношения ни в одном вопросе (67% выборки). Сравнение групп С и D по опроснику самостигматизации показало значимые различия по шкалам общественное клеймо (37.5 ± 4.5 и 29.7 ± 3.8 , $p = 0.003$) и личное неприятие (3.0 ± 2.2 и 0.9 ± 1.2 , соответственно, $p = 0.041$); по шкалам самостигмы (среднее 10.8 ± 3.2 и 10.3 ± 2.7 , соответственно, $p = 0.180$) и секретности (среднее 16.8 ± 5.7 и 17.1 ± 4.2 , соответственно, $p = 0.964$) не получено значимых различий. Предположительно, представление подростков о дискриминирующем отношении общества к психически больным связано с негативным опытом межличностных взаимоотношений с окружающими. Готовность психически больных подростков приписывать социуму несправедливое отношение к ним самим и психически больным в целом, по-видимому, можно отнести к интерпсихическому компоненту самостигматизации.

Рассматривая соотношение групп А и В с группами С и D, можно прийти к заключению, что большинство подростков из нашей выборки не чувствуют отвержения со стороны общества и не выносят информацию о себе за пределы семьи (44% выборки, пересечение групп А и D); лишь малая часть выносят информацию о себе в более широкий, чем семейный, круг общения и отмечают наличие социального отвержения (11% выборки, пересечение групп В и С); остальные варианты пересечений занимают равное промежуточное положение (по 22% выборки, пересечение групп А и С и групп В и D).

Выводы. Первичная адаптация опросника на самостигматизацию психически больных подростков позволяет выделить два значимых фактора, определяющих степень самостигматизации – готовность подростка открыться окружающим, связанная со степенью усвоения им негативных социальных стереотипов в отношении психически больных, и опыт межличностного взаимодействия, подтверждающий или опровергающий такие стереотипы, в свою очередь, усугубляющий или ослабляющий уровень самостигматизации. Требуется дальнейшая работа по адаптации опросника и проверка выдвинутых предположений на более репрезентативной выборке.

Литература

1. Кашкарева Т.В. Индивидуально-психологические факторы самостигматизации подростков с расстройствами шизофренического спектра: вып. квалификац. работа: Дипломная работа: Направление 37.05.01 «Клиническая психология». Специализация "Клинико-психологическая помощь ребенку и семье" / Мос. гос. психолого-пед. ун-т. – М., 2020. – 92 с. – URL: <http://www.psychlib.ru/inc/absid.php?absid=398579>.
2. Лебедева О.В., Социальная тревожность и самостигматизация у подростков с психической патологией: маг. дис.: 37.04.01. – Москва, 2021 – 85 с.
3. Moses T., Stigma and self-concept among adolescents receiving mental health treatment // American Journal of Orthopsychiatry. – 2009. - №2. – 261-274

Левкович К.С., Николаева Н.О.

ДИАГНОСТИКА ПИЩЕВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПОМОЩЬЮ НАБОРА КАРТОЧЕК «РЕБЕНОК И ЕДА»

ГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
kse-lev777@rambler.ru

Ключевые слова: диагностика пищевых предпочтений детей

Levkovich K.S., Nikolaeva N.O.

DIAGNOSIS OF FOOD PREFERENCES OF PRESCHOOL AND PRIMARY SCHOOL CHILDREN USING A SET OF CARDS «CHILD AND FOOD»

MSUPE Moscow, Russia

kse-lev777@rambler.ru

Keywords: diagnostics of children's food preferences

Данная методика была разработана в рамках курсовой работы, посвященной исследованию пищевого поведения младших школьников с расстройством аутистического спектра, с целью изучения пищевых предпочтений детей. Методика позволяет оценить особенности пищевого поведения детей и отличается тем, что информацию экспериментатор получает непосредственно от детей, а не только от их родителей или воспитателей.

Методика подходит для детей дошкольного и младшего школьного возраста, направлена на определение отношения ребенка к различным продуктам с целью определения ограниченности или разнообразия пищевых предпочтений. Также данная методика позволяет оценить популярность различных продуктов питания среди разных возрастных групп детей.

Экспериментатор предлагает ребенку карточки размером 5x5 см с цветными изображениями продуктов питания из 7 категорий (овощи, фрукты, мясные и молочные блюда, гарниры, фаст-фуд, напитки). Изображения подписаны названием продукта. Всего изображений 53. Время проведения методики 5–10 минут, в зависимости от состояния ребенка и его возможностей. В число изображений перечисленных категорий продуктов также мы намеренно включили еду разной консистенции и структуры, старались подбирать продукты разных цветов и в качестве контрольной проверки включили 2 яблока разных цветов (красное и зеленое). Это может выявить пищевую избирательность ребенка по цветовому фактору.

Карточки предъявляются по категориям, из каждой категории экспериментатор показывает поочередно по 1 карточке и задает вопросы: «Нравится ли тебе данный продукт?», «Как часто ты его ешь?». Второй вопрос задается в целях социологического исследования питания молодых семей. В начале или в конце проведения методики экспериментатор может задать ребенку вопрос «Что ты больше всего любишь и больше всего не любишь есть?».

Ответы респондентов на первый и второй вопросы оцениваются по 3-х бальной системе (1 – не любит данный продукт; 2 – еда не очень нравится, но ест; 3 – ребенок любит данный продукт) и заносятся в протокол. Схожим образом оценивается и ответ на второй вопрос – о том, как часто ребенок ест тот или иной продукт: редко – 1 балл, время от времени ест – 2 балла, часто ест – 3 балла. Мы исходили из того, что ответы на эти два вопроса могут не совпадать, например, гамбургер ребенок любит (3 балла), но получает этот продукт редко (1 балл).

В процессе проведения данной методики проводится наблюдение за поведением и реакциями детей, временем обдумывания ответа, что может быть использовано в ходе обработки полученных данных. В протокол также заносятся данные об эмоциональной включенности ребенка, его контактности.

Методика может быть полезна в изучении особенностей пищевого поведения у дошкольников и младших школьников как с различными нарушениями развития, так и у нормотипичных детей.

Литература

1. Альбицкая Ж.В., Касимова Л.Н. Возрастные особенности нарушений пищевого поведения у детей с ранним детским аутизмом и детской формой шизофрении. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2017; No 5–6: 5–10.
2. Дарвиш, О.Б. Возрастная психология: Учебное пособие / О.Б. Дарвиш; Под ред. В.Е. Ключко. – М.: КДУ, Владос-Пр., 2016. – 264 с.
3. Нейсон Б. О ключевых проблемах аутизма. Сенсорные аспекты аутизма. Аутизм и нарушения развития. 2016; Т. 14; No 3(52): 42–48.

4. Цукарева Е.А., Авчинников А.В., Алимова И.Л. Оценка физического развития и режима питания детей младшего школьного возраста // Вопр. питания. 2019. Т. 88, № 4. С. 34–40.

Максименко М.Ю.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЯХ И МЕХАНИЗМАХ ИХ ДЕФИЦИТАРНОГО РАЗВИТИЯ У СТАРШЕКЛАССНИКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

РГГУ, Институт психологии им. Л.С.Выготского, Москва, Россия,
vladmaks@yandex.ru

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, высшие психические функции, механизмы нарушения, функция программирования

Maksimenko M.

ABOUT THE FEATURES OF HIGHER MENTAL FUNCTIONS AND MECHANISMS OF THEIR DEFICIT DEVELOPMENT IN HIGH SCHOOL STUDENTS WITH MENTAL RETARDATION

RSUH, Vygotsky Institute of Psychology, Moscow, Russia,
vladmaks@yandex.ru

Keywords: neuropsychological diagnostics, higher mental functions, mechanisms of violation, programming function

Введение. Современная отечественная система образования предполагает обучение детей с УО в общеобразовательном учреждении по адаптированным программам. В связи с этим, если в младшем школьном возрасте соответствующий диагноз является правомерным, то дальнейший путь формирования их ВПФ является неоднозначным.

Важное понимание возможностей динамики психического развития к концу школьного обучения детей с УО формируется в результате полноценной нейропсихологической диагностики. Нейропсихологическая диагностика, предполагающая качественно-количественный анализ, позволяет представить в достаточном полном объеме информацию о состоянии всех ВФ, но и выделить основные дефицитарные/нарушенные механизмы психической деятельности[2].

С.Я. Рубинштейн писала, что у детей с умственной отсталостью «наряду с распадом происходит и развитие»[5, стр.3], поэтому необходимо изучать своеобразие психического развития умственно отсталых детей [5]

Основными нарушенными ВПФ всегда рассматривались речь, память и мышление. Однако, в этом случае не учитываются другие ВПФ, дефицитарность которых может формироваться по закону системности [1,3,4], либо парциальной дефицитарности.

Дефицитарность других ВПФ может присутствовать в значительно меньшей степени, В последнем случае выявляющиеся психические процессы, которые можно считать относительно сформированными, позволят прогнозировать сферу профессиональной деятельности, через которую соответствующий подросток может быть относительно социально адаптирован. Кроме этого, степень дефицитарности/нарушений исследуемых ВПФ на количественно-качественном уровне позволяет выделить основные (ведущие) нарушенные механизмы психической деятельности. В отечественной нейропсихологии детского возраста отсутствуют исследования по формированию ВПФ у детей с разными вариантами нарушений развития, в том числе и в старшем школьном возрасте. С целью расширения представления о динамике формирования ВПФ у детей с УО проведено эмпирическое исследование.

Материал и методики. Проводился анализ психического развития 10 учащихся 9-го класса (5 мальчиков и 5 девочек) ГБОУ №1321 «Ковчег», обучавшихся по показаниям ЦМППК по

программам 9,1 и 9.2. Использовался комплекс традиционных нейропсихологических методик исследования всех высших психических функций (ВПФ): праксиса, зрительного и оптико-пространственного гнозиса, речи устной и письменной, памяти слухо-речевой и зрительной, мышления вербально-логического, дискурсивного, наглядно-образного (понимание смысла сюжетных картин). Проводился качественно-количественный анализ состояния ВПФ и их составляющих в отношении механизмов (нейропсихологических факторов) [3,4].

Результаты. К возрасту 15-16 лет устная речь и понимание сформированы, память слухоречевая страдает не столько в отношении объема, сколько в отношении целенаправленного припоминания [5]. Наиболее дефицитарными, но разной степени, являются дискурсивное мышление (решение арифметических задач), сложные аналогии, установление причинно-следственных отношений при понимании смысла сюжетных картин (наглядно-образное мышление), а также усвоение программ в динамическом праксисе.

Проведенное исследование позволило выделить 3 варианта развития. К 1 варианту относятся 3 школьника (30%) с грубым отставанием в развитии функции программирования, всех видов речевой и неречевой деятельности. В этом случае при достаточно бедной речи недоступным является письмо даже на сенсомоторном уровне.

Ко 2 варианту относятся 4 школьника (40%), у которых ведущим является выраженный дефицит функции программирования, целенаправленного осуществления всех видов психических функций при относительной сформированности операциональной стороны речи. Бытовая повседневная речь не отличает эту группу детей от большинства школьников. Развернутое речевое высказывание - составление рассказа по сюжетным картинкам доступно при минимальной организующей помощи извне. Имеется достаточно выраженная степень дисграфии: доступно написание простых слов, фраз, копирование, страдает написание длинных слов и слов со стечением согласных как результат нарушения/дефицита функции последовательного перевода акустического образа в правильную последовательность графем и контроль за этим процессом. В слухоречевой памяти объем снижен не грубо, но при этом отчетливо проявляются инертность, нарушения избирательности, к.е. контаминации различного материала, вплетение побочных ассоциаций.

Минимально дефицитарной является гностическая сфера, в рамках которой проявляются лишь неточность подбора слова-наименования предметных изображений.

Наиболее неоднородной является 3-я группа в 3 человека (30%), у которых выявляется дефицит функции программирования средней степени, сочетающийся с выраженным дефицитом системы активации и дефицитом зрительно-пространственных функций, обеспечиваемых правым полушарием ГМ. Вполне оправданной является отнесение их к детям с УО в младшем школьном возрасте, когда низкий уровень системы активации препятствовал усвоению любого материала, в том числе и учебного, что приводило к значительно замедленному формированию всех ВПФ, в том числе и регулирующей функции речи. К старшему школьному возрасту не грубо и не устойчиво дефицитарной является функция программирования, максимально проблемной остается долговременная память как модально-неспецифическая, ограничивающая возможности формирования межфункциональных связей [1].

Резюме. Сопровождение процесса обучения детей с выраженными мнестико-интеллектуальными нарушениями на всех этапах обучения позволяет максимально стимулировать и компенсировать развитие всех ВПФ. Это обеспечивается разными формами обучения: малокомплектные классы, индивидуальная форма обучения и модификация содержательной стороны обучения: адаптация общеобразовательной программы, а также дополнительное сопровождение учебного процесса в виде занятий с дефектологом, логопедом, психологом.

Нейропсихологический анализ состояния ВПФ у старшеклассников с нарушениями развития позволяет выявить компенсаторные механизмы, носящие индивидуальный характер. Наряду с имеющейся дефицитарностью функции программирования и целенаправленности психической деятельности, присутствующей у детей в разной степени, доступно

формирование разных видов речевой деятельности, памяти и других ВПФ. Обеспечение целенаправленного формирования разных аспектов психической деятельности в условиях специальной организации учебного процесса позволяет обеспечить более полноценную социальную адаптацию подростков с первоначальным диагнозом «умственная отсталость».

Литература

1. Выготский Л.С. К вопросу о компенсаторных процессах в развитии умственно отсталого ребенка. М., «Педагогика», 1983. Т.5, с.115-136.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., Изд. Центр «Академия», 2002
3. Методы нейропсихологического обследования детей 6-9 лет. Под ред. Т.В.Ахутиной. М., В.Секачев, 2016.
4. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. Учебное пособие. СПб., Питер, 2008.
5. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., «Просвещение», 1970.

Малева З.П

НЕКОТОРЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДОШКОЛЬНОЙ ТИФЛОПСИХОЛОГИИ

ГБОУ ВО МО «Академия социального управления», Москва, Россия
E-mail: zp.maleva@list.ru

Ключевые слова: дети с нарушениями зрения, тифлопсихология, психолого-педагогическое обследование, комплексный подход.

Maleva Z. P

SOME THEORETICAL ASPECTS OF PRESCHOOL TYPHLOPSYCHOLOGY

GBOU VO MO "Academy of Social Management", Moscow, Russia
E-mail: zp.maleva@list.ru

Keywords: children with visual impairments, typhlopsychology, psychological and pedagogical examination, an integrated approach.

Как известно, объектом дошкольной педагогики является ребенок с момента его рождения до начала обучения в школе. В этом периоде развития у ребенка формируются индивидуальные психологические личностные качества, которые представляют собой основу для социально-нравственных качеств.

Тифлопсихологи утверждают, что в 3-х летнем возрасте даже слепой ребенок может освоить некоторые социальные навыки, а в среднем и старшем дошкольном возрасте дети с нарушенным зрением становятся способными понять свое отличие от зрячих сверстников.

Так же, как зрячий ребенок (З.П.Малева, 2020), ребенок с нарушенным зрением в дошкольном возрасте нуждается в максимальной помощи взрослых для удовлетворения своих основных жизненных потребностей, он имеет минимальную возможность самозащиты от неблагоприятных воздействий внешней среды. Именно в этом периоде развития наиболее существенно проявляются противоречия между возникающими у ребенка с нарушенным зрением новыми потребностями и редуцированными реальными возможностями их удовлетворения [3,4].

Помощь дошкольнику с неполноценным зрением может быть реализована в процессе воспитания. Процесс воспитания - это целенаправленный, организованный процесс создания условий развития личности, стимулирование развития каждого ребенка, направленное на раскрытие его потенциальных возможностей, его адаптацию в социуме как самостоятельной свободной личности. Воспитание ребенка нельзя обособить от его развития, эти процессы взаимосвязаны [1]. Правильно организованное воспитание всегда способствует ускоренному

развитию, ошибки в воспитании могут оказаться сильным тормозом развития. Стандартом в развитии ребенка с нарушенным зрением является зрячий ребенок.

Как известно, воспитание – это непрерывный длительный процесс, продолжающийся практически всю человеческую жизнь. Не случайно практически невозможно дать такое однозначное определение этому процессу, которое охарактеризовало бы все его аспекты. По своей структуре воспитательный процесс представляет собой сложную динамическую систему. Именно системный подход позволяет осознать его многогранность, понять взаимообусловленность и взаимодействие, всю иерархическую взаимосвязь его компонентов.

По утверждению Л.С. Выготского, личность ребенка развивается как единое целое (системно) по своим законам, а не как сумма, пучок отдельных функций, обособленных друг от друга [1]. Поэтому и личностные качества ребенка формируются одновременно и так же развиваются его сенсорные системы. Именно это обстоятельство и позволяет осуществлять полисенсорное воспитание дошкольников с нарушенным зрением, включая использование остаточного зрения. На некоторых этапах воспитательного процесса необходимо усилить внимание к развитию отдельных качеств личности, если они не соответствуют уровню развития остальных.

Мы не будем рассматривать известные модели систем воспитательного процесса, так как это достаточно полно освещено в литературе. Обратим внимание лишь на то, что любой воспитательный процесс обладает свойством инверсионности по отношению к двум своим компонентам, т.е. осуществляется от воспитателя к воспитуемому (прямая связь) и от воспитуемого к воспитателю (обратная связь). Чем более полной и адекватной является информация обратной связи, тем более эффективным и рациональным становится управление процессом воспитания.

Часто взаимодействие воспитателя и ребенка определяют как сотрудничество. Рассматривая психологическую сущность понятия «сотрудничество», З.П.Малева отмечает, что на разных стадиях возрастного развития ребенка оно проявляется в разной степени. В дошкольном периоде это в основном лишь опека: роль взрослого в организации деятельности ребенка и помощи ему максимальна (прямая связь), а роль ребенка в оказании помощи взрослым (обратная связь) минимальна. В условиях зрительной депривации эта обратная связь существенно ослабляется, а при глубоких зрительных патологиях может стать весьма незначительной [3,4,5].

Именно поэтому основной доминантой в воспитании дошкольника с нарушенным зрением становится руководящее воздействие воспитателя, чтобы правильно организовать формирование личности ребенка. Учет его интересов с позиции развития личности и составляет основу личностно ориентированного и комплексного подходов в воспитании.

В дошкольном периоде развития начинает зарождаться субъективный опыт личности (термин введен Э.Ф. Зеером), включающий в себя жизненный опыт человека [2]. Накопление жизненного опыта в этом возрасте идет интенсивно. Существует мнение, что человек от 2 до 5 лет усваивает больше, чем от 5 до 50 лет.

По утверждению З.П.Малевой, основой витагенного опыта является витагенная информация. Дошкольник с нарушенным зрением имеет малый начальный объем витагенной информации из-за редуцированного восприятия на суженной сенсорной сфере. Чаще всего начальную информацию о предметах и явлениях ребенок получает в вербальной форме, но она не является витагенной, т.к. пока не может быть актуализирована [3,4,5].

Мы уже писали (2020, 2021) о том, что обедненный чувственный опыт детей с нарушенным зрением и трудности, связанные с переработкой информации, приводят к неполноценности представлений, особенно тех, которые возникают без квалифицированного контроля со стороны взрослых. Житейские (донаучные) представления, формирующиеся в условиях ограниченного сенсорного восприятия на основе самостоятельной познавательной деятельности детей, часто значительно отличаются от научных представлений.

Известно, что с помощью мышления можно существенно возместить недостаток сенсорного опыта. Однако есть опасность возникновения так называемой фиктивной

компенсации. Л.С. Выготский писал в связи с этим, что нигде вербализм не пустил столь глубоких корней, как в тифлопсихологии. Именно поэтому так важна своевременная коррекция начальной витагенной информации при воспитании детей с нарушенным зрением. Научное понятие, по выражению Л.С. Выготского, должно «стать собственным понятием ребенка», только в таком состоянии оно может быть востребовано как витагенная информация и в дальнейшем перейти в витагенный опыт [1].

Ребенок получает витагенную информацию из многих источников. Редуцированные познавательные возможности, слабо развитые когнитивные способности дошкольников с нарушенным зрением значительно затрудняют процесс накопления этой информации, что сказывается на общем развитии детей. Поэтому одна из актуальных задач дошкольной тифлопсихологии заключается в комплексном подходе к формированию социально ориентированного витагенного опыта этих детей. Дошкольный возраст для этих целей наиболее сензитивен.

Даже малый когнитивный витагенный опыт, который имеет дошкольник с нарушенным зрением, может быть рационально использован. Это подтверждают исследования З.П. Малевой по вопросам подготовки детей младшего дошкольного возраста к лечению на специальных медицинских аппаратах, обеспечившие повышение эффективности лечебно-восстановительной работы с дошкольниками с нарушенным зрением [3,4,5].

Комплексный подход к воспитанию предполагает единство воспитательных взаимодействий со стороны дошкольного учреждения и семьи ребенка со зрительной патологией. Это взаимодействие должно проявляться в согласованности требований и единстве целей, осуществляться на уровне равноправного партнерства.

В настоящее время актуальной тифлопсихологической проблемой является ранняя психолого-педагогическая помощь детям с нарушением зрения. Каждого ребенка следует готовить к последующей самостоятельной жизни уже с раннего детства, и в этом неоспорима определяющая роль семьи. В семье формируются личностные качества, осуществляется начальная социальная адаптация ребенка.

Современная российская семья слабо ориентирована на равноправное партнерство в воспитании и социализации ребенка с отклонением в развитии. Не углубляясь в анализ причин такого положения, заметим, что одной из них является низкая тифлологическая грамотность родителей. Они не всегда имеют достаточные знания, необходимые для организации воспитания своего ребенка. Со стороны семьи нередко возникает противодействие некоторым требованиям тифлопедагогов.

Для организации эффективной помощи родителям нужно знать их реальные трудности в воспитании ребенка, их потребности в конкретной помощи. Только получив квалифицированную помощь специалистов, необходимый минимум специальных знаний об особенностях развития и воспитания своего ребенка, родители начинают осознанно относиться ко всему коррекционному процессу, понимать его цели и задачи, значимость для последующей жизни ребенка.

Именно в связи с этим необходимо целенаправленное тифлопсихологическое просвещение родителей ребенка с нарушением зрения, организация постоянной консультативной помощи специалистов всем членам семьи. Нужно активное вовлечение родителей в совместную коррекционно-воспитательную работу, их специальное обучение, включая совместную разработку коррекционно-реабилитационных программ, совместную организацию и проведение практических занятий с ребенком на дому, обучение наиболее результативным приемам и методам коррекционной работы с детьми.

Хотя воспитательный процесс имеет социальный характер, он всегда осуществляется по отношению к отдельным личностям, и социальная среда реализуется в отдельных индивидах. Л.С. Выготский утверждал, что воспитание не начинается на пустом месте: всегда существуют готовые и данные формы поведения ребенка, которые нужно будет изменять, трансформировать, а не создавать абсолютно новые (то есть во многих случаях воспитание – это перевоспитание) [1].

Поэтому первоначально надо точно знать наследственное, имманентные формы поведения, на основе которых будет надстраиваться личная сфера опыта ребенка. Здесь знание индивидуальных различий, потенциальных возможностей личности наиболее важно и значимо. Ориентация на «усредненного» ребенка недопустима.

Литература

1. Выготский, Л.С. Педагогическая психология [Текст] / Л.С. Выготский. — М.: Педагогика, 1991.
2. Зеер Э.Ф. Личностно ориентированное профессиональное образование. — Екатеринбург, 1997.
3. Малева, З.П. Создание специальных условий дошкольного образования детей с нарушениями зрения в условиях образовательной организации / Методические рекомендации. — М.: Изд-во АСОУ, 2021. — с. 68.
4. Малева, З.П. Ранняя профориентация детей с нарушениями зрения (слепые и слабовидящие). Методические рекомендации // МП РФ ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» ФГБНУ ИКП РАО. 2020. <https://ikp-rao.ru/metodicheskie-rekomendacii/soderzhanie-32/>
5. Малева, З.П. Профессиональная ориентация и социализация слепых и слабовидящих обучающихся // Конференциум АСОУ [Электронный ресурс] : сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций. Вып. 1 / сост. Е.А. Руднев- Электрон. дан. (7,93 Мб). - Москва: АСОУ, 2021. С.8-13.

Малькова С. Л., Рубан О. В.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ПРОДУКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В АДАПТАЦИИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

ГБОУ школа 717, Москва, Россия

malkova-sofya@mail.ru

"Московский институт психоанализа"

rubanolunj@mail.ru

Ключевые слова: дети с задержкой психического развития, продуктивная деятельность, адаптация

Malkova S. L. Ruban O. V.

APPLICATION OF METHODS PRODUCTIVE ACTIVITY IN ADAPTATION FOR SCHOOL EDUCATION CHILDREN A DEVELOPMENTAL DELAY

School 717, Moscow, Russia

malkova-sofya@mail.ru

"Moscow Institute of Psychoanalysis"

rubanolunj@mail.ru

Keywords: Children with a developmental delay, productive activity, adaptation

Вхождение каждого ребенка в новый школьный мир весьма непростая задача. Особо остро стоит эта проблема в процессе адаптации к школьному обучению детей с задержкой психического развития (ЗПР). Специфика развития детей с ЗПР препятствует своевременному овладению знаковой системой – письмом, чтением, операциями с числами. Дети, относящиеся к этой категории, могут испытывать различные формы дезадаптации. В связи с замедленным психическим развитием они редко нацелены на учебную деятельность, у них затруднено принятие и удержание инструкции, а как следствие, появляется состояние хронического неуспеха и искажение в формировании самооценки, изоляция в коллективе. Часто дети гиперкомпенсируют это в форме отклоняющегося поведения, фиксации на игре. [3]

В системе современного инклюзивного образования перед педагогами и психологами стоят непростые задачи адаптации детей с задержкой развития в образовательный процесс и систему отношений, развитие всех компонентов психики. Так как термин «задержка» определяет временный аспект недоразвития функций и предполагает возможность преодоления «задержки» с возрастом, то создание для детей благоприятных условий обучения будет способствовать наиболее гармоничному развитию и даст возможность раскрытия потенциала личности. [1]

В процессе поиска подходов к наиболее целостному развитию детей с ЗПР мы обратили внимание на методы продуктивной деятельности. Исследователи отмечают, что в процессе продуктивной деятельности ребенок овладевает способностью следовать как по заданному маршруту, так и самостоятельно задавать план, а отсутствие со стороны педагога каких-либо направлений деятельности и программирования на определенный результат приводит к формированию способности мыслить рефлексивно, т.е., задавать вопросы о составе и смысле своей деятельности и осознавать личное авторство. Анализ трудностей развития детей с ЗПР позволил сделать вывод о возможности применения такого подхода в адаптации детей к школьному обучению.

В процессе обучения детей продуктивной деятельности происходит развитие зрительно – моторной координации. Зрительный контроль над движением руки необходим на всех этапах создания продукта деятельности. Недостаточное развитие зрительно-двигательной координации ведет к промаху при попытке нарисовать предмет. Её возникновение тесно связано у ребёнка со всем психическим развитием ребёнка. На творческих занятиях, с помощью конструирования, лепки, аппликаций ребенок знакомится с категориями формы, размера, цвета, может решать творческие задания на нахождение какого-либо предмета по заданным характеристикам. Это способствует развитию логического и образного мышления. В процессе творческой деятельности дети делятся своими впечатлениями друг с другом, непосредственно в процессе создания картины размышляют вслух о содержании изображения, о развитии сюжета и своем отношении к героям - это позволяет детям с ЗПР быстрее овладеть речью, развивать слухо-речевую память, обогащать пассивную и активную лексику. Таким образом, мы пришли к выводу, что разнообразие форм продуктивной деятельности ведет к гармоничному развитию психических процессов. Теоретический анализ педагогической, психологической и медицинской литературы по исследуемой проблеме позволил нам разработать комплексную программу для успешной адаптации в коллективе и развитию произвольности ребенка с ЗПР.

Разработанная программа направлена на проектирование модели продуктивной деятельности в образовательной и коррекционно-развивающей психолого-педагогической работе, максимально обеспечивающей создание условий для развития творческого потенциала детей с ЗПР, их позитивной социализации.

Исследование проводилось в процессе написания выпускной квалификационной работы. [2] В своей работе мы поставили цели - проверить эффективность разработанной программы и адаптировать методы продуктивной деятельности к задачам развития детей с ЗПР.

Для проверки эффективности разработанной программы был проведен формирующий эксперимент. Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе проводилась диагностика психофизического развития детей, на втором этапе непосредственно занятия с применением метода продуктивной деятельности, на заключительном этапе вновь проводилась диагностика, позволяющая делать выводы об эффективности подхода. В исследовании приняли участие дети с задержкой психического развития, обучающиеся по рекомендованной ЦПМПК программе 7.2. (данные зафиксированы в медицинских документах детей). Дети были разделены на 2 группы – контрольную и экспериментальную. Всего в исследовании приняли участие 40 младших школьников в возрасте от 6 лет 10 месяцев до 7 лет 9 месяцев, из них мальчиков 23, девочек 17. Эксперимент проводился в течение 9 месяцев.

На этапе первичной диагностики нам было важно определить основные трудности в развитии детей с ЗПР. Выбранные методы исследования позволили наиболее полно увидеть картину нарушений, поставить мишени для коррекционно – развивающей работы.

Были использованы следующие методики: методика исследования слухоречевой памяти А.Р. Лурия; «Уровень невербального мышления» (тест Равена); Методика «Исключение лишнего» (вербальный вариант); Методика «Корректурная проба».

На этапе формирующего эксперимента нами была проведена апробация программы. Дети из экспериментальной группы дополнительно к школьной программе посещали индивидуальные и групповые занятия с применением методов продуктивной деятельности 2 раза в неделю. Продолжительность занятий 40 минут. На заключительном (контрольном) этапе исследования была проведена повторная диагностика с целью определения эффективности реализованной программы, направленной на психическое развитие младших школьников с ЗПР.

Математическая обработка данных показывает, что получены статистически значимые различия по развитию когнитивных способностей детей с ЗПР: количество младших школьников со средним уровнем развития слухоречевой памяти повысилось на 20%; количество младших школьников с очень низким уровнем невербального мышления (по серии А и В) сократилось на 10%. В уровне развития мышления (исключение понятий) также зафиксирована положительная динамика: 25% детей перешли из категории детей с низким уровнем развития мышления в категорию с уровнем развития в норме, число младших школьников с уровнем выше среднего повысилось на 5%. Количество младших школьников со средним уровнем концентрации внимания повысилось на 15%. У младших школьников контрольной группы статистически достоверных сдвигов не обнаружено ни по одному из анализируемых нами параметров психического развития детей.

Таким образом, проведенное исследование показало эффективность методов продуктивной деятельности в развитии детей с ЗПР. Дети из экспериментальной группы легче адаптировались к школьному обучению, показали более высокие результаты в освоении программы первого класса.

Литература

1. Алехина С.В, Семаго Н.Я., Фаина А.К., Инклюзивное образование. Выпуск 1. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. – 272 с.
2. Малькова С.Л. магистерская диссертация «Продуктивная деятельность как средство психического развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья».
3. Рубинштейн С.Л. Принцип творческой самодеятельности / С.Л. Рубинштейн // Вопросы психологии. – 1986. – № 4. – С. 101–109.

Никифорова П. Д., Калантарова М. В.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ДЕТЕЙ, ВОСПИТАННЫХ В СТИЛЕ «ЕСТЕСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА»

ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва, Россия
polinika20@mail.ru, kalantarovamv@mgppu.ru

Ключевые слова: естественное родительство, эмоциональная регуляция, когнитивные процессы, подростки

Nikiforova P., Kalantarova M.

FEATURES OF EMOTIONAL REGULATION OF COGNITIVE PROCESSES OF CHILDREN BROUGHT UP IN THE STYLE OF "NATURAL PARENTING"

MSUPE, Moscow, Russia

polinika20@mail.ru, kalantarovamv@mgppu.ru

Keywords: natural parenting, emotional regulation, cognitive processes, teenagers

Введение. «Естественное родительство» (attachment parenting) — это широкий термин, объединяющий идеологии и практики родительства, в которых главную роль во взаимодействии матери и ребенка на ранних этапах развития играет тесный эмоциональный и телесный контакт. Практики «естественного родительства» могут включать совместный сон, ношение ребенка на себе, длительное грудное вскармливание и другие способы укрепления «естественной» связи ребенка и матери. Все принципы данного типа воспитания направлены на формирование базового доверия ребенка к миру, что, по сути, аналогично понятию надежной привязанности Дж. Боулби. Такое родительское поведение способствует формированию совместной регуляции эмоций, которая непосредственно благоприятствует развитию самостоятельной эмоциональной регуляции. Некоторые исследования доказывают, что при надежном типе привязанности эмоциональная регуляция развивается полноценно, в то время как ненадежные типы привязанности могут мешать ее развитию [4].

При анализе эмоциональных процессов разными авторами выделяется широкий спектр их функций. Эмоции и эмоциональные состояния обеспечивают переживание и оценку:

а) субъективных внутренних состояний человека;

б) необходимости избирательных взаимодействий с окружающим миром и всех условий, связанных с такими взаимодействиями;

в) успешности/неуспешности результатов данных взаимодействий и всех факторов, влияющих на достижение успеха [2]. Данное исследование носит пилотный характер.

Цель исследования – определить особенности эмоциональной регуляции детей, воспитанных в стиле «естественного родительства».

Испытуемые. Выборка состояла из 19 детей и подростков, 10 девочек, 9 мальчиков, возраст от 9 до 16 лет. Из них 10 человек были отнесены в экспериментальную группу и 9 в контрольную. Группы были разделены на основании ответов матерей об их взаимодействии с детьми в младенчестве и раннем детстве. В качестве критических были использованы следующие параметры: 1) длительное грудное вскармливание (от 8 месяцев до 3 лет и 7 месяцев); 2) совместный сон в одной кровати или приставной кроватке; 3) регулярное использование слинга или эргорюкзак; 4) педагогический прикорм; 5) раннее высаживание. При соответствии 3-м и более критериям «естественного родительства», испытуемого относили к экспериментальной группе.

Образование матерей: 15 высшее, 4 среднее специальное.

Методики. Для решения поставленных задач были использованы следующие методики:

1. Комплексное нейропсихологическое обследование по экспресс-методике Цветковой Л.С.

2. Методика Ч. Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности в адаптации Ю.Л. Ханина для 12-17 лет.

3. Методика оценки уровня притязаний в модификации С. Я. Рубинштейн [3]. Процедура предъявления и инструкция стереотипные. Независимо от объективной успешности выполнения задания, психолог периодически давал негативную обратную связь, выраженную невербально. При оценке результатов отмечалось, на сколько уровней сложности ниже или выше испытуемый выбирал следующую задачу после неуспешного (объективно или субъективно) решения задачи.

Результаты. Между детьми экспериментальной и контрольной групп были выявлены достоверные различия по показателям ситуативной и личностной тревожности. Дети и подростки из экспериментальной группы демонстрировали более низкие показатели ситуативной и личностной тревожности.

Дети из экспериментальной группы после ситуаций неуспеха в среднем выбирали следующую задачу более сложного уровня, чем дети из контрольной группы. То есть они оказались более эмоционально устойчивы к объективным или необъективным ситуациям неуспеха.

Резюме. Выявлено, что дети и подростки, воспитанные в стиле «естественного родительства» демонстрируют более высокую эмоциональную устойчивость, что свидетельствует о более развитой эмоциональной регуляции. Развитая эмоциональная регуляция, влияя на мотивацию к обучению и решению задач, воздействует и на когнитивные процессы. У таких детей выше готовность к усвоению материала, решению задач, они проявляют большую настойчивость в преодолении возникающих трудностей [1]. Устойчивость к ситуациям неуспеха позволяет сохранять продуктивность деятельности, в том числе интеллектуальной, даже после неудач. Положительные эмоции, не сопровождаемые стрессом и тревогой, способствуют рассмотрению большего количества вариантов действий [5].

Литература

1. Берман, Н. Д. Роль эмоций в обучении / Н. Д. Берман // Актуальные направления современной науки, образования и технологий : Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Чебоксары, 23 апреля 2020 года. – Чебоксары: Негосударственное образовательное частное учреждение дополнительного профессионального образования "Экспертно-методический центр", 2020. – С. 277-282.
2. Маланов, С. В. К вопросу о психологических механизмах развития эмоциональной регуляции у животных и человека / С. В. Маланов // Вестник Марийского государственного университета. – 2013. – № 11. – С. 56-61.
3. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. — 448 с.
4. Leerkes EM, Wong MS. Infant Distress and Regulatory Behaviors Vary as a Function of Attachment Security Regardless of Emotion Context and Maternal Involvement. *Infancy*. 2012;17(5):455-478.
5. Norman, D. A. Emotion and design: Attractive things work better. *Interactions Magazine*, ix (4), 2002, 36-42.

Новикова Г.Р.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПСИХОЛОГА ПРИ ОЦЕНКЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ПЕРЕХОД К КЛАССИФИКАЦИЯМ DSM-V И МКБ-11

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия
gr_novikova@mail.ru

Ключевые слова: умственная отсталость, интеллектуальная недостаточность, психодиагностическая компетентность психолога, DSM-V, МКБ-11

Novikova Galina R.

PSYCHODIAGNOSTIC COMPETENCE OF THE PSYCHOLOGIST IN ASSESSMENT MENTAL DISABILITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: TRANSITION TO DSM-V AND ICD-11 CLASSIFICATIONS

Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Addiction, Moscow, Russia
gr_novikova@mail.ru

Key words: mental retardation, intellectual disability, psychodiagnostic competence, DSM-V, ICD-11

Необходимость освещения психологических проблем диагностики умственной отсталости обусловливается достаточно частыми ошибками в квалификации этого состояния. Запоздалая верификация диагноза умственной отсталости и ошибки при ее отграничении от других форм задержанного и искаженного развития не позволяют своевременно выработать максимально эффективную стратегию медико-психологической помощи нуждающимся в ней. Показатели распространенности умственной отсталости среди разных возрастных групп населения в значительной степени различаются, что объясняется большей значимостью критерия социальной адаптации при постановке диагноза. Максимальные значения данного показателя приходится на возраст 10-19 лет, т.е. возраст, в котором общество предъявляет наиболее высокие требования к уровню познавательных способностей (всеобщее школьное образование, призыв на военную службу и др.).

Согласно МКБ-10 (Международной классификации болезней 10-го пересмотра), умственная отсталость – гетерогенная группа нарушений нейроразвития, характеризующаяся значительным снижением уровня интеллектуального функционирования и адаптивного поведения по сравнению с возрастными нормативами. В целях дестигматизации термин «умственная отсталость» в DSM-V (Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания) заменён на «интеллектуальная несостоятельность / недостаточность» (intellectual disability). В МКБ-11 планируется использовать термин «расстройство интеллектуального развития» [2, 3]. В качестве критериев диагностики предлагается оценивать не только уровень умственных способностей, но и степень реабилитационного потенциала.

Основой для оценки уровня интеллектуального функционирования (критерий «А») остается тестирование коэффициента умственного развития (IQ). При этом отмечается, что измерение IQ менее достоверно в нижней части диапазона, а сопутствующие расстройства и феномен «эффекта Флинна» могут повлиять на диагностику интеллектуальной недостаточности у значительной части обследуемых. Неустойчивость строгих категориальных границ на континууме между нормой и патологией, размерные аспекты диагноза, которые включают DSM-V и МКБ-11, усиливают потребность в психологических данных при квалификации расстройства. Сформированность у специалистов компетенций в области психологической диагностики умственной отсталости предполагает усвоение диагностических задач, знание диагностических мишеней, ориентировку в клинико-психологических признаках, релевантных психическому расстройству, владение психодиагностическими методами.

Задачи психологической диагностики умственной отсталости предполагают: 1) квалификацию умственной отсталости как состояния общего психического недоразвития с интеллектуальной недостаточностью; 2) оценку степени интеллектуального снижения (уровня интеллектуального развития); 3) психологическую характеристику структурных особенностей психического недоразвития; 4) анализ результатов психологического исследования в сопоставлении с клиническими наблюдениями и способностью индивида адаптироваться к повседневным запросам нормального социального окружения. Диагностическими мишенями выступают: 1) система способностей, умений и навыков, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий интеллектуальный уровень; 2) высшие формы познавательной

деятельности – обобщение и абстракция; 3) общие предпосылки продуктивности интеллектуальной деятельности (умственная работоспособность, внимание, память); 4) уровень обучаемости – объем помощи, необходимой ребенку для решения предложенной задачи, его способность к логическому переносу усвоенного.

Гетерогенная группа патологических состояний при умственной отсталости имеет релевантные ей клинико-психологические признаки: тотальный характер недоразвития, охватывающий все сферы психической деятельности; иерархичность нервно-психического недоразвития; выступающая на первый план недостаточность высших форм познавательной деятельности – обобщения и абстрагирования. Познавательную сферу характеризует ряд особенностей, затрагивающих все ее стороны: а) сужение объема восприятия, недостаточная дифференцированность и нарушение целостности образа, снижение перцептивной активности; б) выраженный дефицит произвольного внимания в виде сужения объема, трудности распределения и переключения, истощаемости; в) неспособность самостоятельно использовать мнемические стратегии, облегчающие сохранение и организацию материала при его запоминании (намеренное повторение, группировка, опосредование); г) затруднения при поиске и извлечении из памяти информации, которая была усвоена (кратковременная память может быть не затронута); д) расстройства мыслительной деятельности – страдают процессы абстрагирования, планирования, логическое мышление, выработка релевантных гипотез при решении задач; снижен уровень обобщения, затруднен перенос решения конкретной задачи на схожие задачи.

В классификациях DSM-V и МКБ-11 сохранена традиционная градация интеллектуальной недостаточности по уровням тяжести, таким как легкая, средняя, тяжелая и глубокая, которая обычно проводится с применением стандартизованных тестов (стандартизованы процедуры диагностики и принятия решений, возрастные нормативы). Используются тестовые батареи (шкала интеллекта для детей Векслера, шкала умственного развития Стэнфорд-Бине и др.) и монометрические тесты («Культурно-свободный тест» Р. Кэттелла, «Тест интеллектуального потенциала» Л.И. Вассермана и соавт.; и др.). Практика психометрического тестирования может быть дополнена клинико-психологическим обследованием в условиях специально моделируемого психологического эксперимента, когда в контексте целостной оценки психической деятельности осуществляется качественный анализ когнитивных способностей и определение уровня обучаемости испытуемого. В этом случае традиционными методиками являются «Исключение четвертого», интерпретация идиом, сравнение пар понятий, «Корректирующая проба», заучивание 10-ти слов, опосредованное запоминание и др.

Диагноз «расстройства интеллектуального развития» до четырёхлетнего возраста является предварительным. Для младенцев и детей раннего возраста могут быть рекомендованы специально разработанные шкалы развития (шкала развития Н. Бейли, Денверовский скрининговый тест).

Невербальное тестирование обеспечивает более полную картину интеллектуальной деятельности ребенка с ограниченными возможностями. Невербальные тесты включают задания в наглядной форме, предполагают использование невербального материала (геометрические фигуры, рисунки, фотографии, предметы, необычные геометрические рисунки). Средства измерения невербального интеллекта адаптируются и для тестирования лиц с нарушениями анализаторных систем (слуха, зрения, моторики): вводятся изменения в стандартные процедуры тестирования – форму подачи материала, методы для сообщения инструкций. Исследование проводят с помощью таких инструментов, как невербальная шкала теста Векслера (WISC-R), «Прогрессивные матрицы Равена», тест рисования Гудинаф-Харриса, а также тестов действия с манипулированием предметами – международная шкала действия Лейтер, шкала действия Артура, лабиринты Портеуса (могут использоваться самостоятельно и как часть шкалы действия Артура).

Эффект Флинна (увеличение средних баллов IQ по всему миру в последние годы) означает, что новое поколение демонстрирует на старых тестах все более высокие результаты [1]. Проводящий обследование специалист должен иметь в виду этот возможный артефакт при

интерпретации показателей. Рекомендуется примерно каждые десять лет обновлять задания, успешность выполнения которых определяется расширением опыта восприятия окружающего, повышением образовательного и культурного уровня.

Тяжесть расстройства определяется не только по IQ, но и по степени адаптивной дисфункциональности в трех областях (критерий «В»): концептуальной (например, академические навыки); социальной (например, речь, общение, навыки межличностного общения), а также практической (например, навыки самообслуживания и опрятности). Этот многоуровневый подход обеспечивает постановку диагноза на основании широкой оценки воздействия расстройства на функционирование, а не основывается исключительно на конкретных жалобах и тестировании интеллекта.

Литература

1. Валуева Е.А., Белова С.С. Эффект Флинна: обзор современных данных // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2015;12(4):165–183. doi:10.17323/1813-8918-2015-4-165-183.
2. Darrel A. Regier, Emily A. Kuhl, David J. Kupfer. DSM-5: Классификация и изменения критериев // Всемирная Психиатрия. 2013;12(2):88-94. doi: 10.1002/wps.20050.
3. Krasnov VN. ICD-11 as a paradigm shift phase in the classification of mental disorders // Consortium Psychiatricum. 2021;2(2):72-75. doi:10.17816/CP70.

Сафонова М.Г., Зверева Н.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИГРЫ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЁЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ (ТНР)

ГБОУ Школа №2087, Москва, Россия
milovm@mail.ru
ФГБОУ ВО МГППУ, ФГБНУ НЦПЗ
Москва, Россия
nwzvereva@mail.ru

Ключевые слова: игра, дети с тяжёлыми нарушениями речи, диагностические методики

Safonova M.G., Zvereva N.V.

A STUDY OF PLAY IN OLDER PRESCHOOL CHILDREN WITH TNR (SEVERE SPEECH DISORDERS)

School No.2087 milovm@mail.ru
MSUPE, MHRC, nwzvereva@mail.ru

Keywords: play, children with severe speech disorders, diagnostic techniques

Из года в год, многочисленными исследованиями подтверждается важность игры для развития ребёнка от младенческого до юношеского возраста с разными вариантами развития (Выготский, 1966, Эльконин, 2000, Спиваковская, 2000, Баряева, Зарин, 2001, Гаврилушкина, Егорова, 2007, Смирнова, Рябкова, 2010, Колягина, 2011, Сенина, 2011, Кравцов, Кравцова, 2017, Обухова, 2018). Именно в игре у ребёнка происходят важные изменения – он учится управлять своим поведением, совершенствует коммуникативные навыки, у него формируются новые качества личности, развиваются высшие психические функции. Проблема детской игры не теряет актуальности на данный момент, постепенно вытесняясь из повседневной жизни ребёнка ежедневными, развивающими занятиями или заменяясь на гаджеты. Дети не «доигрывают» в дошкольном возрасте, и игра переходит в школьный возраст [6]. Также, последние годы отмечается значительное увеличение количества детей с ОВЗ дошкольного возраста, в частности с тяжёлыми нарушениями речи. Перед педагогами стоит задача – естественной и эффективной, коррекционной помощи детям с ОВЗ. Игра, как ведущая

деятельность для детей, как при нормативном, так и при отклоняющемся развитии должна быть в коррекционной работе педагогов. [1].

Поэтому одной из задач нашего исследования [5] был подбор инструментария для диагностики игры у детей с тяжёлыми нарушениями речи.

Методики: 1) авторские опросники для родителей, воспитателей и детей. 2) Модификация методики «Кинетический рисунок семьи» - рисунок на тему «Семья играет» [4]. 4) Внешнее структурированное наблюдение самостоятельно организованных игр детей старшего дошкольного возраста в контрольной и экспериментальной группах.

Испытуемые. 20 детей с ТНР 5-7 лет, посещающих логопедическую дошкольную группу в ГБОУ Школа № 2087 города Москвы и 10 родителей. В качестве контрольной группы выступают 20 нормативно развивающихся детей 5-7 лет, также посещающих дошкольные группы и 12 родителей, а также 4 воспитателя дошкольных групп.

Результаты опроса родителей показали, что игровые интересы детей обеих групп разнообразны и не имеют принципиальных различий. Но родители детей с ТНР в большей степени влияют на выбор игрушек для ребёнка, по сравнению с контрольной группой. А родители контрольной группы отмечают больше источников сюжетов для детских игр и разнообразие занятий для ребёнка, помимо игр. По результатам проведённой методики «Кинетический рисунок семьи» – «Семья играет» отмечены своеобразные тенденции в отображении совместных игр родителей и детей с ТНР. А именно, менее чёткая прорисовка изображения, меньшее количество предметов и деталей, более слабый контроль взрослых за игрой детей, по сравнению с рисунками родителей нормотипичных детей. Эти тенденции, в перспективе, требуют дальнейшего изучения. Среди любимых игр детей родители обеих групп отмечают подвижные и сюжетно-ролевые игры. Это, в целом, подтвердилось при анализе беседы, с использованием опросника, с детьми обеих групп. Опросник, адресованный детям, направлен на исследование игровых интересов и предпочтений детей в условиях дома и в условиях детского сада, где у детей больше возможности играть в сюжетно-ролевые игры со своими сверстниками. В сочетании с анализом опроса родителей экспериментальной и контрольной групп в ходе использования данной методики становится ясно, что игровые интересы всех детей старшего дошкольного возраста аналогичны, и наличие тяжёлого нарушения речи у детей экспериментальной группы никаким образом на них не влияет. Игровые интересы детей обеих групп схожи друг с другом, как в саду, так и в домашних условиях. На вопрос о замысле игры, было видно, что детям с ТНР трудно рассказать о своих игровых задумках, действиях, правилах той или иной игры. Это может говорить о невозможности заранее построить, запланировать ход своей игры. Дети экспериментальной группы менее склонны обсуждать с другими детьми, во что им поиграть, по сравнению с детьми контрольной группы, где больше совместных обсуждений будущей игры и совместных выборов. Эти факты можно связать с психологическими особенностями развития данных детей: затруднениями в планировании деятельности, затруднениями в словесной формулировке своих мыслей и некоторыми другими особенностями, сопровождающими речевые нарушения у детей. По результатам внешнего наблюдения за свободной игрой детей были выявлены следующие различия:

Снижение времени протекания игр, по сравнению с нормативно развивающимися детьми. Игровые сюжеты (направления) в экспериментальной группе, в среднем, занимали 10-15 минут, в контрольной – 40-50 минут.

Меньшее количество партнёров по игре (3-4 человека), по сравнению с нормативно развивающимися детьми (5-6).

Однообразные игровые действия и сюжеты, по сравнению с нормативно развивающимися детьми (динамика сюжетов, более инертная, практически не использовались предметы-заместители).

Меньшее количество диалогов между партнёрами в игре, по сравнению с нормативно развивающимися детьми.

Последним этапом исследования была беседа с воспитателями с применением опросника. Воспитатели при выборе игры ориентированы на детей. В целом, знают их игровые предпочтения. По результатам наблюдения за игрой детей было выявлено, что роль воспитателей в игре отличается в группах. В экспериментальной группе - это больше сторонний наблюдатель, иногда помощник, в контрольной группе – партнёр, наравне с детьми.

Резюме. Разработанные для исследования игры опросники можно применять в работе с детьми, родителями и воспитателями. Рисуночная методика «Семья играет» перспективна для продолжения изучения игры детей с различными нарушениями развития в динамике. Это позволит более эффективно разрабатывать практические рекомендации и программы по работе с детьми с тяжёлыми нарушениями речи для педагогов и специалистов в дошкольных группах. Исследование позволяет констатировать, что на данный момент уровень развития детской игры значительно ниже, чем игра сверстников прошлых лет. По-видимому, ее развитие происходит с учетом новых реалий социальной ситуации развития (гаджеты, цифровизация и т.п.), что, безусловно, требует продолжения исследований своеобразия игровой деятельности нормотипичных детей и с разными вариантами дизонтогенеза.

Литература

1. Баряева Л.Б. Зарин А. Обучение сюжетно-ролевой игре детей с проблемами интеллектуального развития: Учебно-методическое пособие. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена; Изд-во «СОЮЗ», 2001. (Серия «Коррекционная педагогика»). 416 с.
2. Гаврилушкина О.П., Егорова А.А. Игровая деятельность дошкольников при интеллектуальных расстройствах // Психологическая наука и образование. – №5 2007 г.
3. Кравцов, Г. Г. Кравцова Е.Е. Психология игры: культурно-исторический подход. М.: Левь, 2017.
4. Обухова А.В. Родительские представления об игре детей с расстройствами аутистического спектра в возрасте от 3 до 5 лет. Магистерская диссертация. – Москва, 2018. 66 с.
5. Сафонова М.Г. Особенности игры у детей с тяжёлыми нарушениями речи. Магистерская диссертация, М., МГППУ, 2021, 108 с.
6. Смирнова Е.О. Абдулаева Е.А. Кремлёва А.Ю. Игры и игрушки вашего ребёнка. Методическое пособие «Русское слово» Москва, 2018.

Софрина А.Н.

ФЕНОМЕН ДОВЕРИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ШКОЛАХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО И ИНТЕРНАТНОГО ТИПА

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия
Электронный адрес: an.sofrina2016@yandex.ru

Ключевые слова: младший школьный возраст, феномен доверия, школа общеобразовательного типа, школа интернатного типа.

Sofrina A.N.

THE PHENOMENON OF TRUST IN PRIMARY SCHOOL-AGE CHILDREN STUDYING IN GENERAL EDUCATION AND BOARDING SCHOOLS

Ryazan State Medical University of the Ministry of Health of Russia,
Ryazan, Russia
Email address: an.sofrina2016@yandex.ru

Keywords: primary school age, the phenomenon of trust, a general education school, a boarding school.

Введение. В современном мире зачастую возникают проблемы в межличностных взаимоотношениях людей, основанием для которых является вопрос доверия. Доверие начинает формироваться в самом начале жизни при общении ребенка с матерью посредством заботы и любви. Если бы детство каждого человека протекало в одинаковых условиях, в атмосфере гармоничных отношений с родителями, то проследить за формированием феномена доверия было бы намного проще, но в условиях часто встречающейся материнской депривации, ограничениях в семейных контактах и безэмоционального воспитания, этот механизм существенно различается.

Опираясь на современное представление о психологических особенностях феномена доверия, необходимо дать следующее определение этому понятию, предложенное Т.П. Скрипкиной: «Доверие – установка личности, представляющая безусловную веру, а иногда и заменяющая ее». Данное определение, по мнению большинства исследователей, является всеобъемлющим, так как сама Т.П. Скрипкина в своих работах отмечала, что сущность данного явления имеет глубоко психологическую природу и служит основой как отношений между людьми, так и взаимодействия человека с миром в целом и даже с самим собой [2].

Возраст 7-10-11 лет в периодизации Д.Б. Эльконина является достаточно интересным этапом как физического, так психического и социального развития. Это сензитивный период для формирования познавательного отношения к миру, навыков учебной деятельности, организованности и саморегуляции [3].

Итогом исследований особенностей детей, обучающихся в школах-интернат является тот факт, что у большинства воспитанников, психическое развитие несколько запаздывает относительно их сверстников, обучающихся в общеобразовательных учреждениях [1]. Причинами такого вывода в основном видят условия школ, а также специфику распорядка дня, и недостаток общения с родителями.

В чем проявляется различие в уровне доверия детей, обучающихся в школе общеобразовательного и интернатного типа – центральная проблема данного исследования. Актуальность данного исследования напрямую связана с возрастающей ролью изучения социального феномена доверия, закладывающегося в период становления личности с целью обеспечения оптимального межличностного взаимодействия и минимизации динамично возникающих межличностных конфликтов в современном мире.

Цель исследования - изучение особенностей феномена доверия у детей, обучающихся в школе общеобразовательного и интернатного типа.

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические аспекты анализируемой проблемы.
2. Подобрать методический инструментарий, направленный на исследование изучаемого феномена.
3. Провести эмпирическое исследование, проанализировать полученные результаты и сформулировать выводы.

Объект исследования - феномен доверия у детей младшего школьного возраста.

Предмет исследования - психологические особенности феномена доверия у детей младшего школьного возраста, обучающихся в школах общеобразовательного и интернатного типа.

Гипотеза исследования: психологические особенности феномена доверия у детей младшего школьного возраста, обучающихся в школах интернатного типа, отличаются от психологических особенностей феномена доверия у детей младшего школьного возраста, обучающихся в школах общеобразовательного типа.

Выборка: 30 детей младшего школьного возраста, обучающихся в Шацкой средней общеобразовательной школе (9-10 лет); 30 детей младшего школьного возраста, обучающихся в ОГБОУ «Шацкая школа-интернат» (8-10 лет).

Материал и методы исследования: теоретический анализ психологической, философской научной литературы по анализируемой проблеме; методика А.Б. Купрейченко «Методика изучения доверия/недоверия личности миру, другим людям, себе»; методика М. Розенберга

«Шкала доверия»; методика Т. П. Скрипкиной «Рефлексивный опросник уровня доверия к себе» (модификация опросника для школьников); Сочинение на тему: «Что такое доверие?». Для обработки результатов исследования использовался U-критерий Манна — Уитни и контент – анализ.

Результаты. При статистическом анализе данных по методике А.Б. Купрейченко «Методика изучения доверия/недоверия личности миру, другим людям, себе» *не удалось выявить значимых различий* в уровне доверия миру, другим людям, себе у детей младшего школьного возраста, обучающихся в школах общеобразовательного и интернатного типа.

При статистическом анализе данных по методике М. Розенберга «Шкала доверия» *не удалось выявить значимых различий* в уровне выраженности доверия у детей младшего школьного возраста, обучающихся в школах общеобразовательного и интернатного типа.

При статистическом анализе данных по методике Т. П. Скрипкиной «Рефлексивный опросник уровня доверия к себе» (модификация опросника для школьников) *удалось выявить значимые различия* в уровне выраженности доверия к себе у детей младшего школьного возраста, обучающихся в школах общеобразовательного и интернатного типа.

Результат применения метода контент-анализа подтверждает *значимость различий* между независимыми выборками по уровню выраженности доверия.

По методике «Сочинение на тему: «Что такое доверие?»» *удалось выявить значимые различия* в уровне выраженности представления о доверии у детей младшего школьного возраста, обучающихся в школах общеобразовательного и интернатного типа.

Выводы:

1. Общий уровень доверия у детей младшего школьного возраста, обучающихся в школе интернатного типа существенно не отличается от общего уровня доверия детей младшего школьного возраста, обучающихся в общеобразовательной школе.

2. Существенные статистические различия имеются в уровне выраженности доверия к себе у младших школьников, обучающихся в школах общеобразовательного и интернатного типа. Уровень выраженности доверия к себе больше у детей, обучающихся в школе общеобразовательного типа, соответственно, младшие школьники из школы интернатного типа проявляют меньше доверия к себе.

3. Различия между двумя выборками проявляются в общем понимании феномена доверия, что было нами доказано с помощью использования метода контент-анализа. Дети, из общеобразовательных школ шире понимают феномен доверия, в то время как младшие школьники из школы интернатного типа в большей степени склонны объяснять феномен доверия через обращение к конкретным ситуациям.

Таким образом, различия в уровне выраженности доверия у детей младшего школьного возраста, обучающихся в школах общеобразовательного и интернатного типа имеются, но в исключительном виде доверия, как психологического феномена. Также характерны различия в понимании феномена доверия. Общий показатель доверия не различается.

Литература

1. Дубровина И.В. Рабочая книга школьного психолога / И.В. Дубровина, М.К. Акимова, Е.М. Борисова. - Москва: Просвещение, 1991. – 303 с.
2. Скрипкина Т. П. Психология доверия. Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Т.П. Скрипкина. - М.: Академия, 2000. - 264 с.
3. Шаповаленко, И. В. Психология развития и возрастная психология : учебник и практикум для академического бакалавриата / И. В. Шаповаленко. — 3е изд., перераб. и доп. — Москва : Юрайт, 2015. — 576 с. — (Бакалавр. Академический курс).

Терьян Я.Н., Иванов М.В.

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМИ ВИДАМИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
yaroslava.psiholog@gmail.com

Ключевые слова: интернет-зависимость, подростковый возраст, патохарактерологические особенности

Ter'yan Ya.N., Ivanov M.V.

PATHOCHARACTEROLOGICAL FEATURES OF ADOLESCENTS WITH DIFFERENT TYPES OF INTERNET ADDICTION

Moscow Institute of Psychoanalysis, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia
yaroslava.psiholog@gmail.com

Keywords: Internet addiction, adolescence, pathocharacterological features.

Введение. С каждым днем значимость Интернета как пространства, реализующего информационную, коммуникативную и смысловую функцию, возрастает. В результате интернет-ресурсы были внедрены в большинство сфер человеческой жизни и стали одним из факторов среды, который оказывает влияние на формирование личности современных подростков [3].

В результате более ранних эмпирических исследований было установлено, что Интернет используется подростками как средство выстраивания коммуникации тогда, когда они испытывают трудности в реальном общении. Подростки компенсируют невозможность удовлетворить потребность в близости в реальной жизни. В результате формируются такие особенности личности, как интроверсия, ненормативность поведения, снижение способности к распознаванию структуры социальных ситуаций, что приводит к возрастанию риска попадания в группу интернет-зависимых подростков с устойчивым паттерном интернет-аддикции [1].

В качестве основных причин, которые движут подростком при обращении к Интернету, являются коммуникативная депривация, утрата эмоционального контакта с родителями и педагогами. В результате виртуальная реальность становится замещающей реальное интимно-личностное общение [2]. Кроме того, были установлены некоторые закономерности формирования интернет-зависимости у подростков с акцентуациями характера. Несмотря на то, что вопрос формирования умений взаимодействовать с окружающими является для подростков одним из ключевых, недостаточно разработанными являются программы профилактики и помощи подросткам, которые находятся в группе риска формирования интернет-зависимого поведения. Кроме того, недостаточно изученным остается вопрос о том, какими закономерностями может быть описано развитие асоциальных форм поведения и под влиянием каких факторов протекает данный процесс. Наконец, малоизученным остается вопрос о том, какие патохарактерологические особенности свойственны личности подростков с разными видами интернет-зависимости.

Цель исследования - выявить патохарактерологические особенности личности подростков с интернет-зависимостью.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 34 подростка в возрасте 14-17 лет (20 мальчиков и 14 девочек).

Методы и методики исследования.

1. Шкала интернет-зависимого поведения (Chen Internet addiction Scale, CIAS) апробированная и адаптированная для российской выборки В.Л. Малыгиным и К.А. Феликсовым.

2. Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А.Е. Личко и Н.Я. Иванова в модификации С.И. Подмазина и Е.И. Сибиль - модифицированный патохарактерологический опросник (МПДО).

3. Авторская анкета из 24 вопросов, разработанная для оценки параметров Интернет-зависимого поведения и включающая вопросы о характере деятельности в Интернете, о взаимоотношениях с друзьями, о свободном времени и его занятости, о количестве времени, проводимого в Сети (в день, неделю).

4. Математические методы: коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета программ для статистической обработки данных IBM SPSS Statistics 22.

Результаты. Выявлено, что чем более выражены такие акцентуации характера как астено-невротический тип, интровертированный тип, неустойчивый тип, тем более выражены ключевые симптомы интернет-зависимости.

Статистически установлено, что в группе подростков существует достоверная взаимосвязь между выраженностью «неустойчивого типа» и выраженностью «компульсивных симптомов» (r -Спирмена=0,536, $p \leq 0,05$). Можно предположить, что чем более выражена в группе подростков патологическая слабость воли, тем более часто подростки сталкиваются с невозможностью преодолеть желание войти в Интернет. Полученные результаты мы можем объяснить и тем, что современные подростки достаточно рано получают доступ к Интернету по сравнению с теми поколениями, которые получили доступ к Интернету в более зрелом возрасте. В результате современные подростки постоянно стремятся войти в Интернет.

Установлена статистически достоверная связь между выраженностью «интровертированного типа» и выраженностью «внутриличностных проблем и проблем со здоровьем» ($r=0,569$, $p \leq 0,05$) и выраженностью «астено-невротического типа» и выраженностью «внутриличностных проблем и проблем со здоровьем» ($r=0,377$, $p \leq 0,05$). Это может означать, что чем более выражены психическая и физическая утомляемость у подростков, и чем более подростки характеризуются замкнутостью, отгороженностью от окружающего мира неспособностью или нежеланием устанавливать контакт, тем более часто они сталкиваются с периодическими или постоянными физическими, социальными, профессиональными или психологическими проблемами, которые вызываются использованием Интернета. Возможно, данное явление связано с тем, что подростки, которые испытывают трудности в реальной жизни, стремятся более активно проявлять себя в виртуальной реальности, что приводит к негативным последствиям интернет-зависимости.

Также установлена статистически достоверная взаимосвязь между выраженностью «неустойчивого типа» и выраженностью «ключевых симптомов интернет-зависимости» ($r=0,342$, $p \leq 0,05$). Это означает, что чем более подростку свойственна патологическая слабость воли, тем более выражены ключевые симптомы интернет-зависимости. В группе подростков существует статистически достоверная взаимосвязь между выраженностью «астено-невротического типа» и выраженностью «проблем, связанных с интернет-зависимостью» ($r=0,374$, $p \leq 0,05$), а также между выраженностью «астено-невротического типа» и выраженностью «интровертированного типа» и выраженностью «проблем, связанных с интернет-зависимостью» ($r=0,380$, $p \leq 0,05$). Это означает, что чем более выражены психическая и физическая утомляемость и отгороженность от окружающего мира, тем более выражены проблемы, связанные с интернет-зависимостью. Выявленные взаимосвязи мы также можем объяснить тем, что подростки, сталкиваясь с трудностями в реальной жизни, причины которых связаны с неустойчивостью, утомляемостью, стремятся более активно проявлять себя в Интернете.

Параметры интернет-зависимого поведения в группе юношей отличаются от параметров интернет-зависимого поведения в группе девушек. Юноши, сталкиваясь с ограничениями в использовании Интернета, сохраняют интерес к реальному миру. В то время как девушки имеют склонность заменять активное общение с друзьями в реальной жизни на взаимодействие в социальных сетях. Кроме того, важным моментом является то, что юноши

более склонны к играм по сравнению с девушками. В группе девушек, выявлены выраженные проявления компульсивности, симптомы отмены, внутриличностные проблемы, проблемы со здоровьем и проблемы с управлением времени. Выявленные различия могут быть объяснены склонностью девушек заменять реальное общение взаимодействием в социальных сетях, также в группе девушек по сравнению с группой юношей не более выражены акцентуации характера.

Резюме. В результате исследования было установлено, что патохарактерологические личностные особенности подростков являются специфическими в группах интернет-зависимых подростков. Полученные результаты могут быть использованы в диагностике подростков для определения зависимого поведения. Кроме того, результаты исследования позволят разработать рекомендации для родителей, чьи дети подросткового возраста проводят много времени в сети Интернет.

Литература

1. Антоненко А.А. Интернет-зависимость подростков от компьютерных игр и онлайн-общения: клиничко-психологические особенности и профилактика: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2014. 22 с.
2. Гончар С.Г. Диагностика и профилактика игровой и интернет-зависимости в подростковом возрасте. Лесосибирск, 2017. 110 с.
3. Хомерики Н. С. Индивидуально-психологические особенности подростков с интернет-зависимым поведением: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2013. 24 с.

Троицкая Л.А.¹, Ерохина В.А.¹, Чимарина М.А.²

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ СИНДРОМАМИ

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия, t-luba@mail.ru
²ООО «СМ-Доктор», Москва, Россия

Ключевые слова: наследственные синдромы, синдром Элерса-Данлоса, рахитоподобные заболевания, подростки, эмоционально-личностная сфера

Troitskaya L.A.¹, Erokhina V.A.¹, Romanova M.A.²

FEATURES OF THE EMOTIONAL AND PERSONAL SPHERE OF CHILDREN WITH HEREDITARY SYNDROMES

¹ "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov " Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia, t-luba@mail.ru
²ООО "СМ-Doctor", Moscow, Russia

Key words: hereditary syndromes, Ehlers-Danlos syndrome, rickets-like diseases, adolescents,

Введение. В настоящее время увеличилось число детей с генетическими синдромами в связи с увеличением числа мутаций, вновь возникших и унаследованных из предыдущих поколений. Дети с наследственными синдромами соединительной ткани и скелета и рахитоподобными относятся к группе детей с дефицитным развитием, патогенетически обусловленным разным типом наследования и разнообразной симптоматикой проявлений в клинической картине заболевания.

Наряду с медицинской значимостью исследования генетических заболеваний не менее важны психологические аспекты изучения данной проблемы. В связи с внедрением новых стандартов образования, введения вектора инклюзивного образования в педагогический процесс общеобразовательного детского сада, школы и недостаточной разработанностью программ для детей с наследственными синдромами в данном образовательном звене, исследование доказывает особую актуальность [5].

Клиническая картина заболевания. Гетерогенной группой наследственных заболеваний соединительной ткани является синдром Элерса-Данлоса (СЭД), в основе которого лежит недостаточное развитие коллагеновых структур в различных системах организма, которые проявляются патологией кожных покровов, нарушением опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, глаз. Синдром относится к моногенным заболеваниям с различными типами наследования (аутосомно-доминантным, аутосомно-рецессивным и X-сцепленным), в основе которого лежит нарушение различных этапов биосинтеза коллагена.

Генерализованность клинических проявлений при СЭД, обусловлена тем, что элементы пораженной соединительной ткани присутствуют практически во всех тканях и системах организма. Основным клиническим признаком СЭД является гиперрастяжимость кожи [1,3]. Рахитоподобные болезни — группа наследственных тубулопатий, клиническая картина которых в ранние сроки заболевания имитирует рахит, но не связана с дефицитом поступающего в организм витамина D; их ведущим синдромом являются аномалии скелета (почечные остеопатии). Патогенетические механизмы формирования первичных (наследственных) тубулопатий связывают со следующими факторами: генетически детерминированными нарушениями структуры мембранных белков-носителей; энзимопатиями наследственно обусловленной недостаточностью ферментов, обеспечивающих активный мембранный транспорт. Ведущие клинические проявления витамин-D-резистентного рахита: искривления скелета, преимущественно нижних конечностей, по типу варусных деформаций; общий остеопороз. Отмечается задержка физического развития и нарушения походки. Поражения скелета без лечения прогрессируют, способствуют задержке становления статико-моторных функций ребенка. [2]. Интеллект у детей, имеющих рахитоподобный синдром, соответствует возрастной норме. [6].

Пациенты и методы. В исследовании принимали участие 46 подростков в возрасте от 12 до 18 лет с клиническим диагнозом СЭД, без сопутствующих клинических заболеваний, пациенты с рахитоподобным синдромом - 38 подростков с резистентным рахитом и 25 подростков с D-зависимым рахитом.

Когнитивное развитие подростков соответствовало гестационному возрасту.

Методы исследования. Цветовой тест М.Люшера использовался для определения жизненной ситуации ребенка [4]. Применение опросников Г.Ю.Айзенка «Самооценка психических состояний» и «Методики диагностики темперамента» позволило исследовать различные психические состояния, такие как тревожность, фрустрация, агрессия, ригидность. Рисованный апперцептивный тест (РАТ) применялся для изучения личностных проблем подростка. С помощью механизмов идентификации и проекции, выявлялись глубинные переживания детей, определялось наличие внутреннего конфликта или нарушения межличностных отношений, которые влияют на поведение ребенка подросткового возраста. В качестве проективного личностного теста использовался модифицированный С.Н. Собчик вариант теста Л.Сонди «Метод портретных выборов», который показывал характеристику индивидуально-личностных особенностей с учетом векторов влечения подростка.

Результаты. Изменения в эмоционально-личностной сфере у больных с соединительно-тканной патологией проявляются в преобладании депрессивно-подавленного состояния (69%) и состояния эмоциональной нестабильности (у 38%), характеризующейся повышенной тревожностью, состоянием агрессии и фрустрации. У подростков с рахитоподобными заболеваниями, эмоциональные реакции выявляются той же направленности, что и у подростков с соединительно-тканной патологией, но наиболее выражены в количественном и качественном отношении. Изменения в эмоционально-личностной сфере у подростков с рахитоподобными заболеваниями проявляются в преобладании депрессивно-подавленного состояния (100%) и состояния эмоциональной нестабильности (у 69%), характеризующейся повышенной тревожностью, состоянием агрессии и фрустрации. У подростков с соединительно-тканной патологией защитные механизмы личности возникают в виде гиперкомпенсации комплексов, связанных с внутренней картиной заболевания, и проявляются в усилении демонстративности, «псевдо» высокой самооценке и уровне притязаний. У

подростков с рахитоподобными заболеваниями внутренняя картина заболевания проявляется в виде обостренного самоуничтожения, выражающаяся в пренебрежительном отношении к себе, неуверенности в себе и склонности к страхам.

Выводы. Проведенное исследование эмоциональной сферы больных с наследственными синдромами выявило неоднородность и своеобразие картины изменений при данных нозологических формах. Подростки с генетическими заболеваниями обучались по программе массовой школы и могли адекватно оценить недостатки своего внешнего вида, связанного с типом генетического заболевания. В связи с пониманием детьми своего заболевания и физического (фенотипического) дефекта, разброс оценки своего состояния и эмоциональных реакций был неоднороден.

Литература

1. Аббакумова, Л.Н. Дисплазия соединительной ткани: путь к диагнозу [Электронный ресурс] /Т.И. Кадурина, Л.Н. Аббакумова// Вестник ИвГМА. -2014.-№3.-Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/displaziya-soedinitelnoy-tkani-put-k-diagnozu>
2. Новиков, П.В. Рахит и наследственные рахитоподобные заболевания у детей: диагностика, лечение, профилактика/ П.В. Новиков. - М., «Триада-Х».- 2006.- с.140-165
3. Семячкина, А. Н. Моногенные болезни соединительной ткани (синдромы Марфана и Элерса-Данло) и бронхолегочная патология [Электронный ресурс]/ М.Д. Шахназарова, Н.Н. Розина, А.Н. Семячкина// ЗВ.- 2010.- №3.- Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/monogennye-bolezni-soedinitelnoy-tkani-sindromy-marfana-i-elersa-danlo-i-bronholegochnaya-patologiya>.
4. Тимофеев, В.И. Цветовой тест Люшера диагностика нервно-психического состояния: Методическое руководство/В.И.Тимофеев, Ю.И.Филимоненко. – СПб: ИМАТОН, 2007. - 40с.
5. Троицкая Л.А. Особенности эмоциональной сферы и познавательной деятельности у детей и подростков в норме и при патологии ЦНС: Автореф. дисс. ...док. психол. наук. - М., 2009.-50с.
6. Hill, J. C. Living with a chronic physical health condition: The academic, social, and emotional experiences of adoles // ProQuest Dissertations & Theses Global, 2014.

Туревская Р.А., Пленсковская А.А.

МЕТОД Ф.АППЕ «УДИВИТЕЛЬНЫЕ ИСТОРИИ» В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

info@turita.net

parina31@mail.ru

Ключевые слова: модель психического, стандартизация теста, расстройства аутистического спектра, уровневая модель

Rita A. Turevskaya, Arina A. Plenskovskaya

METHOD «STRANGE STORY TEST» F.HAPPE IN CLINICAL PRACTICE

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

info@turita.net

parina31@mail.ru

Keywords: theory of mind, method standardization, autism spectrum disorder, level model

Актуальность. В настоящее время в психологической практике возрастает интерес к исследованию модели психического (theory of mind - ToM) у детей с отклоняющимся развитием, и в первую очередь у детей с РАС. Разработка этого направления сдерживается дефицитом диагностических методик и требует как создания новых, так и адаптации классических методов на отечественной выборке. В этой связи особую важность имеет

стандартизация и валидизация метода Ф. Аппе «Удивительные истории» [5]. Его использование определило историю изучения ТоМ, позволило накопить большой массив данных. Он имеет ключевое значение в исследовании ТоМ как в западной, так и отечественной научной традиции. Данное исследование посвящено изучению особенностей развития модели психического с помощью метода Ф.Аппе «Удивительные истории» у детей с нейротипичным развитием и у детей с РАС.

Обоснования необходимости модификации теста на отечественной выборке: 1) Классический вариант предъявления теста предполагает восприятие историй со слуха/ чтение историй. У детей с РАС выявляются как трудности переработки слуховой информации, так и целостного понимания прочитанного. В связи с этим возникла необходимость визуализации историй [2]. Цель модификации – облегчить понимание и снизить действие этого фактора в диагностике собственно эмоционального и социального интеллекта. Кроме этого, визуализация поддерживала познавательную мотивацию и вовлеченность детей в задания. 2) Существуют исследования, которые показывают снижение у детей с РАС способности формирования последовательности событий [1]. Этот фактор существенно влияет на результативность выполнения теста, т.к. низкие показатели по тесту могут быть следствием трудностей удерживания последовательности событий. 3) Существуют трудности перевода, которые определяются невозможностью дословного перевода в обход смыслового содержания. Например, что более точно отражает смысл исследуемых процессов: тест на «ложные ожидания» или «неверное мнение»? Аналогично в процедуре опроса сам вопрос «правда?» может вызывать несколько вариантов ответа: 1. Ребенок бездумно повторяет последнее слово вслед за взрослым, 2. Ребенок пугается, поскольку вопросительная форма вызывает негативные ассоциации безотносительно к ситуации. В связи с этим в ряде случаев использовался вопрос «Это действительно так?». 4) В традиционной процедуре из всего многообразия вербальной продукции ребенка предлагается выделить физические и выборочные ментальные характеристики, вследствие чего теряется значительное количество вербального материала в ответ на задачи ТоМ, утрачивается целостность в понимании социального смысла событий. Хотя социальный смысл является ключевым при описании мыслей и чувств. Исходя из этого, был предложен многомерный семантический анализ вербальных ответов испытуемых. 5) Более целостный анализ результатов позволил выделить уровни организации ТоМ - от глобального к дифференцированному и далее к обобщенному, что позволило подойти к ТоМ как к системному образованию, проанализировать динамику ее развития при переходе от начального школьного к подростковому возрасту.

Задачи исследования: 1) Перевод и адаптация стимульного материала для детей с отклоняющимся развитием; отработка процедуры исследования; модификация метода – определение содержания тестовых ситуаций: решение задач на ложные ожидания, определение намерений, обмана, двойного обмана, понимание символического замещения в игре и в метафоре, понимание иронии; обработка данных метода: качественный и статистический анализ результатов 2) Проведение сравнительного эмпирического исследования на нормативной выборке и детях с РАС: анализ ретестовой надежности, валидности (сравнительный анализ с тестом «Последовательность событий» S. Baron-Cohen на понимание физической и ментальной причинности [6]); выявление различий результатов исследования при сравнении нейротипичных детей и детей с РАС, детей начального школьного и подросткового возраста. 3) Выделение уровней решения задач ТоМ, а также диагностически значимых параметров ТоМ, визуализация профилей ответов детей.

В исследовании участвовали дети (N=97) 7-16 лет (43 – дети с РАС, 54 – группа нормы), обучающиеся в общеобразовательных школах: 95 детей (97,9%) - по общей программе, 2 – в соответствии с индивидуальными планами обучения (2,1%), посещающая регулярный класс. Интеллектуальное развитие испытуемых с РАС находилось в границах возрастной нормы, что контролировалось данными по шкалам Д.Векслера. Исследуемые группы были разбиты на 2 возрастные подгруппы: в 1-ую подгруппу вошли дети 7-11 лет (29 детей с РАС, $8,6 \pm 1,3$ лет, 39 – группа нормы, $8,67 \pm 1,4$ лет), во 2-ую – подростки 12-16 лет (14 с РАС, $13,7 \pm 2,3$ лет, 15 –

группа нормы, $14,3 \pm 0,9$ лет). Соотношение по половому признаку в группах неравномерно: среди детей с РАС мальчики составили 86% (37 человек), в группе детей с нормативным развитием больше девочек – 60% (31 человек). Распределение участников клинической выборки в соответствии с положениями МКБ-10 следующее: детский аутизм F 84.0 – 33 человека, атипичный аутизм F 84.1 – 5, другое дезинтегративное расстройство детского возраста F 84.3 – 1, синдром Аспергера F 84.5 – 4.

Модификация метода. Мишени диагностики ТоМ совпадают с классическим тестом – понимание иронии, ложных ожиданий, намерений, символического замещения в игре и в метафоре, обмана и двойного обмана. Процедура предъявления стимульного материала включала иллюстративный материал – всего 16 историй. Введены дополнительные инструкции: помимо классического варианта задавались вопросы – что думают и чувствуют персонажи. Модифицирована процедура обработки результатов. Предложена уровневая модель анализа полученных ответов – эмоционально-образный, перцептивно-образный, концептуальный [3]. Адаптация и первичная валидизация методики позволила выделить шкалу дифференциации репрезентаций мыслей и чувств, направленную на оценку способности испытуемых различать мысли и чувства персонажей историй.

Результаты исследования. Проверка внешней валидности на основе статистического анализа согласованности параметров тестов «Последовательность событий» S. Baron-Cohen и «Удивительные истории» F. Нарре показала высокий уровень значимых корреляции, как у нейротипичных детей, так и у детей с РАС (коэффициент корреляции r -Spearman, уровень значимости $p < 0.01$). Для дополнительной шкалы теста S. Baron-Cohen – «отсутствие дифференциации мыслей и чувств героев» – были получены значимые обратные связи с параметрами измерения ТоМ как у детей с РАС, так и в группе нормы.

Проверка тест-ретестовой надежности методики F. Нарре «Удивительные истории» проверялась в смешанной группе ($N=24$, от 7 до 15 лет, 16 мальчиков – 66,7%, 8 девочек – 33,3%; 15 – дети с РАС, 9 – с нормативным развитием, средний возраст – 9,3). Время между замерами, — в среднем 6 месяцев. Результаты выполнения теста F. Нарре «Удивительные истории» были обработаны с помощью критерия Т-Уилкоксона для двух зависимых выборок. Между данными 1-ого и 2-ого срезов выявлены различия только для двух факторов: тестовые ситуации, предполагающие понимание иронии и двойного обмана.

Качественный и количественный анализ результатов обнаруживает снижение показателей ТоМ и отдельных его параметров у детей с РАС по сравнению с группой нормы. В обеих группах выявлена возрастная динамика показателей ТоМ. При этом подростки с РАС по результатам измерений ТоМ занимают промежуточное положение между здоровыми детьми 7-11 лет и нейротипичными подростками.

Выводы. Тест «Удивительные истории» F. Нарре обладает тест-ретестовой надежностью. Конвергентная валидность подтверждена для обеих групп. При этом в группе с РАС согласованность параметров выше, чем у нейротипичных детей. Модификация метода позволяет получить наглядные результаты по параметрам понимания компонентов ТоМ и использовать их в клинической практике. Предложенная обработка результатов позволяет выделить уровни развития ТоМ, которые имеют свою возрастную динамику.

Литература

1. Костин И.А. Стилевые особенности когнитивных процессов у аутичных подростков и юношей. Автореф. Дисс. канд. психол. наук. М., 1997.
2. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. - СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1999. - 192 с.
3. Туревская Р.А., Пленсковская А.А. Развитие модели психического у детей школьного возраста с расстройствами аутистического спектра // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 1. С. 112–131. doi:10.17759/cpp.2021290107
4. Baron-Cohen S., Leslie A.M., & Frith U. Mechanical, behavioural and intentional understanding of Picture Stories in autistic children // British Journal of Developmental Psychology. 1986. 4 (2), 113-125.

5. Happe', F. An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1994, 24(2), 129–154.

Фураева Е.И., Коваль-Зайцев А.А.

КОРРЕКЦИЯ И РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ, КОМПЕТЕНЦИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С РАС С ПОМОЩЬЮ ФЛАНЕЛЕГРАФА

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ МГППУ, Москва, Россия
n89253781376@gmail.com,
koval-zaytsev@yandex.ru

Ключевые слова: коммуникативные компетенции, социальные компетенции, эмоциональная сфера, РАС, фланелеграф

Furaeva E.I., Koval-Zaytsev A.A.

CORRECTION AND DEVELOPMENT OF COMMUNICATIVE AND SOCIAL COMPETENCIES, COMPETENCIES OF THE EMOTIONAL SPHERE IN CHILDREN WITH ASD USING A FLANELEGRAPH

FSBSI MHRC, FSBEI MSUPE, Moscow, Russia
n89253781376@gmail.com,
koval-zaytsev@yandex.ru

Keywords: communicative competencies, social competencies, emotional sphere, RAS, flanelegraph

В представленной работе проведен анализ коррекции и развития коммуникативных и социальных компетенций, компетенций эмоциональной сферы у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) с помощью фланелеграфа. Исследованы ключевые направления развития в данной области. В соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом (ФГОС) одной из приоритетных задач дошкольного образования определяет развитие у детей дошкольного возраста социальных и коммуникативных компетенций.

Исследованиями вопросов онтогенеза коммуникации в детстве занимались Н.И.Лепская, Е.Е.Дмитриева и другие авторы. Вместе с тем, исследований коммуникации при различных вариантах дизонтогенеза у детей значительно меньше. РАС, как искаженное развитие по В.В.Лебединскому, наряду с другими симптомами проявляется нарушениями коммуникации и социального взаимодействия. Ряд авторов (Е.Р.Баенская, О.С. Никольская и др.) в своих исследованиях отмечают наличие у детей с РАС нарушений коммуникативно-речевого развития. В силу данных особенностей такие дети не способны инициировать и поддерживать диалог. Коммуникативную компетентность необходимо рассматривать в виде системы знаний о нормах и правилах общения, способах взаимодействия со сверстниками. Основными методами коррекции психического развития детей с РАС является медикаментозная терапия и психолого-педагогическое сопровождение [1].

Для диагностики коммуникативных способностей у детей в основном используется комплекс методик Н. Е Веракса. Каждая методика позволяет изучить отдельные компоненты коммуникативной компетенции. В соответствии с результатами диагностики устанавливается уровень развития когнитивного компонента. Он может быть высоким, средним или низким. Низкий уровень развития характеризуется тем, что у детей нет четких представлений об общепринятых нормах, нет способности к распознаванию ситуаций и т. д [2]. Низкий уровень развития когнитивного компонента характерен больше чем для половины детей старшего дошкольного возраста с РАС. Поведение таких детей не всегда соответствует правилам

ситуации, дети могут либо недопонимать ситуацию, либо занимать по отношению к ней эгоцентричную позицию. И больше чем половина детей с РАС старшего дошкольного возраста не имеет достаточно четких представлений о социально приемлемых действиях в рамках коммуникации. Дети часто не способны встать на место другого человека, склонны к принятию импульсивных решений, в основном сконцентрированы на своих же интересах и переживаниях. Дети с РАС не всегда отличаются способностью различать эмоциональное состояние партнера, не обладают представлениями об общепринятых нормах и знаниями, которые бы помогли им определиться с действиями, чтобы оказать помощь и поддержку нуждающемуся в этом сверстнику.

Поведенческий компонент детей с РАС в основном изучается посредством применения «метода проблемных ситуаций», предложенный Е. О. Смирновой. В соответствии с данными исследований, примерно половина дошкольников с РАС не проявляет интереса по отношению к действиям сверстника, не стремится вступить с ним в коммуникацию. В соответствии с этим можно сделать вывод о том, что дети с РАС часто не способны вступать в контакт и поддерживать интерес к действиям сверстника. Все это указывает на необходимость проведения коррекционной работы, которая будет направлена на развитие социальных и коммуникативных компетенций у детей с РАС. С учетом системного нарушения всех компонентов коммуникативной компетентности для коррекции и развития коммуникативных и социальных навыков у детей с РАС предлагается использовать фланелеграф [3].

Фланелеграф рассматривается в качестве универсального игрового пособия. Оно является простым, но в то же время интересным и актуальным для использования в рамках развивающих занятий с детьми. Фланелеграф может использоваться для показа сказок с целью обыгрывания проблемной ситуации и формирования интереса у детей к ее решению. Сказки, которые демонстрируются при помощи фланелеграфа, направлены на развитие внимания и памяти у детей, запоминание ими правил социального поведения, улучшению социальной перцепции в целом. По данным зарубежных исследований в ходе коррекционной работы с помощью подобных технологий улучшается функционирование зеркальных нейронов, что в дальнейшем способствует более эффективному усвоению моделей психического [4]. Фланелеграф может использоваться как в рамках индивидуальной, так и в рамках групповой коррекционной работы. На первом этапе коррекционной работы педагог сам может демонстрировать сказки при помощи фланелеграфа. По мере формирования интереса к занятиям и самих детей можно приобщать к тому, чтобы они рассказывали сказки и собственные истории. Обыгрывание ситуаций из сказок при помощи фланелеграфа направлено на закрепление у старших дошкольников знаний, полученных ими в ходе коррекционной работы. Данный подход способствует развитию когнитивных навыков у ребенка и активации речевого развития, т.к. детям с особенностями психологического развития гораздо проще вступить в коммуникацию со сказочным персонажем, чем со своими сверстниками из реальной жизни. Демонстрация сказок при помощи фланелеграфа направлена на получение и переживание детьми с РАС опыта социального взаимодействия. Проигрывание сказок при помощи фланелеграфа направлено на стимулирование у детей любознательности. При проведении занятий с данным средством обучения задача сводится не просто к тому, чтобы перемещать фигурки, а давать детям возможность подумать о своих действиях, предложить что-то в качестве эксперимента и т.д. [3]. Также демонстрация сказок при помощи фланелеграфа позволяет детям получать положительные эмоции, способствует развитию различных аспектов мышления и речи без которых невозможно представить полноценное развитие социальных и коммуникативных навыков. Занятия в игровой форме формируют у детей хорошее настроение и позволяют им переживать разные впечатления от встречи с теми или иными героями сказок. Рассматривать развивающие занятия на фланелеграфе необходимо и с позиции исследований и экспериментов, которые могут быть принципиально новыми для детей старшего дошкольного возраста. Фланелеграф следует включать в коррекционно-развивающую программу для детей с РАС и использовать данное дидактическое пособие с целью наиболее эффективного развития всех компонентов коммуникативной и социальной

компетентности. В коррекционно-развивающей работе с детьми можно использовать фланелеграф, изготовленный собственными руками или купленный в детском магазине. Для демонстрации сюжета сказок потребуется набор фигурок.

Так как данное пособие является многофункциональным, то и оценивать результат его использования необходимо в комплексе с другими средствами, включенными в программу коррекционно-развивающей работы. Таким образом, фланелеграф и его использование через сказки про репу, колобка и теремок позволяет проводить эффективную работу по коррекции и развитию коммуникативных и социальных компетенций, компетенций эмоциональной сферы у детей с РАС [2].

Литература

1. Симашкова Н. В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение / Симашкова Н. В., Макушкин Е. В. // ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России - 2015.
2. Федотчев А. И. Современные технологии в познании механизмов, диагностике и лечении расстройств аутистического спектра (обзор) / А. И. Федотчев, В. В. Дворянинова, С. Д. Великова, А. А. Земляная // Современные технологии в медицине - 2019. - Vol. 11, No 1. - С. 31-39.
3. Enticott P. G. Interpersonal motor resonance in autism spectrum disorder: evidence against a global "mirror system" deficit / P. G. Enticott, H. A. Kennedy, N. J. Rinehart, [et al.] // Front Hum. Neurosci. -2019. - No 7 (Epub.).
4. Hickok G. Eight problems for the mirror neuron theory of action understanding in monkeys and humans / Hickok G. // J. Cogn. Neurosci. - 2019. - Vol. 21, No 7. - P. 1229-1243.

Черенева Е.А.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ САМОРЕГУЛЯЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ КОГНИТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

КГПУ им. В.П. Астафьева, Красноярск, Россия
elen_korn@bk.ru

Ключевые слова: Саморегуляция, когнитивный дефицит, когнитивное здоровье

Chereneva E.A.

PATHOPSYCHOLOGICAL MODEL OF SELF-REGULATION OF PRIMARY SCHOOLCHILDREN WITH COGNITIVE IMPAIRMENT

V.P. Astafiev Krasnoyarsk State Pedagogical University, Krasnoyarsk, Russia
elen_korn@bk.ru

Keywords: Self-regulation, cognitive deficit, cognitive health

Клиническая дифференциация различных форм когнитивных нарушений у детей, реализуемая в современных классификациях, позволяет на научной основе рассмотреть психологические составляющие когнитивных дефицитов в образовательной среде (Зверева и др., 2015). Значимость проблемы связана не только с высокой распространенностью когнитивных нарушений в детско-подростковой среде, но и с поиском возможностей их системной коррекции, направленной на здоровьесбережение [Лубовский В.И., Коробейников И.А., 2016; Семенович А.В., 2001; Шипкова К.М., 2020 и др.].

Обращая внимание на частичную изученность определенных патопсихологических составляющих когнитивной дефицитарности [Зверева Н.В. и др.], мы отмечаем недостаточную разработанность аспектов саморегуляции при ее нарушениях в детском возрасте как возможного ресурса здоровьесбережения. При этом саморегуляция как психологическая дефиниция, интегрированная в когнитивные процессы, играет важную роль.

Саморегуляция определяется как когнитивная функция, которая проявляется в произвольном выборе мотива, цели, действия с помощью управления личностными средствами при выполнении познавательных задач.

Нарушения саморегуляции играют особо важную роль в осуществлении познавательной деятельности. Эти нарушения выражаются в невозможности целенаправленной организации своих мыслительных действий, целеполагания, мотивации, контроля действий и сличения результатов (Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б.). Произвольная саморегуляция имеет большое значение при формировании высших психических функций: произвольные память, внимание, опосредованное мышление и т.д. [Выготский Л.С., Лурия А.Р. Тихомиров О.К., Зейгарник Б.В., Шиф Ж.И. и др.]. Значимость влияния саморегуляции на познавательные процессы представлена в работах исследователей, изучавших взаимосвязь когнитивных функций и произвольности с позиций психологии деятельности [Выготский Л.С., Лурия А.Р., Хомская Е.Д., Забрамная С.Д., Рубинштейн С.Я., Лубовский В.И., Ахутина Т.В. и др.]. В работах этих исследователей заложены основания для создания психокоррекционных программ для детей и подростков с когнитивными нарушениями.

Учитывая психофизиологические особенности детей с нарушениями здоровья, связанными с когнитивными дефицитами, развитие саморегуляции особенно затруднительно [Л.С. Выготский, 2000; Б.В. Зейгарник, 2000; В.И. Лубовский, 1978; Г.Е. Сухарева, 1965; М.С. Певзнер, 1963; В.Г. Петрова, 2000; Б.И. Пинский, 1985; С.Я. Рубинштейн, 1986].

Установлено, что развитие произвольной регуляции у детей с когнитивными дефицитами – сложный и длительный процесс, требующий комплексного и системного подхода, который должен быть направлен на формирование целенаправленной деятельности. Это объясняется тем, что все психические функции и процессы, с которыми связана произвольная регуляция, у детей с когнитивными дефицитами имеют нарушения, обусловленные особенностями высшей нервной деятельности [Певзнер М.С., Сухарева Г.Е., Лубовский В.И. и др.]. Анализ литературных данных, посвященных исследованиям саморегуляции в учебной и внеучебной деятельности учащихся с нарушениями интеллекта, свидетельствует о том, что эта проблема разработана недостаточно. Так, С.Д. Забрамная (1992), И.П. Лаужикас (1967), В.В. Лебединский (1975), В.И. Лубовский (1976), М.С. Певзнер (1963), В.Г. Петрова (2000), Г.Е. Сухарева (1965), М.Г. Царцидзе (1985), Ш.Н. Чхартишвили (1974), Черенева Е.А. (2008) отмечали специфические особенности саморегуляции в различных видах деятельности у детей с нарушениями здоровья и интеллектуальным дефицитом. Рассматривались отклонения, которые выражаются в устойчивых неадекватных проявлениях поведения, неумении критически оценивать ситуацию, повышенной внушаемости, завышенной самооценке, неумении строить жизненные планы. В спектре психологических характеристик отмечались также безынициативность ребенка, обусловленная когнитивными дефицитами, его неспособность к волевым усилиям, произвольной регуляции движений и познавательной деятельности, что отрицательно влияет как на образование, так и на становление личности учащегося.

В рамках медицинской психологии проблемы когнитивного дефицита в детском возрасте в последнем десятилетии рассматривались отечественными исследователями. Это работы Зверевой Н.В., Заваденко Н. Н., Сувориновой Н. Ю., Григорьевой Н. В., Романчук О., Сиротюк А.Л., Хотылевой Т.Ю., Фотековой Т.В. и др. В этих исследованиях проблеме саморегуляции – как психологическом базисе формирования когнитивных функций не уделяется достаточно внимания. В настоящий момент существуют исследования, раскрывающие механизмы парциальных когнитивных дефицитов и произвольности в детском возрасте [Сиротюк А.В., Ахутина Т.В., Пылаева, Семенович А.В.]. Отсутствуют научные исследования, которые позволяют, с одной стороны, системно изучать когнитивные дефициты с учетом проявлений саморегуляции у детей с нарушениями здоровья, а с другой стороны – разрабатывать комплексные системы психологической помощи. Также остается неразработанной патопсихологическая модель саморегуляции, которая позволяет выделить мишени системной

психокоррекционной работы, расширяет возможности прогноза и компенсации когнитивных дефицитов не только в подростковом, но во взрослом возрасте.

Проведенные нами исследования в рамках медицинской психологии требуют уточнения дефиниции «когнитивный дефицит» и введения в коммуникативный оборот нового термина «когнитивное здоровье». **Когнитивный дефицит** – нарушение познавательной деятельности в форме патопсихологического симптомокомплекса, включая саморегуляцию, познавательную деятельность, эмоциональные и поведенческие аспекты, определяющие когнитивное здоровье и его нарушения у детей младшего школьного возраста. **Когнитивное здоровье** – состояние благополучия в познавательной сфере, обусловленное генетическими, психологическими, социально-средовыми факторами. С учетом методологических оснований ключевыми понятиями исследования являются саморегуляция и ее нарушения, когнитивный дефицит, когнитивное здоровье, патопсихологическая модель, психологическое сопровождение. Патопсихологическая модель саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья представляет собой многоуровневый феномен, включающий нарушения личностно-смыслового, когнитивного и регулирующего уровней. Мы разработали диагностический комплекс «Саморегуляция младших школьников у детей с когнитивным дефицитом», который позволяет психологу образовательной организации выявлять нарушения различных уровней и компонентов саморегуляции и устанавливать критерии этих нарушений. Выделенные параметры являются мишенями для психологической работы с младшими школьниками с когнитивным дефицитом в условиях системы образования. Разработанная патопсихологическая модель саморегуляции включает когнитивный, регулирующий и личностно-смысловой уровни. Когнитивный уровень содержит компоненты, отражающие качественные и количественные характеристики когнитивного развития: динамические свойства уровня (ригидность, тугоподвижность, инертность, застреваемость (персеверации)), а также уровень когнитивного развития – уровень когнитивного дизонтогенеза. Регуляторный уровень саморегуляции включает способность регулировать (внутренне и внешне) поведение. Этот уровень отражает процесс эстериоризации индивидуального опыта, внутренних побуждений и мотивов при достижении цели деятельности. Основным механизмом формирования данного уровня является речь, как высшая психическая функция, способствующая формированию сознательной активности индивида. В данном случае речь выступает как регулятор поведения и когнитивных функций. Личностно-смысловой уровень содержит следующие компоненты: самооценку, уровень притязаний, установки, психологические защиты и специфику детско-родительских отношений. Этот уровень характеризуется динамичностью, насыщенностью, интенсивностью эмоционально-личностного опыта, пластичностью. Качественные проявления уровня зависят от индивидуально-личностного развития и является отражением субъективной реальности школьника. Показатели когнитивного уровня свидетельствуют о значительных различиях в нормативной и нозологических группах. Так, у детей с когнитивным дефицитом отмечаются затруднения на всех этапах планирования, контроля и удержания цели деятельности. Отличительной характеристикой уровня при нарушениях когнитивного здоровья является проявление ригидности при формировании новых стратегий поведения. У здоровых детей когнитивный уровень отличается гибкостью и большей подвижностью при формировании новых моделей поведения, способностью критично отнестись к возможным поведенческим изменениям.

Литература

1. Зейгарник, Б.В. Патопсихология. - Москва, Апрель-Пресс. ЭКСМО-Пресс. – 2000. – 574 с.
2. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста. - 2-е изд. - Москва. – Юрайт. – 2019. – 221 с.
3. Лубовский В. И., Коробейников И. А., Валякко С. М. Новая концепция психологической диагностики нарушений развития // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 4. С. 50–60.

4. Черенева Е.А. Технология психологической диагностики нарушения здоровья детей с когнитивным дефицитом // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2020. № 6 (184). С. 482-486.

5. Черенева 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.

Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В., Балакирева Е.Е.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКСПРЕССИВНОЙ РЕЧИ И НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ КОГНИТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Россия

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
Электронный адрес nwzvereva@gmail.com, e_shvedovskiy@ncpz.ru

Ключевые слова: шизофрения, подростковый возраст, экспрессивная речь, мышление

Shvedovskiy E., Zvereva N., Balakireva E.E.

CONNECTIONS BETWEEN EXPRESSIVE LANGUAGE SKILLS AND COGNITIVE FEATURES IN ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Email address nwzvereva@gmail.com, e_shvedovskiy@ncpz.ru

Keywords: schizophrenia, adolescence, expressive language, thinking

Введение. Взаимосвязь речевых нарушений и нарушений мышления у пациентов с шизофренией - одно из актуальных направлений исследований в мировой клинко-психологической практике. Это обусловлено тем, что изменения в речевой функции (как в экспрессивном, так и в импрессивном аспектах речи) могут выступить объективным маркером течения заболевания, выступать предиктором начала заболевания или, напротив, наступлением состояний ремиссии (Bearden et al., 2000). Например, на основании взаимосвязанности речевых и когнитивных нарушений при шизофрении создана и активно применяется одна из самых известных клинических шкал – Thought & Language Disorders Scale (Andreasen, 1986). Вместе с тем, остро стоит вопрос выбора метода (или комплекса методов), позволяющего распознать течение заболевания в подростковом периоде, для которого характерны сближения когнитивных показателей в норме и патологии (Зверева, Хромов, 2011). Данная работа является одним из этапов разработки комплексного клинко-психологического инструментария, направленного на всестороннее выявление речевых нарушений при шизофрении у пациентов подросткового возраста (Зверева, Шведовский, 2020). Было поставлено два исследовательских вопроса: в какой сфере (когнитивной или речевой) нарушения более выражены; существует ли корреляционная связь между параметрами выбранных методик.

Материалы и методы. Выборку исследования составили пациенты детского отделения Научного центра психического здоровья с диагнозами F20.xx, F21.xx, верифицированными клиническим консультантом (психиатр, кандидат медицинских наук). Размер выборки – 27 человек, из них 13 мальчиков. Средний возраст – 14,3 л. Критерий исключения – острый, подострый период течения заболевания.

Применялись следующие методики: 1. «Слоговая методика» (Критская, Мелешко, 2015) с обновленными нормативными данными для подросткового возраста (12 – 18 л.), в рамках данной методики анализировался параметр «Коэффициент стандартности» (СЛ_КСТ); 2.

«Методика оценки речи при афазии» (Цветкова с колл. 1981) в модифицированном варианте (сокращенный объем предъявляемых стимулов в связи с регуляторными особенностями нозологической группы испытуемых). В рамках данной методики анализировались следующие параметры: называние предметов по картинке (Нейро_НП), называние действий по картинке (Нейро_НД), понимание предметов, нарисованных на картинке (Нейро_ПП), понимание действий, нарисованных на картинке (Нейро_ПД). Все шкалы были приведены к процентному соотношению. С целью статистического анализа применялся t -критерий Спирмена и статистический пакет IBM SPSS Statistics 23.

Результаты. С целью оценки выраженности нарушений в каждой из сфер (когнитивная и речевая) было проведено сопоставление средних показателей параметров методик: Нейро_НП 88,48, Нейро_НД 91,5, Нейро_ПП 94,1, Нейро_ПД 82,5, Слог_КСТ 52,07. Таким образом мы можем говорить о тенденции к снижению показателей ассоциативной когнитивной деятельности у пациентов.

В результате оценки корреляционных связей между методиками было продемонстрировано, что в одной паре показателей связь присутствует и она статистически значима: СЛ_КСТ - Нейро_НД $r_s = 1$. Во всех остальных случаях корреляция не достигает статистической значимости: СЛ_КСТ - Нейро_НП $r_s = 0,191$; СЛ_КСТ - Нейро_ПП $r_s = 0,023$; СЛ_КСТ - Нейро_ПД $r_s = 0,536$. Таким образом, можно говорить о том, что существует связь между более успешным результатом по «Слоговой методике» (когнитивная ассоциативная деятельность) и называнием предметов (существительных).

Выводы. Полученные данные могут свидетельствовать о наличии своеобразной картины речемыслительной деятельности у пациентов подросткового возраста при шизофрении и шизотипических расстройствах. Выявлено, что изолированная речевая задача (называние категорий слов по картинке) выполняется пациентами лучше, чем задача, привлекающая ассоциативный компонент мышления. Также показано, что ассоциативная когнитивная деятельность имеет связь с называнием действий (глаголы), при этом связи с называнием предметов (существительных) не выявлено. Возможно, это обусловлено тем, что глаголы имеют «побудительную» и эмоциональную характеристики, являющиеся релевантными при таком заболевании как шизофрения не в острой фазе ее течения. Данное предположение требует дальнейших исследований с привлечением дополнительных инструментов диагностики.

Литература

1. 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. – 2011. – №. 4. – С. 60-70.
2. Зверева Н. В., Шведовский Е. Ф. Экспериментально-психологический подход к изучению особенностей речемыслительной деятельности у подростков с шизофренией // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020. – Т. 20. – №. 4. – С. 14-22.
3. Критская В. П., Мелешко Т. К. Патопсихология шизофрении. – 2015.
4. Цветкова Л. С., Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Методика оценки речи при афазии // М.: МГУ. – 1981. – Т. 67.
5. Andreasen N. C. Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC) // Schizophrenia bulletin. – 1986. – Т. 12. – №. 3. – С. 473.
6. Bearden C. E. et al. A prospective cohort study of childhood behavioral deviance and language abnormalities as predictors of adult schizophrenia // Schizophrenia bulletin. – 2000. – Т. 26. – №. 2. – С. 395-410.

Шевченко Ю.С.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИВЫЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ДЕТЕЙ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения РФ, Москва, europsy@mail.ru

Ключевые слова: патологические привычки, онтогенез, дизонтогенез, диагностика

Shevchenko Y.S.

CLINICAL DIAGNOSIS OF PATHOLOGICAL HABITUAL ACTIONS IN CHILDREN. DEPARTMENT OF CHILD PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY.

The Federal State Budget Educational Institution of Additional Vocational Education "Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Keywords: pathological habits, ontogenesis, disontogenesis, diagnostics

Введение. Патологические привычные действия (ППД), которые объединяют раскачивания телом и головой (яктация), кусание ногтей (онихофагия), выдергивание волос (трихотилломания), сосание пальцев и языка, возникшую в допубертатном возрасте мастурбацию (онанизм), а также ряд более элементарных стереотипных манипуляций с собственным телом, представляют собой группу специфических расстройств, характерных для детей и подростков. Распространенность отдельных феноменов, относящихся к данной группе, либо их сочетаний довольно высока. По данным разных авторов, от 6 до 83% детей имеют в том или ином возрасте указанные привычки [1]. Актуальность изучения ППД обусловлена двумя взаимосвязанными аспектами данной проблемы. С одной стороны, широкая распространенность этих расстройств, их стойкость, резистентность к терапии, частота косметических дефектов (с которыми сталкиваются, в частности, стоматологи и дерматологи), а также вторичных психогенных нарушений, обусловленных длительным существованием патологических привычек, предъявляют чисто практические требования к клиническому изучению данного вопроса. С другой стороны - теоретическая неразработанность проблемы поведенческих стереотипов, направленных на собственное тело, как в психопатологическом, так и в этиопатогенетическом отношении ограничивает терапевтические возможности преимущественно эмпирическими находками [2,3]. Указанный выше существенный разброс в распространенности рассматриваемых феноменов указывает на то, что их инстинктивная природа определяет необходимость поиска критериев дифференциальной диагностики между собственно патологическими вариантами и нормальными поведенческими паттернами, свойственными детям раннего возраста, а также их временным оживлением у детей более старшего возраста в стрессовых ситуациях [4].

Материалы и методы исследования. Клинико-психопатологическое и патопсихологическое обследование 260 пациентов (127 мужского и 133 женского пола) с патологическими и непатологическими привычными действиями, возникшими в детском и подростковом возрасте [1] позволило подразделить ППД на первично- и вторично-дизонтогенетические, а последние не невротические и невротоподобные (энцефалопатические).

Результаты. Ранними клиническими критериями отграничения ППД от их непатологических аналогов являются следующие:

1). Учащение эпизодов осуществления тех или иных инфантильных психомоторных реакций (сосания пальца, раскачиваний, манипуляций частями тела, собственными волосами) вместо естественной возрастной редукции, либо возникновение их в возрасте свыше 3-х лет.

2). Увеличение продолжительности этих эпизодов в динамике.

3). Сочетание указанных феноменов с другими признаками дизонтогенеза нервно-психического развития (невропатия, задержка угасания рефлексов новорожденных и врожденных автоматизмов, отставание в психомоторном и речевом развитии, асинхрония психического развития по типу раннего детского аутизма, дисгармонического инфантилизма и проч.).

4). Генерализация ранних онтогенетических форм поведения, распространение их на другие объекты (кручение и подергивание не только собственных волос, но и волос матери и других людей, выдергивание ворса из одеяла, игрушек, любых пушистых предметов, сосание и кусание все возрастающего числа предметов, мебели, постельного белья, одежды, разнообразие способов раздражения гениталий).

5). Нарастание полиморфизма физиологических предшественников патологических привычек (одновременное наличие у одного и того же ребенка стереотипных раскачиваний, сосания пальца или языка, грызения ногтей, манипулирования волосами или гениталиями в различных сочетаниях).

6). Выход поведенческих реакций за первоначальные границы условий их осуществления (появление стремления сосать палец не только перед едой или сразу после кормления, раскачиваться не только при засыпании, манипулировать телом в период активного бодрствования в нестесненном пространстве и в немонотонном окружении), что указывает на утрату (чаще относительную) компенсаторной роли рассматриваемых этологических штампов, приобретение ими качества автономного функционального образования.

7). Приобретения ими ритуального характера с жестко фиксированной последовательностью и сочетанием совершаемых действий, проявляющихся стереотипно, по типу клише, с отношением к ним как к чуждым, болезненным, вредным, вызывающим чувство внутренней несвободы.

8). Доминирования их над другими формами поведения, явное предпочтение этих действий доступной и прежде привлекательной игровой деятельности, общению, невозможность отвлечь, переключить внимание, упорный возврат к ним при прерывании, тугом пеленании, ограничении движений, взятии на руки, укачивании, баюкании, даче соски и т.п.

9). Извращенный характер субъективного удовольствия, получаемого от совершения указанных действий, осуществление их, несмотря на чрезмерную интенсивность и болезненность, самоповреждения (вырывание волос, порой с последующим их проглатыванием, ушибы головы, щипание и кусание себя, приводящие к нарушению роста волос, незаживающей мацерации кожи, искривлению зубов, уплощению пальца), сохранение привычки вопреки физическим наказаниям, смазывания пальца горечью. Выраженное проявление недовольства и протестное поведение в ответ на запреты (плач, беспокойство, капризы, вегетативные реакции, отказ от еды, невозможность заснуть и т.п.) и другие проявления аддиктивности.

Наличие одного из трех последних критериев, характеризующих переход продуктивно-дизонтогенетических феноменов в собственно продуктивные психопатологические образования (навязчивые действия, сверхценное поведение или неодолимые влечения), или любое сочетание более чем двух признаков из шести предыдущих дает основание уже в раннем возрасте говорить о переходе физиологических проявлений в патологические симптомы, требующие направленных лечебных и воспитательных воздействий.

Выделенные критерии, в известной степени, отражают закономерности возрастной и клинической динамики патологических привычных действий от физиологического двигательного феномена к индивидуальной непатологической, условно-патологической или явно патологической привычке, а также возможной дальнейшей динамике последней в сторону приобретения качеств собственно продуктивного психопатологического расстройства. Крайние случаи ППД, представляющие собой клинические варианты синдрома-болезни и являющиеся весьма резистентными к терапии, вследствие утраты мотивами привычного поведения опосредованного характера и приобретения ими доминирующего

положения в иерархии мотивов, характеризуются нарушением социальной адаптации ребенка в семье и детском коллективе и искажением процесса созревания личности.

Ранными социально-психологическими критериями приобретения индивидуальными привычками собственно патологического качества могут быть следующие:

а) противоречие проявлений привычного поведения социальным нормам конкретной общественной среды;

б) внедрение привычных стереотипов в структуру естественной для ребенка игровой, познавательной, творческой и коммуникативной деятельности;

в) нарушение процесса формирования и соподчинения онтогенетических уровней общения [5];

г) отклонения в развитии, функционировании и взаимодействии онтогенетических уровней базальной системы эмоциональной регуляции за счет гиперфункции “уровня стереотипов” (по В.В. Лебединскому и соавт.) [6].

Выводы. Указанные критерии могут использоваться детскими психологами и психотерапевтами для своевременного решения вопроса о необходимости направить такого ребенка на прием к детскому психиатру для уточнения диагноза и выработки плана совместных с ним лечебно-коррекционных мероприятий, включающих в числе прочих форм помощи, медикаментозную терапию, стационарирование, социальную реабилитацию, психотерапию, нейропсихологическую коррекцию и т.д.

Литература

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков.- М.: Изд-во Института Психотерапии, изд-во НГМА, 2000.- 320 с.

2. Swedo S.E., Rapoport J.L. Annotation: Trichotillomania. //J. Child Psychol., Psychiat. V. 32, № 3, 1991.- pp. 401-409.

3. Ладыгина-Котс Н.Н. Дитя шимпанзе и дитя человека в их инстинктах, эмоциях, играх, привычках и выразительных движениях.- М.,1935.-559 с.

4. Свааб Д. Мы – это наш мозг: От матки до Альцгеймера / Пер. с нидерл.- СПб. Изд-во Ивана Лимбаха, 2014.- 544 с.

5. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения.- М.: Педагогика, 1986.- 145 с.

6. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция.- М., Изд. МГУ, 1990. - 197 с.

Шевченко Ю.С., Леденев Б.А.

ФЕНОМЕН ВИЗУАЛИЗИРОВАННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ

Кафедра детской психиатрии и психотерапии. государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения РФ, Москва, Российской Федерации, europsy@mail.ru

Ключевые слова: визуализированные представления, эйдетизм, фантазирование, образное мышление, онтогенез, психопатология

Shevchenko Yu.S., Ledenev B.A.

PHENOMENON OF VISUALIZED REPRESENTATIONS: CLINICAL-PSYCHOLOGICAL AND DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC ASPECTS.

The Federal State Budget Educational Institution of Additional Vocational Education "Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation.

Key words: visualized representations, eidetism, fantasy, figurative thinking, psychopathology

Введение. В начале 80-х годов прошлого века два, тогда еще молодых, ассистента кафедры детской психиатрии, которой руководил профессор В.В. Ковалев, изучая детей и подростков с шизоидной психопатией [1] обратили внимание, что их пациенты часто склонны к аутистическому фантазированию, порой приобретающему психопатологический характер [2,3]. При этом образы их воображения нередко приобретали сенсоризированный (чаще всего визуализированный) характер, что ставило вопрос об их дифференциальной диагностике с псевдогаллюцинациями, в одной стороны, и о связи с нормальными вариантами проявлений памяти и образного мышления, с другой. Результатом психопатологического и психологического изучения данного феномена явилась статья упомянутых молодых ученых, опубликованная в Журнале им. С.С. Корсакова [4]. Вскоре после этого в частной беседе с Анной Яковлевной Ивановой (дочерью С.Я. Рубинштейн) они узнали, что Сусанне Яковлевне понравилась эта публикация. Это их приятно успокоило, поскольку в своей статье эти два психиатра позволили себе серьезно зайти на «смежную территорию» нормальной возрастной психологии. Скорее в шутку, один из них заметил, что было бы неплохо, чтобы о такой оценке мэтра узнала широкая научная общественность. Каково же было их изумление, когда в следующем номере Журнала они прочитали короткую заметку: «По поводу статьи Б.А. Леденева и Ю.С. Шевченко...», подписанную самой С.Я. Рубинштейн. Подобные ремарки в адрес молодых коллег ни тогда, ни теперь не являются традицией в отечественной науке. Это послужило мощным стимулом для продолжения исследований в данном направлении [5]. Предлагаемая ниже публикация посвящается светлой памяти великого ученого и замечательного человека Сусанны Яковлевны Рубинштейн.

Материалы и методы исследования. Психологически, психопатологически и клинико-динамически обследовано 42 больных шизофренией обоего пола в возрасте от 5 до 18 лет с давностью заболевания от 3 мес до 9 лет, а также 36 детей и подростков с непроцессуальными нервно-психическими расстройствами и психически здоровые лица.

Результаты. Визуализированные представления – это яркие, чувственно-образные представления, достигающие по степени выраженности качества, свойственного образам восприятия. В литературе имеются указания на связь и на сходство визуализированных представлений с эйдети́змом [6]. Визуализированные представления могут встречаться как особенность психической деятельности в условиях сенсорной изоляции, у слабовидящих детей с невротическими реакциями, в структуре компенсаторных и гиперкомпенсаторных реакций, при паранойяльных состояниях, в клинике детской и подростковой шизофрении, а также могут выступать как непатологический (психологический) феномен у психически здоровых детей и взрослых (чаще у женщин) [3,4]. Наиболее характерные признаки визуализированных представлений заключаются в том, что яркие образные представления, приближающиеся к восприятиям объективной действительности, не сливаются и не отождествляются с ней, возникают и прекращаются произвольно, носят субъективный характер, в своем развитии имеют определенную фабулу и сюжет, их возникновение и содержание связаны с определенным эмоциональным состоянием и психологически понятно. У всех обследованных визуализированные представления возникали в процессе фантазирования на излюбленные темы или как отражение внутренней переработки психической травмы и, по существу, являлись «зримыми» образами.

Ни у одного из наших обследованных не было интеллектуальной недостаточности. Наоборот, у многих из них отмечались высокий уровень интеллектуального развития, богатое воображение, легкость возникновения своеобразных ассоциаций со склонностью к символике и абстрагированию, устойчивое внимание, хорошая память и высокие способности к усвоению новых знаний. Возникновение представлений чувственного характера было связано с определенными условиями, сводившимися к некоторой изоляции. Для одних детей требовались тишина, одиночество, неподвижная поза, темнота, закрывание глаз; для других - стереотипные движения (размахивание руками, постукивание, хождение) или другие виды двигательного «аккомпанирования». Чем меньше были выражены аутистические черты, тем чаще преобладал второй тип поведения. Субъективными условиями появления чувственных образов в большинстве случаев было определенное целенаправленное волевое усилие для их вызывания; иногда они возникали легко, почти без участия воли, а порой отсутствие напряжения являлось необходимым условием для появления желаемых образов. Представления, нейтральные для субъекта по своему содержанию, не сопровождаются визуализацией. Сами обследуемые четко дифференцируют визуализированные представления от «невидимых» образов памяти. В большинстве наших наблюдений визуализированные представления с возрастом, по мере расширения у детей и подростков контактов и ослабления аутистических черт, теряли свое доминирующее положение в их внутренней жизни.

Наиболее характерные признаки визуализированных представлений, отличающие их от различных галлюцинаторных феноменов (прежде всего псевдогаллюцинаций и галлюцинаций воображения Дюпре), заключаются в том, что они никогда не смешиваются детьми и подростками с реальной действительностью, психологически понятны, возникают и прекращаются произвольно, в своем развитии имеют определенную фабулу и сюжет, субъективно не носят характера чуждости. Динамика визуализированных представлений при шизофрении тесно связана с формой и типом течения заболевания. При вяло протекающей малопрогрессирующей шизофрении (19 наблюдений) визуализированные представления входили в структуру основных продуктивных расстройств, которые у 9 больных ограничивались синдромом патологического (преимущественно сверхценного) фантазирования, у 6 - неврозоподобным и у 4 - психопатоподобным синдромами. У 13 больных склонность к визуализации представлений сохранялась на протяжении всего периода наблюдения. При трансформации сверхценных страхов в навязчивые визуализированные представления также приобретали качество навязчивости - чувство чуждости и произвольности «видимых» образов при критическом отношении к ним. При психопатоподобном варианте фантазии с агрессивно-садистическим содержанием сопровождалась представлением войны, пыток, насилия, убийств и т.п. У 6 детей и подростков с вялотекущей малопрогрессирующей формой заболевания по мере нарастания негативных расстройств (усиление аутизма, снижение эмоциональности, познавательных интересов, психической активности и др.) визуализированные представления постепенно становились менее яркими, красочными, разнообразными, их содержание выхолащивалось и делалось стереотипным. У 4 больных обеднение содержания воображения и фантазий проявилось в полной утрате способности к визуализации. При непрерывно-прогрессирующей шизофрении (15 наблюдений) с рудиментарными параноидными и галлюцинаторно-параноидными расстройствами динамика визуализированных представлений заключалась в их постепенной трансформации в психотические расстройства. Так, у 4 больных, у которых фантазии постепенно принимали бредоподобный характер, визуализированные представления начинали возникать временами произвольно вне зависимости от внешних условий и внутренней активности личности. Такие чувственно-образные представления еще не приобретали для больного характера отчужденных, они еще оставались его «собственными» представлениями. У 6 других больных с нарастанием формирования бредовой структуры фантазий визуализированные представления, помимо того, что были произвольными, становились неприятными, тягостными, чуждыми и непреодолимыми, все более приобретая качества зрительных псевдогаллюцинаций. У 5 больных детей и подростков бредоподобное

фантазирование с визуализацией представлений носило чрезмерно выраженный характер. Такое фантазирование описывается как «грезоподобное» или как «грезы наяву» [2]. В этих случаях дети напоминали страдающих ориентированным онейроидом. В то же время эти состояния отличаются от последнего тем, что при них нет признаков помраченного сознания, отсутствует двойная ориентировка и сохраняются все виды памяти. Кроме того, эти состояния не являлись этапом, предшествующим развитию истинного онейроида. При шубообразном течении шизофрении (8 случаев) у 5 больных визуализированные представления отражали идеи самообвинения, ущербности, мысли о возможных неприятных событиях в будущем. У 3 больных на высоте депрессивно-апатического аффекта способность к визуализации представлений ослабевала, а в дальнейшем полностью исчезала и возвращалась по мере ослабления депрессии.

Выводы. Визуализированные представления при шизофрении несут в себе определенную клиническую информацию. Будучи своеобразным проявлением наглядно-образного мышления, отражающим индивидуальные особенности онтогенеза психики, визуализированные представления под влиянием болезненного процесса претерпевают соответствующие изменения. В одних случаях они сохраняют все формальные признаки продуктивно-дизонтогенетического симптома и отражают общие закономерности динамики изменений личности и нарастания негативных расстройств, в других они трансформируются в продуктивные психотические расстройства (психические автоматизмы, псевдогаллюцинации).

Литература

1. Леденев Б.А., Шевченко Ю.С. Клиника и динамика мозаичных вариантов шизоидной (аутистической) психопатии в детском и подростковом возрасте. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1983. – т. 83, вып. 10. – с. 1526-1533.
2. Мамцева В.Н. О хроническом бреде воображения в детском возрасте. Актуальные проблемы психиатрии детского и подросткового возраста. – М., 1976. – т. 75. – с. 20-23.
3. Мамцева В.Н. Детская и подростковая психиатрия / Под ред. Ю.С. Шевченко. – Учебное пособие. – М.: Медицина, 2003. – 432 с.
4. Леденев Б.А., Шевченко Ю.С. Феномен визуализированных представлений у детей и подростков. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1982. – т. 82, вып. 12. – с. 58-63.
5. Леденев Б.А., Шевченко Ю.С. Феномен визуализированных представлений у детей и подростков, больных шизофренией. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1987. – т. 87, вып. 10. – с. 1532-1534.
6. Кононова М.П. Эйдетические явления и их отношение к психопатологии // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1929. – т. 29, № 1. - с. 60–82.

Шелоумова О.С.

Цветовой тест Люшера в оценке психоэмоционального статуса детей, находящихся на лечении в противотуберкулезном стационаре.

ФГБНУ «ЦНИИТ», г. Москва, Россия
oksanasheloumova@yandex.ru

Ключевые слова: психодиагностика, цветовой тест Люшера, психоэмоциональный статус, психологическое сопровождение лечения

Sheloumova O.

The Lusher color test in the psychoemotional status assessment of children being treated in an anti-tuberculosis hospital

Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, Russia

Keywords: psychodiagnostics, Lusher color test, psychoemotional status, psychological support of treatment

Введение. Длительная госпитализация оказывает влияние на психоэмоциональное состояние любого пациента, обусловленное как различными факторами лечения, так и изоляцией от семьи, дома, изменением привычной жизни и обстановки. Особенно уязвимыми к стрессогенному воздействию пребывания в стационаре оказываются дети и подростки [4]. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о высоком риске возникновения у них тревожного расстройства, депрессии, посттравматического стрессового расстройства и других психопатологических нарушений, которые могут препятствовать нормальному развитию. Своевременное выявление пациентов, подверженных наибольшему риску психологической дезадаптации, и раннее начало психокоррекционной работы с ними способствует не только улучшению актуального психоэмоционального состояния, но и предотвращению возникновения нарушений в долгосрочной перспективе [5; 6]. В связи с этим особую актуальность приобретают инструменты быстрой оценки психоэмоционального статуса для скрининга детей и подростков, поступающих в стационар, с целью выявления пациентов, нуждающихся в психокоррекционной работе. В противотуберкулезном стационаре эта задача стоит особенно остро, поскольку длительность стационарного лечения и тот факт, что госпитализации нередко предшествует продолжительное нахождение ребенка в противотуберкулезном санатории, обуславливает высокий риск психологической дезадаптации и развития различных психопатологических нарушений.

Метод. Для оценки психоэмоционального статуса при поступлении в стационар в большинстве случаев используются различные опросники. Однако у детей, в силу возрастных и индивидуальных особенностей, таких как недостаточное развитие речи, это может быть затруднено. Методики же выявляющие признаки психического напряжения у детей, не умеющих определять свое эмоциональное состояние и/или рассказать о нем, в основном основаны на наблюдении, а потому требуют продолжительного времени для проведения. В связи с этим целесообразным представляется использование метода, не имеющего ограничений по уровню развития речи и когнитивным способностям обследуемого. Таким требованиям удовлетворяет цветовой тест Люшера (ЦТЛ), относящийся к категории проективных методов и отличающийся доступностью, экономичностью, простотой использования [1]. Данные ряда исследований демонстрируют информативность этого метода в отношении некоторых психологических особенностей, а также в оценке актуального психоэмоционального состояния больных хроническими соматическими заболеваниями [1; 3]. В практике психологического сопровождения пациентов младшего детского отделения ФГБНУ «ЦНИИТ», где лечение от туберкулеза проходят дети от 2 до 13 лет, цветовой тест Люшера используется в скрининговом выявлении пациентов, нуждающихся в психокоррекционной работе. С этой целью проводится математический анализ цветовых выборов пациентов в соответствии с расчетными формулами и оценка уровня суммарного отклонения от аутогенной нормы (СО), определяющего наличие нервно - психической напряженности и являющегося одним из наиболее информативных показателей [2].

Психокоррекционная работа проводится с детьми, стандартные баллы отклонения от аутогенной нормы у которых выше или равны 4. Данному численному значению соответствует средний уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, при котором у человека в привычной обстановке, с четким разделением времени отдыха и нагрузки, может сохраняться нормальное психоэмоциональное состояние. В случае же госпитализации, когда нагрузка на адаптационные механизмы организма является постоянной

и чрезмерной, данное значение отклонения от аутогенной нормы свидетельствует о высоком риске дезадаптации и, как следствие, необходимости психокоррекции. В дальнейшем при проведении психодиагностического обследования у большей части детей из группы психокоррекции выявляются различные психопатологические симптомы, среди которых преобладают тревога, гипотимия, эмоциональная лабильность.

Наряду с выявлением уровня непродуктивной нервно-психической напряженности, использование ЦТЛ в скрининговом обследовании позволяет получить информацию об уровне тревоги с помощью индекса тревоги. По литературным данным, описывающим результаты психодиагностического обследования 1083 пациентов с различными хроническими соматическими заболеваниями (мужчины и женщины в возрасте 23—64 лет) индекс тревоги цветового теста Люшера коррелирует с показателями по шкалам реактивной и личностной тревожности Шкалы тревоги Спилберга – Ханина (STAI) [1].

Результаты. Психодиагностическое обследование пациентов младшего детского отделения ЦНИИТ, входящих в группу психокоррекции, показало, что из 20 человек (девочки и мальчики в возрасте от 6 до 13 лет) с повышенным уровнем тревоги по ЦТЛ у 18 было выявлено повышение тревоги по Шкале явной тревожности для детей СМАС, у 2 детей с низким уровнем тревоги по СМАС отмечалось высокое значение по субшкале социальной желательности, свидетельствующее о том, что ответы обследуемых могут быть недостоверны и искажаться под влиянием фактора социальной желательности.

Важным показателем, дающим возможность получения информации об уровне активности и энергетическом потенциале организма пациента, является такой индекс ЦТЛ, как «вегетативный коэффициент», характеризующий относительное преобладание влияния симпатической или парасимпатической вегетативной нервной системы. Выявление с его помощью хронического переутомления или, напротив, избыточного возбуждения, позволяет своевременно принять решение о необходимости проведения с пациентом восстановительных мероприятий или релаксирующих и успокаивающих техник.

Особенности стимульного материала методики, обеспечивающие быстроту тестирования, простоту стоящей перед пациентом задачи и не требующие наличия у него способности к распознаванию и вербализации своих состояний, дают возможность проведения многократного повторного тестирования для оценки динамики показателей психоэмоционального состояния.

Выводы. Таким образом, ЦТЛ позволяет оперативно проводить оценку психоэмоционального статуса, выявляя пациентов, подверженных наибольшему риску психологической дезадаптации, для раннего начала психокоррекционной работы с ними. В условиях соматического стационара простота проведения теста и его доступность для пациентов с недостаточным развитием речи или соматически ослабленных, быстро утомляющихся, делает его удобным и практически незаменимым инструментом для скрининга.

Литература.

1. Айвазян, Т. А. Цветовой тест: психодиагностические возможности у больных хроническими соматическими заболеваниями / Т. А. Айвазян, В. П. Зайцев // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2014. – Т. 91. – № 5. – С. 3-5.
2. Методики диагностики и измерения психических состояний личности/ Автор и составитель А.О. Прохоров. М.: ПЕР СЭ, 2004. 176 с.
3. Особенности клинко-психологического статуса пациентов с ювенильным артритом / Л. Н. Игишева, С. С. Притчина, Е. В. Янко, Ю. А. Быкова // РМЖ. – 2016. – Т. 24. – № 18. – С. 1227-1230.
4. Mîndru D.E., Stănescu R.S., Mioara C.M., et al. Stress in pediatric patients – the effect of prolonged hospitalization. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2016 Apr-Jun; 120(2):417-23. PMID: 27483728.

5. Pao, M., & Bosk, A. Anxiety in medically ill children/adolescents. *Depression and Anxiety*. 2011. 28(1), 40-49. doi:10.1002/da.20727

6. Triantafyllou C, Matziou V. Aggravating factors and assessment tools for Posttraumatic Stress Disorder in children after hospitalization. *Psychiatriki*. 2019 Jul-Sep;30(3):264-270. doi: 10.22365/jpsych.2019.303.256. PMID: 31685457.

Шинина Т.В.

ШКАЛА НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТСКОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ: ВИДЕОАНАЛИЗ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
e-mail: shininatv78@gmail.com

Ключевые слова: метод наблюдения, ранний возраст, видеоанализ, Big data, Observer-XT

Tatyana V. Shinina

THE SCALE OF OBSERVATION OF CHILDREN'S INDEPENDENCE: VIDEO ANALYSIS IN CLINICAL PSYCHOLOGY

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
e-mail: shininatv78@gmail.com

Keywords: observation method, early age, video analysis, Big data, Observer-XT

Финансирование: Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 19-513-92001 «Кросс-культурные особенности взаимодействия значимого взрослого и ребенка в России и Вьетнаме».

Стремительные изменения в современном обществе, высокая интенсивность потоков информации, изменение коммуникации с переходом в онлайн-среду — все это оказывает значительное влияние на психическое развитие и формирование личности ребенка. Происходит разрыв между поколениями детей и родителей, снижается значимость фигуры взрослого и его роли в детско-родительском взаимодействии. Данная социальная ситуация развития требует научного осмысления и поиска новых путей оценки детско-родительского взаимодействия «изменяющегося ребенка в изменяющемся мире» [3].

В настоящее время отмечается всплеск интереса зарубежных исследователей к изучению взаимодействия с помощью видеозаписей и шкал наблюдения. Современный обзор позволяет увидеть преимущества и недостатки методик оценки раннего детско-родительского взаимодействия [2]. Оценка детско-родительского взаимодействия NCAST [The Nursing Child Assessment Satellite Training] исследует способность подавать четкие и ясные сигналы взрослому и способность проявлять реакцию на действия или слова взрослого [6]. Шкала Manchester Assessment of Caregiver-Infant [MACI] отмечает поведение ребенка по трем параметрам: детская внимательность по отношению к родителю, детский позитивный аффект, детская оживленность [4]. Оценка психологического взаимодействия родителя и ребенка в процессе кормления, структурированной и свободной игры [PCERA] The Parent – Child Early Relational Assessment [5] включает 28 характеристик поведения ребенка.

В России одним из наиболее разработанных и глубоких методов стандартизированного наблюдения за взаимодействием взрослого с ребенком является подход, созданный в школе онтогенеза общения. Лисина М.И. рассматривает общение как процесс взаимодействия, в котором каждый субъект становится объектом познания и получает возможность лучше понимать свои потребности, познавать, и оценивать себя. Общение ребенка со взрослым, таким образом, оказывается основой формирования личности в онтогенезе.

В процессе видеоисследования и проведения открытых профессиональных экспертиз была разработана система кодирования детской самостоятельности, позволяющая фиксировать индикатор в процессе анализа видеокейса, используя характеристики каждого индикатора [1]. Каждый индикатор имеет положительное и отрицательное значение.

Система кодировки индикаторов «Ребенок — предмет» — «П»

Ребенок в процессе 15-минутной игры со взрослым проявляет коммуникативные сигналы в адрес предмета

- П 1.** Фокус внимания предмет «+»
- П 2.** Инициатива к предмету «+»
- П 3.** Предметная деятельность «+»
- П 4.** Средства общения «+»
- П 5.** Эмоциональные переживания «+»
- П 6.** Фокус внимания предмет «-»
- П 7.** Инициатива к предмету «-»
- П 8.** Предметная деятельность «-»
- П 9.** Средства общения «-»
- П 10.** Эмоциональные переживания «-»

Система кодировки индикаторов «Ребенок — взрослый» — «В»

Ребенок в процессе 15-минутной игры со взрослым проявляет сигналы в адрес взрослого

- В 1.** Фокус внимания взрослый «+»
- В 2.** Инициатива к взрослому «+»
- В 3.** Чувствительность к воздействию взрослого «+»
- В 4.** Средства общения «+»
- В 5.** Эмоциональные переживания «+»
- В 6.** Фокус внимания взрослый «-»
- В 7.** Инициатива к взрослому «-»
- В 8.** Чувствительность к воздействию взрослого «-»
- В 9.** Средства общения «-»
- В 10.** Эмоциональные переживания «-»

Для каждого индикатора была сделана видеонарезка проявлений, что позволило составить видео-библиотеку. Нам представляется, что это осязаемое преимущество для дальнейшей работы и значительный ресурс для обучения специалистов, работающих с детьми и родителями, особенно в центрах раннего вмешательства.

В процессе анализа результатов на операциональном уровне была разработана динамическая модель. Она позволяет делать выводы и строить исследовательские прогнозы на основе эмпирических данных, полученных в результате измерительных процедур. На современном этапе развития нелинейной динамики для описания систем, связанных с непрерывными изменениями всех параметров (в том числе и времени), применяются математические модели, использующие дифференциальные значения. Для фиксации изменений в процессе исследования можно проводить анализ дискретных по времени данных, позволяющих получить количественную и качественную информацию на дискретно выбранных моментах времени.

В результате исследований создана система оценки коммуникативных сигналов ребенка раннего возраста, которая позволяет отслеживать их интенсивность. Предполагается дальнейшая работа над клиническими видеонаблюдениями и экспериментальными пробами по стандартизации шкалы оценки самостоятельности ребенка, расширение выборки с ее дифференциацией не только по полу, но и по социально-демографическим и кросс-культурным признакам, с включением во взаимодействие значимого взрослого с детьми других возрастных периодов онтогенеза

Важность к деталям, скрупулезный подход к сбору и анализу данных которые были заложены в отечественной диагностической исследовательской парадигме сегодня возможны

с помощью применения цифровых технологий и видеонаблюдения в процессе взаимодействия с возможностью фиксации программой Observer-ХТ 16.

Современная ситуация развития диагностических инструментов позволяет накапливать большие данные (Big data) и работать по технологической цепочке: а) фиксация информации при анализе видео-кейсов, б) данные помещаются на хранение в базы и Google-хранища, в) данные обрабатывают, анализируют, кодируют с помощью маркеров оценки, г) обработанные данные можно визуализировать для машинного обучения.

Диагностика в медицинской (клинической) психологии позволяет делать упор на традиции и намечать перспективы с учетом новых цифровых возможностей для сбора видеоданных в процессе онтогенеза развития детей и построения графических профилей для использования в интервизионной практике для раскрытия личностного потенциала.

Литература

1. Галасюк И.Н., Шинина Т.В., Иргашев Н.Р., Морозова И.Г., Пасечник О.Н. Открытая профессиональная экспертиза методики детско-родительского взаимодействия: векторы развития психологического инструментария // Актуальные проблемы психологического знания. Теоретические и практические проблемы психологии. 2018. № 3 (48). С. 5–24.

2. Детско-родительское взаимодействие и развитие ребенка раннего возраста : коллективная монография / Л. В. Токарская, М. А. Лаврова, Н. И. Бакушкина, И. Н. Галасюк, Я. И. Коряков, О. Н. Пасечник, М. Е. Пермязова, Е. В. Хлыстова, Д. А. Чегодаев, Т. В. Шинина ; под редакцией Л. В. Токарской ; Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина. — Екатеринбург : ООО «Издательство УМЦ УПИ», 2019. — 206 с.

3. Солдатова Г.У. Цифровая социализация в культурно-исторической парадигме: изменяющийся ребенок в изменяющемся мире // Социальная психология и общество. 2018. Т. 9. № 3. С. 71–80 DOI:17759/sps.2018090308

4. Green J., Pickles A., Pasco G., Bedford R., Wan M.W., Elsabbagh M., Slonims V., Gliga T., Jones E.J.H., Cheung C.H.M., Charman T., Johnson M.H et al. Randomised trial of a parent-mediated intervention for infants at high risk for autism: longitudinal outcomes to age 3 years // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2017. Vol. 58 (12). P. 1–11. DOI:10.1111/jcpp.12728

5. Misund A.R., Bråten S., Nerdrum P., Pripp A.H., Diseth T.H. A Norwegian prospective study of preterm mother–infant interactions at 6 and 18 months and the impact of maternal mental health problems, pregnancy and birth complications // BMJ Open. 2015. Vol. 6. DOI:10.1136/bmjopen-2015-009699

6. Thomas J.C., Letourneau N., Campbell T.S., Tomfohr- Madsen L., Giesbrecht G.F. Developmental Origins of Infant Emotion Regulation: Mediation by Temperamental Negativity and Moderation by Maternal Sensitivity // Developmental Psychology.

Щавелева Ю.В., Зверева Н.В.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПОЛУЧНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА НА ГОТОВНОСТЬ ПОДРОСТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЖИЗНИ

МГППУ, Москва, Россия
yulya.schaveleva@gmail.com

Ключевые слова: неблагополучный детский опыт, подростки, готовность к самостоятельной жизни, замещающая семья.

Shchaveleva Yu.V., Zvereva N. V.

THE INFLUENCE OF A DYSFUNCTIONAL CHILDHOOD EXPERIENCE ON A TEENAGER'S READINESS FOR INDEPENDENT LIFE

MGPPU, Moscow, Russia

Keywords: dysfunctional childhood experience, adolescents, readiness for independent life, substitute family.

Введение. Современный подросток сталкивается с большим уровнем стресса и растет в динамичной среде с постоянно изменяющимся содержанием жизни, информационной нагрузкой, а также влиянием различных психосоциальных факторов, связанных с проблемами в школе, отношениями со сверстниками и психологическим климатом в семье. Рассмотрение готовности подростка к самостоятельной жизни относительно мало изучено, особенно это касается подростков в приемной семье, так как замещающая родительская забота в РФ только начинает распространяться.

Целью данной работы является изучение готовности к самостоятельной жизни подростка, проживающего в замещающей семье.

Гипотеза - подростки, проживающие в замещающих семьях, имеют относительно низкий уровень готовности к самостоятельной жизни, он может различаться по половому признаку и по возрастным группам подростков.

Изучая особенности готовности подростка, проживающего в замещающей семье, к самостоятельной жизни, необходимо думать о значении личностных, когнитивных и социальных аспектов такой готовности. Известно, что есть психотравмирующее влияние неблагоприятного детского опыта (НДО) на долгосрочное здоровье подростков и взрослых [4]. Исследователями выявлены негативные последствия НДО для здоровья, образования и жизненных возможностей подростков, которые часто объясняются изменениями развития нервной системы в стрессовой реактивности, изменениями в механизмах совладания человека, все это в целом способствует принятию вредных для здоровья и асоциальных форм поведения [5]. Лонгитюдное исследование показало, что дети с раннего возраста, находящиеся в НДО, имеют высокие показатели симптомов ПТСР, депрессии и тревоги и более низкое качество жизни, чем дети без НДО. Было обнаружено, что имеется связь между НДО и тревожно-депрессивными симптомами и другими проявлениями ПТСР [6]. Психологическая готовность является «сложным синтетическим образованием» (Ф.И. Иващенко), состоящим из комплекса разнообразных, связанных между собой элементов. Исследование готовности к самостоятельной жизни подростка, проживающего в замещающей семье, может оказаться полезным при оказании психологической помощи замещающим семьям, формирующим готовность подростков к самостоятельной жизни.

Материал и методы. Выборка - 25 детей подросткового возраста от 10 до 18 лет (9 девочек и 16 мальчиков, 10-12 лет – младшие подростки, 13-15 лет – средний подростковый возраст, 16-18 лет – старший подростковый возраст). Большая часть подростков проживает в замещающих семьях (21 чел.), и с ними проживают подростки из кровных семей – 4 чел. 10 приемных подростков имели выставленные психиатрические диагнозы (умственная отсталость легкой и умеренной степени, другие смешанные расстройства поведения и эмоций, депрессия, атипичный аутизм). Материал исследования набран в Службе сопровождения замещающих семей п. Удельная, Московской области.

Методики направлены на разные аспекты готовности к самостоятельной жизни: собственно опросник «Оценка готовности подростка к самостоятельной жизни» (Шинина Т.В., Митина О.В., 2018) [3], оценка личности - методика Шмишека для исследования акцентуаций характера детей и подростков с учетом их возрастных особенностей; оценка когнитивной сферы - Конструирование объекта, [2], половозрастная идентификация по Белопольской Н.Л., ассоциативный эксперимент «ребенок», «подросток», «взрослый» (вариант Н.В.Зверевой); оценка эмоций - методика «Распознавание эмоционально-

выразительных движений (поз и жестов)» [1]. Применялись методы математической обработки данных.

Результаты. По оценке готовности к самостоятельной жизни подростки имели невысокие показатели по всем шкалам, при этом самые низкие были получены по шкале готовности к профессиональному выбору (48 баллов 77 возможных), а самые высокие – по шкале готовности к взаимодействию (58 баллов). Также было получено значимое различие между девушками и юношами, у девушек в целом показатель готовности к самостоятельной жизни был выше. По возрастным группам такого подтвержденного различия получено не было. По оценке акцентуации характера всего акцентуаций на группу из 25 подростков было получено 37 акцентуаций, большинство имеют акцентуации гипертимного и экзальтированного типа, при этом без акцентуаций - 7 чел, 1 акцентуация - 6 чел., 2 и более акцентуации у 12 чел. По данным теста Конструирование объекта в показателе целостности ответов подростки разделились, у большинства – целостность ответов в пределах нормы, у 5 подростков - снижена. Стандартность ответов в группе – примерно три четверти подростков имели показатель стандартности в нормативных пределах, только у 1 подростка – грубое снижение стандартности. Показатель комбинаторности практически нулевой. Таким образом, большинство подростков давали стандартные ответы, при этом комбинаторных ответов было очень мало. В методике половозрастной идентификации по Белопольской не было обнаружено грубых отклонений в определении возрастной последовательности и идентификации своего возраста, за исключением нескольких случаев, также было получено разнообразие привлекательных образов и большее единообразие отрицательных возрастных периодов – это в основном старый человек, который рассматривался как непривлекательная фигура. В ассоциативной методике применительно к категории «ребенок» получен ряд ответов, указывающих на НДО, в категории «подросток» также имелись содержательные несовпадения при общей сходной картине с обычными подростками, проживающими в кровных семьях. Следует отметить преимущественно высокоположительные характеристики «взрослого» у подростков, проживающих в замещающих семьях. В методике распознавания жестов большинство подростков справились как с символическими, так и экспрессивными жестами, имелись несколько вариантов типов построения ответов – краткое обозначение действия глаголом встречалось относительно редко, чаще были конкретные описания жеста или ситуации, адекватные эмоции.

Получен ряд корреляционных связей типа акцентуации и уровня готовности к самостоятельной жизни, а также с показателями методики конструирования объектов. По методике «Распознавание жестов» есть положительная корреляция с «экспрессивными жестами» и «степенью сложности ответов», циклотимный тип акцентуации позитивно коррелирует с показателем успешности распознавания экспрессивных жестов. Также обнаружены и другие корреляции между тестами на шкалы готовности, так, например, положительно коррелирует «готовность к самостоятельному проживанию» и «позитивные ассоциации»,

В данном исследовании обнаружен ряд особенностей у подростков, проживающих в замещающих семьях. Организация такой психологической диагностики к выходу подростка из семьи, начиная с препубертатного возраста, и ведение мониторинга готовности подростка к самостоятельной жизни поможет корректировать определенные действия семьи по подготовке подростка к самостоятельной жизни. Важным является рассмотрение становления готовности подростка к самостоятельной жизни в динамике, в этом случае можно рассматривать различные ресурсы необходимые семье для продолжения воспитания приемного подростка, что в свою очередь может являться профилактикой возвратов детей подросткового возраста.

Выводы

1. Готовность подростка, проживающего в замещающей семье, к самостоятельной жизни, имеет связь с некоторыми его личностными и интеллектуальными особенностями, о чем свидетельствуют выявленные в исследовании корреляционные связи.

2. Различия между группами подростков женского и мужского пола по общему баллу готовности к самостоятельной жизни определяются как достоверные в нашей выборке. Девушки имеют более высокие показатели в соответствующих шкалах опросника.

3. Степень готовности подростков, проживающих в замещающих семьях, к самостоятельной жизни представляет собой континуум от низкой до высокой, в нашей выборке более высокий уровень готовности встречался чаще. Большая часть подростков, проживающих в замещающей семье, имеет более высокий уровень готовности к самостоятельной жизни по ряду показателей.

4. Возрастные различия уровня готовности к самостоятельной жизни у подростков, проживающих в замещающих семьях, статистически не подтвердилось.

5. Подобранный инструментарий позволяет оценить, как когнитивную, так и личностную стороны готовности к самостоятельной жизни у подростков, проживающих в замещающих семьях, специалистам следует учитывать индивидуально-личностные особенности подростков, прежде всего, акцентуацию личности и ее когнитивные и эмоциональные особенности.

На исследованной выборке подростков НДО, по-видимому, сказывается в проективных ответах, его отражающих, а также в разбросе по ряду показателей готовности к самостоятельной жизни. Надо полагать, что проживание в замещающей семье имеет для подростка с НДО позитивное влияние.

Литература

1. Зверева Н. В., Назаренко А. Е. Особенности когнитивного и проективного аспектов эмоциональной сферы у младших подростков в норме и при шизофрении // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2008. Т. 8. №. 1. С. 41-48.

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» [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2011. Том 3. № 4.

3. Шинина Т.В., Митина О.В. Разработка и апробация опросника «Готовность подростков к самостоятельной жизни»: оценка и развитие жизненных навыков // Психологическая наука и образование. 2019. Т. 24. № 1. С. 50—68.

4. Goddard, Anna, Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care, Journal of Pediatric Health Care, Volume 35, Issue 2, 2021, Pages 145-155, ISSN 0891-5245, <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001>.

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891524520302315>)

5. Trinidad J. E., Social consequences and contexts of adverse childhood experiences, Social Science & Medicine, Volume 277, 2021, 113897, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113897>.

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795362100229X>)

6. Nelson Sarah, Beveridge Jaimie K., Mychasiuk Richelle, Noel Melanie, Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Internalizing Mental Health, Pain, and Quality of Life in Youth With Chronic Pain: A Longitudinal Examination, The Journal of Pain, 2021, ISSN 1526-5900

Щербакова А.М.,

**ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
В КОНТЕКСТЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ**

МГППУ, Москва, Россия
scherbakovaam@mgppu.ru

Ключевые слова: ментальная недостаточность, реабилитация, абилитация, социальное включение, качество жизни

Shcherbakova A.

DIAGNOSIS OF CHILDREN WITH MENTAL DEFICIENCY IN THE CONTEXT OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING

MSUPE, Moscow, Russia
scherbakovaam@mgppu.ru

Keywords: mental deficiency, rehabilitation, social inclusion, quality of life

Термин «ментальная недостаточность» используется обычно как объединяющий нозологически неоднородную группу людей, неспособных самостоятельно приспособиться к социальной среде, при этом характеризующихся существенным снижением интеллектуальных способностей. Состояние ментальной недостаточности требует внешней помощи, постоянного наблюдения и контроля. При обсуждении проблематики ментальной недостаточности особого внимания заслуживает то, что при ней роль снижения познавательного и социально-адаптивного дефицита равнозначна.

Социально-психологические последствия ограниченных возможностей здоровья снижают качество жизни и требуют реабилитации (абилитации), под которой понимается расширение сферы жизнедеятельности человека. Конечной целью реабилитации является, по определению ВОЗ, «подготовка или переподготовка индивидуума до наивысшего уровня его функциональных способностей» для достижения максимально возможной для него самостоятельности и независимости, что, безусловно, связано с повышением качества его жизни.

В Международной классификации функционирования основные категории жизнедеятельности описаны в виде способностей (к самообслуживанию, общению, ориентации, контролю своего поведения и др.) [4]. Сформированность этих способностей обеспечивает успешность включения человека в социум. Достижение цели включения ребенка с ментальной недостаточностью в социум требует решения сложнейших задач: выделения фигуры «Значимого Другого»; освоения способов взаимодействия как на телесно-аффективном уровне, так и на уровне предметно-практической деятельности; достижения автономности в овладении навыками самообслуживания, адекватного отклика на знакомую ситуацию.

В решении отмеченных задач для детей с тяжелыми нарушениями в развитии, включающими ментальную недостаточность, встречаются значительные трудности. До недавнего времени относительно таких детей бытовало мнение об их «необучаемости» и «невоспитуемости». Однако в последние десятилетия положение дел меняется, хотя предлагаемые модели комплексной помощи детям, имеющим выраженные ограничения психофизического здоровья, направленной на их реабилитацию (абилитацию), до сих пор немногочисленны. Дальнейшая разработка и конкретизация путей и способов психолого-педагогической реабилитации должна опираться на диагностические исследования.

При разработке подходов к диагностике, учитывающей направленность на выявление освоения базовых способностей жизнедеятельности, оправданным будет обращение к концепции функционального диагноза, решающего задачу учета индивидуально-типических особенностей в выборе средств коррекционно-развивающей и психокоррекционной работы [3]. В предложенной Коробейниковым трактовке ребенок рассматривается как целостный человек, испытывающий трудности социализации и социального включения, а не как носитель разрозненных симптомов дизонтогенеза. Психолого-педагогическая помощь в нивелировании или смягчении этих трудностей не должна центрироваться на какой-то одной из сфер развития - познавательной, эмоционально-волевой или поведенческой. Обращение к функциональной диагностике позволит гибко выделять приоритетные в каждом конкретном случае мишени коррекционно-развивающих воздействий, направленных на расширение сфер жизнедеятельности с целью повышения качества жизни – как объективно измеряемого, так и субъективно переживаемого. Максимальная индивидуализация конкретных проблем ребенка

с ментальной недостаточностью «с опорой на функциональный диагноз соотносится, таким образом, с принципом личностного подхода к диагностике <...>» [2].

Установление функционального диагноза опирается на феноменологический подход, оценку степени социопсихологической адаптированности (социально психологический уровень), индивидуально-психологическую характеристику. Методами функциональной диагностики в случае ментальной недостаточности могут выступать текущее наблюдение, экспертные оценки, создание тестовых ситуаций, анализ результатов деятельности и способов ее осуществления [1].

Известно, что сформированность тех или иных способностей зависит во многом от социального окружения, в котором живет и воспитывается ребенок. При умеренной и тяжелой умственной отсталости эта зависимость прослеживается в еще большей мере. При этом значительная часть таких детей воспитывается в институциональных условиях, испытывая воздействие на их развитие условий депривации. Отсутствие с раннего возраста надлежащего коррекционно-педагогического сопровождения со стороны семьи усугубляет отставание ребенка в психофизическом развитии. Направленность на семейное жизнеустройство вызывает необходимость тщательного диагностического изучения детей с тем, чтобы замещающие родители имели реалистические сведения об их актуальном развитии и с помощью специалистов могли выбрать наиболее существенные ориентиры для воспитательных воздействий в зоне ближайшего развития ребенка, подчиняя специальное воспитание социальному (Л.С. Выготский).

Показатели, подлежащие выявлению в ходе функциональной диагностики, вариативны. Одной из важнейших характеристик уровня развития является способность ребенка к обучению и переносу освоенного опыта в новые условия, которая реализуется (через взаимодействие со взрослым) в любой практической деятельности: бытовой, игровой, учебной, трудовой. Также внимание специалиста направлено на выявление способности к ориентировке и регуляции поведения, компонентов коммуникативной, житейской и аутопсихологической компетентностей. Важно выявить, какой тип регуляции является преобладающим: витальная, но или социокультурная (предмет игры, жест и слово педагога, ритуал занятия).

Как отмечалось выше, интегральным свидетельством успешности психосоциального развития ребенка является качество жизни. Хотя выявление качества жизни детей с ментальной недостаточностью представляет значительные трудности, оно все же возможно с опорой на такие показатели как активность, преобладающее эмоциональное состояние, включенность в социальный контакт, способность выделить предпочитаемый ими вид деятельности [5].

Литература

1. Забрамная С.Д., Исаева Т.Н. Знаете ли Вы нас? Методические рекомендации для изучения детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью. – М.: В.Секачев, 2012. 87 с.
2. Коробейников И.А. Диагностические аспекты коррекции и прогноза при нарушениях психического развития / И. А. Коробейников // Предпосылки и условия успешной социализации при трудностях развития: сб. науч. тр. / науч. ред. Е.Л. Инденбаум, Л.Ю. Долгих; Иркут. гос. пед. ун-т. Иркутск, 2008.
3. Коробейников И.А. Функциональный диагноз как основа комплексной коррекции нарушений психического развития // Сб. науч. тр. по итогам Всероссийской конференции. Иркутск: ВСГАО, 2011.
4. МКФ, краткая версия. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства Труда и Социального развития РФ, 2003. 223 с.
5. Щербакова А.М., Осипова Е.А. Субъективное качество жизни детей с ограниченными возможностями здоровья, включенных в программы совместной игровой деятельности // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2016 (16), № 2. С.54-63.

РАЗДЕЛ 3. ДИАГНОСТИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ИНТЕГРАЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА

Адеева Т. Н., Тихонова И.В.

ДИАГНОСТИКА СОДЕРЖАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ДЕФЕКТА

КГУ, Кострома, Россия

adeeva.tanya@rambler.ru

inn.007@mail.ru

Ключевые слова: внутренняя картина дефекта, диагностика, личность

Adeeva T., Tikhonova I.

DIAGNOSIS OF THE CONTENT OF THE INTERNAL DISORDER PATTERN

KSU, Kostroma, Russia

adeeva.tanya@rambler.ru

inn.007@mail.ru

Keywords: internal disorder pattern, diagnostics

Проблема внутренней картины дефекта связана с изучением специфики формирования самосознания людей с ограниченными возможностями здоровья. В работе мы опираемся на традиционное для специальной психологии понимание термина, выдвинутое Л.С. Выготским, где дефект определяется как измененные условия жизнедеятельности человека, ведущие к необходимости перестройки процесса развития. Ограниченные возможности здоровья рассматриваются как значимые условия формирования личности, Я-концепции. Обращаясь к ряду исследований в этой области, можем отметить, что практически все авторы отмечают противоречивость, неустойчивость, конфликтность Я-концепции, недостаточную дифференцированность представлений о себе [2, 6]. Кроме того, в некоторых работах напрямую указывается значимость представлений о своих психических и физических нарушениях, возникающих на основе социального сравнения, для выстраивания личностью адаптационных и компенсаторных механизмов [1, 5]. В связи с этим, необходимым становится анализ феномена внутренней картины дефекта (ВКД) и ее вариантов. При определении данного понятия важным является обращение к опыту изучения внутренней картины болезни [4]. При наличии достаточно большого сходства указанных феноменов, отметим, что ВКД, на наш взгляд, имеет большую связь с формированием Я-концепции и особенностей личности, а также ее содержание будет обусловлено социальной ситуацией развития. В настоящий момент внутренняя картина дефекта понимается как сложное, интегративное образование, как составляющая самосознания, которая проявляется через комплекс ощущений, знаний, переживаний, мотивационных изменений, связанных с нарушением. В структуре феномена можно выделить следующие компоненты. Сенситивный – включает в себя совокупность ощущений, определяющихся наличием дефекта; физический – связан с характеристикой человеком собственной физической активности; когнитивный компонент представлен знаниями о нарушении; эмоциональный означает отношение личности к нарушению и комплекс переживаний, связанных с ним; мотивационный компонент характеризует структуру мотивов личности, возможное ее изменение в связи с наличием нарушения. Значимыми характеристиками феномена являются субъективность и оценочность – факты, связанные с нарушением, имеют личностно значимую интерпретацию и эмоциональный локус, отношение личности.

Особенности изучаемого феномена определяют проблему выбора способов исследования. Важным является и ориентировка на принципы и методологию постнеклассического этапа развития психологии, предполагающего синтез феноменологического, экзистенциального,

нарративного подходов, где объектом исследования становятся «уникальные, открытые, саморазвивающиеся системы», «целостный человек» [3]. Наряду со стандартизированными возникает необходимость использования качественных методов исследования. Наконец, оправданным будет применение клинико-психологического подхода при диагностике людей, имеющих ограниченные возможности здоровья.

С целью изучения содержания феномена внутренней картины дефекта в различные возрастные периоды была разработана психодиагностическая беседа, предполагающая индивидуальную форму работы. На начальном этапе происходит знакомство, выяснение семейного, образовательного, профессионального статуса человека. Структура беседы соответствует компонентам ВКД, соответственно содержит 5 разделов, в каждом из которых предусмотрено по шесть вопросов. Приведем примеры вопросов для каждого раздела беседы. *Сенситивный компонент*: 1. Оцените свое самочувствие. Вы хорошо себя чувствуете? 2. Вы чувствуете дискомфорт при физических нагрузках? 3. Бывают такие ощущения, которые Вас пугают? *Физический компонент*: 1. Назовите свои значимые физические качества (например, сила, особенности моторики, внешности). 2. Есть ли виды деятельности, выполнение которых затруднительно для Вас? *Когнитивный компонент*: 1. Каковы причины нарушений слуха (зрения и т. Д)? 2. Что нужно делать для профилактики ухудшения состояния? 3. Есть ли у Вас ограничения в профессиональной деятельности и какие? *Эмоциональный компонент*: 1. Что Вам нравится в себе? 2. Чем Вы отличаетесь? 3. Чем отличаются люди с нарушениями слуха? *Мотивационный компонент*: 1. Чему бы Вы хотели научиться? 2. Что бы Вы хотели изменить в жизни? 3. Вы поймали золотую рыбку, что попросите у нее (3 желания)?

Ответы подробно записываются и далее подвергаются процедуре контент-анализа, в котором в качестве смысловых единиц выступали компоненты ВКД. В разделе «сенситивный компонент» фиксировались и анализировались высказывания про ощущения, связанные с нарушением, в различных ситуациях: повседневной деятельности, физических или интеллектуальных нагрузок и пр. В физическом компоненте оценивалась фиксация физических характеристик (сенсорики, внешности, моторики), связанных с наличием или компенсацией нарушения. В когнитивном компоненте регистрировалось наличие/отсутствие знаний о причине своего состояния, профилактике, ограничениях в различных областях жизнедеятельности. Эмоциональный компонент предполагал фиксацию оценки респондентами своих сильных и слабых сторон, оценку себя глазами другого, игнорирование или признание нарушения. В мотивационном компоненте отмечалось наличие/отсутствие мотивации к изменению в различных сферах жизни (здоровье, деятельность, отношения). Далее полученные в каждом разделе беседы ответы респондента получали количественную оценку по параметрам «частота» и «направленность». Параметры подвергались экспертной оценке. Частотные показатели оценивали наличие или отсутствие какого-то из феноменов ВКД, оценивались по шкале «0-1». То есть респондент мог указать на наличие ощущений, связанных с нарушением, но высказывания с данным смыслом могли и отсутствовать. Например, в беседе с взрослыми с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата на вопрос: «Вы чувствуете дискомфорт при физических нагрузках?» Получаем варианты ответов: «нет» (0), «да, при ходьбе» (1), «да, когда нужно перемещать предметы в пространстве» (1). Вопрос: «Чем Вы отличаетесь от других людей?» Варианты ответов: «Здоровьем» (1), «Физическим состоянием» (1), «Ничем» и зачеркнуто (1), «Не знаю» (0), «У всех есть отличия» (0). В группе взрослых людей с нарушениями зрения приведем примеры значимых отличий в ответах. Вопрос: «Каковы Ваши значимые физические качества?» Варианты ответов: «Хороший слух» (1), «Развитая моторика» (1), «Чувствительные пальцы» (1), «Хорошая дикция» (1). Вопрос: «Какая работа, профессии Вам недоступны?» Варианты ответов: «Тяжелая» (1), «С физическими нагрузками» (1), «Вся» (0). Параметр «направленность» предполагал количественную и качественную оценку характера сообщения (позитивную или негативную). Направленность ответов можно зафиксировать не всегда, поскольку здесь требуется учет эмоциональных проявлений. В ряде случаев это можно было сделать, опираясь на содержание ответов. Вопрос: «Какие Ваши значимые физические

качества?» Ответ девушки с ДЦП: «Руки сильные, помогаю мужу передвигаться в коляске». Экспертами данная фраза интерпретировалась, как содержащая позитивную направленность. В итоге анализа сообщений определяем выраженность различных вариантов ВКД в различных группах респондентов в соответствии с нозологией и возрастом.

Применение данной методики сопряжено с рядом трудностей. Наиболее важными из них являются тактичная формулировка вопросов, которая не должна вызвать у респондентов негативные чувства в связи с личностно значимым содержанием; возраст респондентов (дошкольный, младший школьный), когда у ребенка может отсутствовать мотивация к взаимодействию по данному вопросу. Наконец, необходимо было адаптировать вопросы с учетом варианта дизонтогенеза. В нашем случае значительной проработке подвергся вариант беседы для людей с нарушениями слуха и нарушениями интеллекта. Использование свободной тактики ведения беседы, создание атмосферы доверия, безопасности позволяют снизить значимость указанных проблем. Использование частично структурированной психодиагностической беседы позволяет формулировать вопросы с учетом этапа онтогенеза и варианта дизонтогенеза, оставаясь в общей диагностической стратегии.

Литература

1. Бондаренко, Г. И. Я-концепция человека с инвалидностью / Г. И. Бондаренко // Дефектология. – 2006. – № 5. – С. 36–40.
2. Жданова, С. Ю. Особенности самосознания детей с детским церебральным параличом / С. Ю. Жданова, Т. С. Рогозина // Пермский медицинский журнал. – 2006. – № 1. – С. 80–89.
3. Кубарев В.С. Методологические инструменты постнеклассической психологии: трансспективный анализ // Сибирский психологический журнал. 2015. № 58. С. 6-24. Doi 10.17223/17267080/58/1
4. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. Москва: Издательство Московского университета, 1987. 168с.
5. Fotiadou, E. Motor Development and Self-Esteem of Children and Adolescents with Visual Impairment / E. Fotiadou, P. Christodoulou, S-G. Soulis, V. Tsimaras, M. Mousouli // Journal of Education and Practice. – 2014. – № 37. – P. 97–106
6. Huurre, T. M. Social support and self-esteem among adolescents with visual impairments / T. M. Huurre, E. J. Komulainen, H. M. Aro // Journal of Visual Impairment & Blindness. – 1999. – № 93 (1). – P. 26–37.

Алдушина А.Д.

АДАПТАЦИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБ ДЛЯ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ «ЗАПЕРТОГО ЧЕЛОВЕКА»

ФГБОУ ВО УГМУ, Екатеринбург, Россия
Электронный адрес: aldushina-ad@mail.ru

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, синдром «запертого человека», нейропсихологические пробы, адаптация нейропсихологических проб

Aldushina A.

ADAPTATION OF NEUROPSYCHOLOGICAL TESTS TO ASSESS THE COGNITIVE STATUS OF PATIENTS WITH «LOCKED-IN SYNDROME»

«Ural State Medical University», Yekaterinburg, Russia
Email address: aldushina-ad@mail.ru

Keywords: neuropsychological diagnostics, “locked-in person” syndrome, neuropsychological tests, adaptation of neuropsychological tests

Синдром «запертого человека» («синдром изоляции», «locked-in syndrome») характеризуется параличом практически всех мышц тела, включая мимические и жевательные, что обуславливает отсутствие реакций пациента на внешние раздражители. Такие пациенты находятся в ясном сознании, они бодрствуют с открытыми глазами, способны моргать, фокусировать и переводить взгляд. Так же у них отмечается сохранность высших психических функций, таких как восприятие, мышление, внимание, память и других. При этом уровень сохранности той или иной функции зависит от размеров очага поражения мозга. Таким образом, контакт пациента с окружающим миром возможен только при помощи движений глаз и век.

Причиной возникновения синдрома «запертого человека» являются: ишемический инсульт, травматическое поражение головного мозга, демиелинизирующие заболевания (полиомиелит, рассеянный склероз и т.д.), кровоизлияние или геморрагический инсульт [1].

Большинство пациентов погибает в первые месяцы после этих событий, однако если их состояние удастся стабилизировать, то значительная их часть живет в таком состоянии 10–20 лет и более [1]. Десятилетняя выживаемость пациентов с синдромом «запертого человека» по европейским данным составляет 60-70%. В то же время более молодой возраст пациента улучшает общий реабилитационный прогноз [2].

В рамках нейропсихологической диагностики и реабилитации пациентов с синдромом «запертого человека» большое значение имеет установление контакта и коммуникация с пациентом. В литературе можно встретить описание способов коммуникации с «запертыми» пациентами, для которой используется движение век и глаз пациента. Для ответа на закрытые вопросы («да»/«нет») можно использовать моргание, для более сложных вопросов применяется алфавит, в котором порядок букв определяется частотой встречаемости в словах того или иного языка (в данном случае пациент моргает, когда слышит нужную букву) [3].

Для проведения нейропсихологического обследования пациентов с синдромом «запертого человека» необходимо адаптировать ряд проб для оценки когнитивных функций с учетом возможностей пациента.

Для оценки ориентировки пациента можно использовать моргание на верный ответ (выбор лучше начинать с более крупных категорий, постепенно дифференцируя их).

Оценку восприятия можно проводить, используя рекомендации Е.В. Фуфаевой [4] для диагностики детей с тяжелой черепно-мозговой травмой (в работе предложены методы диагностики зрительного восприятия, счетных операций, зрительной памяти), адаптируя их под «запертых» пациентов:

8. Оценка зрительного восприятия. *Стимульный материал*: реальные предметы и изображения реальных предметов (отдельные карточки с перцептивно-близкими и перцептивно-отдаленными изображениями реальных предметов).

Инструкция: «Посмотрите на ... (название предмета)».

Процедура проведения: предметы (картинки) предъявляются по два (слева и справа в поле зрения пациента) с обязательной сменой места предъявления.

8. Оценка счетных операций. *Стимульный материал*: карточки с примерами, карточки с числами (для ответов).

Инструкция: «Посмотрите на пример: сколько будет 2+2, 7-5, 12-8? Выберите правильный ответ»

Процедура проведения: Примеры и результаты написаны на карточках. Результаты предъявляются попарно (верны и неверные ответы) слева и справа; обязательная смена места предъявления.

8. Оценка зрительной памяти (при сохранности зрительного восприятия). *Стимульный материал*: набор предметных картинок.

Инструкция: «Я покажу Вам картинку, посмотрите на неё и запомните. Потом Вам надо будет найти её среди других картинок».

Процедура проведения: предъявляется одна картинка из набора картинок для оценки зрительного восприятия; потом предъявляется 3 картинки — 1 стимул, 2 дистрактора (неиспользованные ранее картинки).

Как показывает практика, можно адаптировать ряд проб для оценки пространственных функций, мышления и управляющих функций.

4. Оценка пространственных функций.

1) Подбор картинки по эталону. *Стимульный материал:* карточки с буквами, цифрами и наложенными геометрическими фигурами.

Инструкция: «Я покажу Вам карточку с изображением, посмотрите на неё внимательно. Потом Вам надо будет найти из предложенных картинок такую же».

Процедура проведения: предъявляется одна карточка с эталоном; потом предъявляется 3 картинки — 1 эталон, 1 карточка с верным ответом, 1 – с неверным.

2) Зеркальное отражение. *Стимульный материал:* карточки с буквами, цифрами и наложенными геометрическими фигурами.

Инструкция: «Я покажу Вам карточку с изображением, посмотрите на неё внимательно. Потом Вам надо будет найти точно такую же из предложенных картинок ту, которая является ее зеркальным отражением».

Процедура проведения: предъявляется одна карточка с эталоном; потом предъявляется 3 картинки — 1 эталон, 1 карточка с верным ответом, 1 – с неверным.

3) Узнавание времени по «слепым» часам. *Стимульный материал:* карточки со «слепыми» часами.

Инструкция: «Посмотрите, какие часы показывают 9.00, 3.00, 12.45, 15.40».

Процедура проведения: карточки предъявляются по два (слева и справа в поле зрения пациента) с обязательной сменой места предъявления.

8. Оценка управляющих функций. Адаптированная проба «Реакция выбора» и «Усложненная реакция выбора».

Инструкция: «Когда я хлопну один раз, Вы моргнете два раза. Когда я хлопну два раза, вы моргнете один раз».

Процедура проведения: после пробных ударов (1-2 раза), приступаем к контрольным. Отстукиваем ритм 1-2-2-1-1-2.

Инструкция 2: «Когда я хлопну один раз, Вы не будете моргать. Когда я хлопну два раза, вы моргнете один раз».

Процедура проведения: после пробных ударов (1-2 раза), приступаем к контрольным. Отстукиваем ритм 1-2-2-2-1-1-2. *Возможно использование другого ритмического рисунка.

6. Оценка мышления.

1) Адаптированная проба четвертый лишний. *Стимульный материал:* разрезанные карточки для пробы «Исключение предметов».

Инструкция: Первый шаг «Сейчас я покажу Вам карточки, найдите среди них лишнюю, сначала покажите с какой стороны она находится». Второй шаг «Теперь из двух оставшихся выберите лишнюю».

Процедура проведения: Пациенту предъявляется набор из четырех карточек (таблицей 2x2). Первым шагом пациент выбирает сторону, на которой находится лишнее изображение, после чего две ненужные карточки убираются. Вторым шагом происходит выбор между двумя оставшимися карточками.

Литература

1. Retrospective study of the acute period of locked-in syndrome: Consciousness recovery and communication restoration. Séguin P, Moulin A, Fornoni L, Mattout J, Maby E, Lapin B, Blandin V, Giroux P. / Ann Phys Rehabil Med. 2016 Sep;59S:e151-e152. Doi: 10.1016/j.rehab.2016.07.337.PMID:27676817

2. Rousseau, M.-C. et al. (2015) Quality of life in patients with locked-in syndrome: Evolution over a 6-year period / M.-C. Rousseau, K. Baumstarck, M. Alessandrini, V. Blandin, T. B. de

Villemeur, P. Auquier. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, vol. 10, issue 1, article number: 88. DOI: 10.1186/s13023-015-0304-z

3. Smith, E. and Delargy, M. (2005) Locked-in syndrome. *British Medical Journal*, vol. 330, issue 7488, pp. 406–409. DOI: 10.1136/bmj.330.7488.406

4. Фуфаева Е.В., Лукьянов В. И., Быкова В. И., Семенова Ж.Б., Валиуллина С. А. Раннее нейропсихологическое сопровождение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. // «Нейрохирургия и неврология детского возраста» – 2012 - № 4 (34) – Р.61-75

Байрамова Э.Э., Ениколопов С.Н.

ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ МАГИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ И ВЕРЫ В МАГИЮ С НАРУШЕНИЯМИ МЫШЛЕНИЯ В НОРМЕ И ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ФГБНУ Научный Центр Психического Здоровья
Bayramova_ee@icloud.com
enikolopov@mail.ru

Ключевые слова: магическое мышление, вера в магию, нарушения мышления

Bayramova E.E., Enikolopov S.N.

INVESTIGATION OF THE CONNECTION BETWEEN MAGICAL THINKING AND BELIEF IN MAGIC WITH THINKING DISORDERS IN NORM AND IN ENDOGENOUS MENTAL DISEASES

Federal state budgetary scientific institution
Mental Health Research Center
Bayramova_ee@icloud.com
enikolopov@mail.ru

Keywords: magical thinking, belief in magic, thought disorder

Теоретическое обоснование

Магическое мышление – умственные действия, такие как размышление, восприятие, представление, воспоминание, воображение и другие формы мысленной обработки сверхъестественных событий (таких как полет человека на метле, превращение человека в животное, животные, говорящие на человеческих языках, и т.п.), которые нарушают законы физики, биологии и психологии. (Субботский, 2012). Помимо магического мышления у взрослого человека на бессознательном уровне может присутствовать вера в магию (ВВМ). Вера в магию предполагает, что магические события, «которые нарушают современные физические законы», существуют в реальном мире. (Субботский, 2010).

В основном вера в магию и магическое мышление проявляется в ситуациях стресса, когда существует значимая угроза физическому и моральному благополучию человека. В соответствии с моделью информационных процессов способность человека правильно перерабатывать поступающую информацию является ограниченной. Когда человек переживает стресс, часть ресурсов задействуется на борьбу со стрессом, который может нанести психологический или физический вред человеку. В результате ресурса на переработку информации не хватает, и у человека актуализируются примитивные формы мышления (Friedland, N., Keinan, G., & Regev, Y., 1992).

Различные авторы показали, что вера в магию и магическое мышление основывается на принципах, которые связаны с нарушением законов формальной логики и нечувствительности к объективным причинно-следственным связям. Фрейзер выделяет два принципа (закона), на которых базируется вера в магию и магическое мышление. Первый закон, закон подобия, гласит: подобное производит подобное или следствие похоже на свою причину. Согласно этому закону, возможно произвести любое желаемое действие путем простого подражания

ему. Второй принцип, закон заражения, говорит, что вещи, которые раз пришли в соприкосновение друг с другом, продолжают взаимодействовать на расстоянии после прекращения прямого контакта. Два основных принципа магии являются двумя способами злоупотребления связью идей. (Фрейзер, 1980) Л. Леви -Брюль указывал, что существенным признаком веры в магию и магического мышления и веры в магию является его подчинённость закону партиципации, т.е. различные предметы могут быть одновременно сами собой и чем-то иным. Игнорирование причинно-следственных связей мистическим мышлением связано с коллективными представлениями, которые связаны с определенными ассоциациями, наделяющими предметы магическими свойствами. (Леви-Брюль Л., 1930.)

В исследовании проводится изучение связи уровня веры в магию и магического мышления с различного рода нарушениями мышления.

Цель исследования: изучение связи показателя уровня веры в магию и магического мышления с нарушениями мышления в норме и при эндогенных психических заболеваниях.

Материалы и методы исследования

Испытуемые. Группа нормы: 45 респондентов (мужчин 17, женщин 28) в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст респондентов – 31 год). Критерием включения в группу нормы являлось отсутствие у респондента выявленной психической патологии, психологического образования, а также неучастие в патопсихологическом обследовании в течение последнего года. Группа патологии: 41 респондент (мужчин 24, женщин 17) в возрасте от 18 до 51 лет (средний возраст респондентов 27). Все респонденты из клинической группы являются пациентами ФГБНУ НЦПЗ, проходящими амбулаторное и стационарное лечение. Критерием включения в группу патологии являлось наличие у респондентов установленного диагноза из группы F20, F25, F31, F34 и отсутствие прохождения патопсихологического обследования в течение последнего года.

Методики

1. Русскоязычная адаптация опросника определения уровня магического мышления М. Экбланда, Л. Дж. Чапмана.

2. Опросник верований и суеверий Стояновой И.Я.

3. Авторская модификация методики «Пиктограммы».

Исследование магического мышления представляет достаточно большую сложность по нескольким причинам. Во-первых, испытуемые группы патологии склонны отрицать у них наличие магических убеждений, так как их наличие может влиять на ход лечения и отношения с врачом и родственниками. Во-вторых, как респонденты группы нормы, так и респонденты группы патологии склонны к проявлению социальной желательности. Для преодоления данных факторов, а также с целью исключения возможности влияния предыдущего опыта прохождения патопсихологического обследования, в исследовании использовалась авторская модификация методики «Пиктограммы».

Для запоминания респондентам предлагались 20 слов, 5 из которых были выбраны из классического варианта методики пиктограммы, и 15 слов, которые могут иметь двойное значение, как относящее к иррациональным магическим убеждениям, так и имеющие рациональное значение. К примеру, слово «Энергия» может обозначать как электрическую энергию, так и «магическую энергию», «энергию ауры человека» или «энергию магических предметов, мест силы, заговоренных предметов». В настоящем исследовании для запоминания респондентом предлагались следующие слова и словосочетания: веселый праздник, вкусный ужин, везение, энергия, развитие, чудо, душа, влияние, обман, сущность, озарение, женская доля, предок, прогноз, символ, ядовитый вопрос, миссия, вестник, предназначение.

Каждый использованный респондентом для запоминания символ оценивался по следующим параметрам: наличие в символе признаков конкретно-ситуативности мышления, наличие в символе опоры на латентные признаки мышления, наличие в символе разноплановости мышления, индивидуальная значимость символа, символизм, религиозное значение символа, магическое значение символа. Последний параметр оценивался в соответствии с представленным в работе определением магического мышления. По каждому

из вышеперечисленных параметров символ получал оценку 1, если этот параметр соответствовал символу, и 0, если этот параметр не соответствовал используемому символу. Далее, по каждому из вышеперечисленных параметров респондент получал суммарную оценку, соответствующую количеству полученных баллов.

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью статистического пакета SPSS

Результаты исследования

Для сравнения параметра уровня веры в магию и магического мышления с параметрами, исследуемыми с помощью методики «Пиктограммы» использовался коэффициент корреляции Спирмена. В группе патологии было выявлена значимая положительная связь между параметром уровня магического мышления и снижением уровня обобщения ($r=0.328$, $p=0.027$). Позитивные магические убеждения в патологии имеют значимую положительную связь со снижением уровня обобщения ($r=0.408$, $p=0.009$). Негативные магические убеждения в патологии имеют значимую положительную связь со снижением уровня обобщения ($r=0.328$, $p=0.014$). В группе нормы параметр уровня магического мышления не показал значимых корреляций ни с одним из исследуемых с помощью методики «Пиктограммы» параметров. Позитивные магические убеждения показали значимую позитивную связь с параметром использования магических символов для запоминания ($r=0.306$, $p=0.41$), а также значимую отрицательную связь с параметром конкретно-ситуативности мышления ($r=-0.295$, $p=0.49$). Негативные магические убеждения значимых связей с исследуемыми с помощью методики «Пиктограммы» параметрами не выявили.

Обсуждение результатов

В результате исследования было показано, что в норме магическое мышление не имеет связей с нарушениями мышления. Так же было показано, что респонденты, склонные верить в позитивные магические убеждения не имеют склонности к конкретноситуативности мышления, в меньшей степени опираются на непосредственные представления о предметах и явлениях, способны к выделению общих признаков предметов.

В группе патологии как общий параметр уровня магического мышления, так и степень веры в позитивные и негативные магические убеждения имеет значимые связи с конкретно-ситуативностью мышления. Возможно, данное нарушение объясняет дезадаптивный характер магического мышления в патологии, так как не позволяет увидеть более общие связи и закономерности между происходящими событиями и подталкивает больного к использованию магических убеждений.

Выводы

При эндогенных психических заболеваниях существуют значимые связи магического мышления, позитивных и негативных магических убеждений с конкретной ситуативностью мышления. В норме значимых связей магического мышления нарушениями мышления в целом не выявлено. Позитивные магические убеждения имеют значимую негативную связь с конкретно-ситуативностью мышления.

Литература

1. Леви-Брюль Л. Первобытное мышление [Текст] / Л. Леви-Брюль. – Л.: Атеист, 1930г. - 430с.
2. Субботский Е.В. Магическое мышление и вера в магию как резерв психического развития и обучения / Е.В Субботский // Образование и саморазвитие. – 2013. - № 4. – С. 211-216
3. Субботский Е.В. Выживание в мире машин: взгляд психолога развития на причины веры в магию в век науки / Е.В Субботский // Национальный психологический журнал. – 2010. - № 1(3). – С. 42-47.
4. Фрейзер Д. Золотая ветвь. Исследование магии и религии / Д. Фрейзер. – М.: Политиздат, 1980 г -799с.
5. Friedland N. Controlling the uncontrollable: Effects of stress on illusory control. / Friedland N., Keinan, G., Regev, Y. // Journal of Personality and Social Psychology -1992 -№63 -P 923-931.

Бек А.В.

РОЛЬ СКРИНИНГОВЫХ МЕТОДОВ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛИЗМОМ

Клинический психолог, г. Москва, Россия
beck.anastasya@gmail.com

Ключевые слова: скрининг когнитивных нарушений, монреальский опросник MoCA, скрининговая шкала BEARNI, Корсаковский синдром, энцефалопатия Вернике

Beck A.V.

THE ROLE OF SCREENING METHODS IN THE EARLY DETECTION OF COGNITIVE IMPAIRMENTS IN THE TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH ALCOHOLISM

Clinical psychologist, Moscow, Russia
beck.anastasya@gmail.com

Keywords cognitive impairment screening, Montreal MoCA questionnaire, BEARNI screening scale, Korsakoff syndrome, Wernicke encephalopathy

Когнитивные расстройства разной степени тяжести присущи практически всем пациентам с зависимостью от ПАВ и алкоголя. Как правило, они представлены нарушением регуляторных и нейродинамических функций, среди которых скорость обработки информации, процесс принятия решений, внимания, способность к планированию и др. [3] Актуальность оперативного выявления когнитивных нарушений у наркологических пациентов связана с тем, что некоторые из нарушений могут перерасти в тяжелые формы, в частности, распространённый у пациентов с алкоголизмом синдром Корсакова и энцефалопатия Вернике, выздоровление от которых весьма ограничено [7]. Раннее выявление когнитивных расстройств позволяет прогнозировать снижение приверженности лечению у пациентов. Обнаружено, что пациенты с когнитивными нарушениями хуже запоминают информацию, касающуюся их лечения [4], и хуже овладевают инструментами преодоления тяги к алкоголю [10].

Правомерно возникает вопрос о том, на каком этапе реабилитации следует проводить полное нейропсихологическое обследование. Сведения о восстановлении когнитивных функций при алкоголизме противоречивы и варьируют от быстрого полного или частичного восстановления в течение периода от 3-6 недель до года [5]. При отмене алкоголя нейропсихологическое тестирование целесообразно проводить только при отсутствии симптомов острой отмены и спустя 7-10 дней после окончания детоксикационной терапии [3]. В этой связи важное значение приобретает ранняя первичная оценка – скрининг когнитивных нарушений, целью которого является отсев пациентов с незначительными нарушениями и выделение «группы риска», пациенты которой проходят углубленное нейропсихологическое обследование. Было выявлено, что скрининг когнитивных нарушений может оказать существенную помощь в выявлении у пациентов с алкоголизмом серьезных нарушений памяти, встречающихся при Корсаковском синдроме [9, 10].

Скрининговые инструменты исследования когнитивных функций представляют собой краткие процедуры оценки когнитивного статуса пациента в отношении предполагаемого заболевания или нарушения [1, 2]. Инструменты скрининга преследуют две цели: предварительную оценку и отбор.

На сегодняшний день в мире представлено большое разнообразие скрининговых шкал, среди них наиболее одним из наиболее распространённых методик является Монреальская шкала когнитивной оценки MoCA (англ. Montreal Cognitive Assessment), разработанная для

быстрого скрининга мягких когнитивных нарушений [6]. Также имеется электронная версия шкалы — приложение для iPad “MoCA test Full” версия 8.1., которое в настоящий момент доступно только на английском языке. С помощью этой шкалы оценивают различные когнитивные функции: внимание и способность концентрироваться, исполнительские функции, память, речь, оптико-пространственную деятельность, концептуальное мышление, счет и ориентированность. Обследование пациента при помощи MoCA занимает приблизительно 10 мин. Максимальное количество баллов — 30, норма — 26 и больше. Несмотря на то, что метод был разработан для других показаний [6], подробно описана эффективность MoCA для скрининга когнитивного дефицита у пациентов с алкоголизмом [9]. Было установлено, что данная шкала эффективна для мониторинга когнитивного восстановления во время реабилитации [7].

В 2015 году группой специалистов был представлен инструмент для скрининга нейропсихологических нарушений у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя — BEARNI (Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment) [8]. Данная методика исследует пять когнитивных и моторных функций, которые нарушаются при алкоголизме: эпизодическая память, рабочая память, исполнительные функции, зрительно-пространственные способности и атаксия. Её выполнение требует небольшого материального обеспечения (секундомер и карандаш) и длится от 20 до 30 минут [8]. На сегодняшний день методика не имеет русскоязычного перевода.

Поскольку инструмент BEARNI специально разработан для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, он может дополнить или даже заменить шкалу MoCA, распространённую для оценки когнитивных нарушений у алкоголиков. Два этих теста сравнивались на большой выборке пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, когнитивный статус которых оценивался комплексом нейропсихологических тестов [7]. Было выявлено, что BEARNI имеет очень высокую чувствительность (1,0), но очень низкую специфичность (0,04), в то время как MoCA имеет очень высокую чувствительность (0,79) и приемлемую специфичность (0,65). По мнению исследователей, MoCA является более подходящим, чем BEARNI для использования в повседневной практике, в клинических условиях для стационарных пациентов MoCA имеет более оптимальный баланс между чувствительностью и специфичностью, чем BEARNI [7].

Вместе с этим, использование скрининговых шкал сопряжено с рядом сложностей и ограничений, в частности, с тем обстоятельством, что зарубежные скрининговые шкалы нуждаются в адаптации, валидации и апробации на российской выборке. Применение скрининговых методик требует учёта специфики заболевания и особенностей лечебно-реабилитационных процессов. Специалист, применяющий скрининг, должен проходить подготовку по использованию этого инструмента и супервизию. Результаты скрининга должны быть правильно соотнесены с отечественным теоретическим подходом к диагностике и реабилитации.

Несмотря на существующие сложности, применение современных инструментов скрининга для раннего выявления когнитивных нарушений в наркологии получает своё обоснование по ряду причин. Во-первых, раннее выявление группы риска и отсеивание «нормотипичных» пациентов позволяет своевременно оказать помощь наиболее нуждающимся пациентам и приводит к повышению эффективности реабилитации. Во-вторых, связи с тем, что на ранних этапах реабилитации нейропсихологическое обследование нецелесообразно, процедура скрининга позволяет получить раннюю оценку общей когнитивной способности пациента. Данные скрининга предназначены главным образом для выявления групп риска и не могут подменять собой результаты полного нейропсихологического обследования.

Обобщая сказанное, необходимо отметить, что использование в наркологии современных скрининговых инструментов при корректном их применении несёт существенную пользу, снижая риск развития сложных заболеваний у наркологических пациентов, обосновывая

эффективность ранних интервенций и повышая эффективность реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Курбанова М.М., Галаева А.А., Стефановская Е.В., Суворкина А.А., Алиханов Н.М. Современные методы диагностики когнитивных нарушений // Российский семейный врач. 2020. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-metody-diagnostiki-kognitivnyh-narusheniy> (дата обращения: 15.06.2021).
2. Соловьева АП, Горячев ДВ, Архипов ВВ. Критерии оценки когнитивных нарушений в клинических исследованиях // Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения. 2018;8(4):218-230. <https://doi.org/10.30895/1991-2919-2018-8-4-218-230> (дата обращения: 08.06.2021).
3. Андрианова Е.Д. Динамика неврологических и психических нарушений в различных фазных состояниях алкогольной зависимости: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.01.11 / Андрианова Екатерина Дмитриевна; [Место защиты: ГОУВПО «Московская медицинская академия»]. – Москва, 2013.- 150 с.: ил.
4. Becker J.T. and Jaffe J. H. Impaired memory for treatment-relevant information in inpatient men alcoholics. // Journal of Studies on Alcohol 1984 45:4, 339-343 doi.org/10.15288/jsa.1984.45.339
5. Bruijnen CJWH, Dijkstra BAG, Walvoort SJW, Markus W, VanDerNagel JEL, Kessels RPC, DE Jong CAJ Drug Alcohol Rev. 2019 May; 38(4):435-442.
6. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, et al. The montreal cognitive assessment (MoCA): a brief screening tool for mild cognitive impairment. // J Am Geriatr Soc. 2005;53(4):695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>.
7. Pelletier, S. et al. Comparison of the MoCA and BEARNI Tests for Detection of Cognitive Impairment in in-Patients with Alcohol Use Disorders. // Drug and alcohol dependence 187 (2018): 249–253.<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.02.026>
8. Ritz L, Lannuzel C, Boudehent C, Vabret F, Bordas N, Segobin S, Eustache F, Pitel AL, Beaunieux H. (2015). Validation of a brief screening tool for alcohol-related neuropsychological impairments (BEARNI). // Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 39(11), 2249-60.
9. Ritz, L., Laniece, A., Cabé, N., Lannuzel, C., Boudehent, C., Urso, L., Segobin, S., Vabret, F., Beaunieux, H., Pitel, A.-L. (2021) Early Identification of Alcohol Use Disorder Patients at Risk of Developing Korsakoff's Syndrome // Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 45 (3), pp. 587-595. DOI: 10.1111/acer.14548
10. Smith and McCrady, 1991 D.E. Smith, B.S. McCrady. Cognitive impairment among alcoholics: impact on drink refusal skill acquisition and treatment outcome. // Addict. Behav., 16 (1991), pp. 265-274

Ганузин В.М., Барабошин А.Т., Маскова Г.С.

ДИАГНОСТИКИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Ярославский государственный медицинский университет. Ярославль, Россия.

E-mail: vganuzin@rambler.ru

Ключевые слова: качество жизни, адаптация, студенты, методы исследования

Ganuzin V.M., Baraboshin A.T., Maskova G.S.

DIAGNOSING ADAPTATION OF STUDENTS TO LEARNING IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS

Yaroslavl State Medical University. Yaroslavl, Russia.

E-mail: vganuzin@rambler.ru

Keywords: quality of life, adaptation, students, research methods

Актуальность Изучение факторов адаптации студенческой молодежи к обучению в ВУЗе в современных социально-экономических условиях, является актуальной задачей, решение которой позволит не только комплексно оценить факторы риска потери здоровья и разработать научно обоснованные мероприятия по сохранению здоровья обучающихся, но и расширить возможности получения более качественного образования. [3,4].

Материалы и методы. Проведен социологический опрос 224 девушек и 178 юношей в возрасте 17-19 лет, обучающихся на 1-ом курсе медицинского университета. Оценка социальной адаптированности (СА) и вегетативной устойчивости (ВУ) проводилась с использованием двухфакторного опросника М. Гавлиновой, утвержденного Европейским союзом школьной и университетской гигиены и медицины, адаптированного к Российским условиям [3].

Качество жизни (КЖ) проводилась с помощью валидизированного опросника PedsQL™4.0, (официальное разрешение на использование получено от правообладателя Mapi Research Institute 19.11.2018) [2]. Оценка образа жизни (ОЖ) проводилась с помощью анкеты «Структура здорового образа жизни студенческой молодежи», разработанной Центром методического обеспечения воспитательной работы и изучения ориентации студентов на здоровый образ жизни Республиканского института профессионального образования Республики Беларусь [1]. Студентами оценивалась каждая из предложенных ситуаций, представлявшая для них трудности в течение первого месяца обучения в университете. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы StatSoft Statistica v.7.0. Сравнение групп проводили по критерию Фишера, достоверность различия принимали при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Учитывая отсутствие в литературе нормативов СА и ВУ для молодых людей, обучающихся в ВУЗе, мы разработали оценочные шкалы их нормативов для этой возрастной группы в квартилях и баллах, позволяющие отнести обследуемого студента отнесения в группу с хорошей, нормальной или низкой градацией [3].

Анализ полученных результатов показал, что девушек с хорошей СА было 18,5%, нормальной – 48,4%, низкой – 33,1%. Юношей, соответственно, с хорошей – 15,4%, нормальной – 51,2%, низкой – 30,8%. При изучении ВУ мы получили следующие данные: девушек с хорошей ВУ было 26,6%, нормальной – 51,6%, низкой – 21,8%. Юношей с хорошей ВУ 30,8%, нормальной – 46,1%, низкой – 23,1%. При этом, гендерных различий как СА, так и ВУ нами получено не было.

При оценке показателей ЗОЖ у студентов 1 курса, находящихся в периоде адаптации к обучению в университете, нами получены следующие данные. Большинство девушек ниже оценили свой уровень коммуникативных взаимоотношений и физической активности, по сравнению с юношами. Курение и употребление ПАВ являются основными и самыми вредными привычками среди молодежи. Нами получены данные, что 84% девушек и 79,6% юношей не курит. При этом 98% из опрошенных знают, что курение вредно влияет на состояние здоровья, и 99% считают «пассивное курение» также вредным.

Проблема употребления психоактивных веществ (ПАВ) является одной из самых обсуждаемых и самых трудноразрешимых проблем современной жизни. При этом, 94% опрошенных студентов знают об опасности употребления ПАВ, в т.ч. 29% девушек и 38,9% юношей знают в полной мере, соответственно 43% и 38,9% - в некоторой степени, 23% и 16,4% - никогда не интересовались этими вопросами. Однако, в современной зарубежной научной

литературе, публикуются исследования показывающие, что сокращение употребления алкоголя и сигарет среди школьников и молодежи приводит к увеличению распространенности употребления ПАВ [5,6].

При оценке качества жизни у студентов 1 курса нами получены следующие данные. Большинство девушек ниже оценили свой уровень здоровья и физической активности, по сравнению с юношами. В свободное от учебы время девушки меньше внимания уделяют физкультуре и спорту – 14% девушек и 25,9% юношей ($p < 0,001$) и меньше времени проводят за компьютером ($p < 0,001$). Показатели тревожности и отрицательных переживаний у студентов, полученные нами при анкетировании показали, что девушки, по сравнению с юношами, чаще жаловались на возникновение состояния страха (26,6 и 5,6% - $p < 0,01$), нарушения сна (44,6 и 33,1), тревожности и отрицательных переживаний (54,7 и 25,8%). Выявлен большой процент студентов обоего пола, которые часто и почти всегда имели плохой сон (44,6 и 33,1%) и были в раздраженном состоянии (21,9 и 22,5%).

Показатели коммуникативных взаимоотношений студентов со сверстниками показал, что 54,7% девушек и 3,2% юношей часто и почти всегда имели трудности при общении с ровесниками ($p < 0,01$). А 6,7% девушкам и 9,7% юношам было трудно общаться с другими студентами. При этом 99,2% студенток и 100% студентов отрицали оскорбления и обзывания в свой адрес.

При изучении факторов, влияющих на успешность обучения студентов в университете, нами получены следующие данные. Пропуски занятия у большинства студентов были связаны с плохим самочувствием и заболеваниями. Было трудно справляться с домашними заданиями 16,9% девушек и 8,0% юношей. А трудности в общении с преподавателем на занятиях отмечали 3,3% девушек и 3,2% юношей.

Заключение. Таким образом, проведенное нами исследование позволило оценить социальную адаптированность, вегетативную устойчивость и качество жизни студентов, выявить факторы риска потери здоровья и приоритетные направления по формированию приверженности здоровому образу жизни первокурсников в периоде адаптации их к обучению в университете. Полученные результаты позволили рекомендовать данные методы для изучения адаптации и качества жизни студентов ВУЗов.

Литература

1. Анкета «Структура здорового образа жизни студенческой молодежи». Центр методического обеспечения воспитательной работы и изучения ориентации студентов на здоровый образ жизни. <https://gigabaza.ru/doc/133147.html> (дата обращения: 23.03.2021).
2. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Med Care.* 1999; 37:126–139.
3. Черная Н. Л., Ганузин В. М., Маскова Г. С., Шубина Е. В., Барабошин А.Т. Социальная адаптированность, вегетативная устойчивость и качество жизни студентов, обучающихся на первом курсе университета. В кн. «Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы»: монография; М. 2019. Т. 2, С. 110 – 122.
4. Черная Н.Л., Ганузин В.М., Барабошин А.Т., Маскова Г.С. Анализ факторов, влияющих на образ жизни университетской молодежи // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2020. №2. С. 52-56.
5. Arnarsson A1,2, Kristofersson GK3, Bjarnason T1. Adolescent alcohol and cannabis use in Iceland 1995-2015 // *Drug Alcohol Rev.* 2018 Apr;37 Suppl1:S49-S57. Doi: 10.1111/dar.12587.
6. Fleming CB., Guttmanova K., Cambron C., Rhew IC, Oesterle S. Examination of the Divergence in Trends for Adolescent Marijuana Use and Marijuana-Specific Risk Factors in Washington State // *J Adolesc Health.* 2016 Sep;59(3):269-275. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.05.008

Дмитриева Н.Г.¹, Шуненков Д.А.², Ениколопов С.Н.¹

СПОСОБНОСТЬ К РАСПОЗНАВАНИЮ ЗАПАХОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

¹ Научный центр психического здоровья. Россия, г. Москва

alennoss@gmail.com

enikolopov@mail.ru

² Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева г. Москва

voksined@yandex.ru

Ключевые слова: ольфактометрия, anosmia, schizophrenia, depression, anhedonia

Dmitrieva N.G.¹, Shunenkov D.A.², Enikolopov S.N.¹

THE ABILITY TO RECOGNIZE ODORS IN PATIENTS SUFFERING FROM THE SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

¹ Federal state budgetary scientific institution

Mental Health Research Center,

Russia, Moscow

² State budgetary institution of health care of the city of Moscow «Psychiatric Hospital no. 1

Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow»; Russia, Moscow

Keywords: olfactory, anosmia, schizophrenia, depression, anhedonia

Актуальность

На данный момент имеется достаточное количество исследований, подтверждающих нарушения обонятельной функции у пациентов с психическими заболеваниями [1,4]. Особого внимания заслуживают исследования нарушений обоняния у пациентов шизофренического спектра, где отмечается взаимосвязь с нарушениями эмоционально-личностной сферы и наличием дефицитарной симптоматики [2].

Целью данной работы является исследование ольфакторной функции и ее взаимосвязи с актуальным эмоциональным состоянием (депрессия, ангедония, тревога) у пациентов шизофренического спектра. Полученные результаты могут быть полезны в разработке дополнительного диагностического метода в изучении психических расстройств.

Материалы и методы

В исследование были включены пациенты, проходящие лечение в психиатрическом стационаре ФГБНУ Научного центра психического здоровья, г. Москвы (N=66) в возрасте от 18 до 43 лет (Me=25 [Q1=20; Q3=31]) с диагнозом «Шизофрения» (F20); «Шизоаффективное расстройство» (F25); «Шизотипическое расстройство» (F21), мужского и женского пола. Контрольная группа сравнения состояла из людей, не страдающих психическими расстройствами и не проходивших лечение в психиатрических клиниках и стационарах (N=62) в возрасте от 18 до 45 лет (Me=26 [Q1=20; Q3=30]), мужского и женского пола. В обеих группах учитывалось количество курящих и некурящих испытуемых. Для определения нарушений обонятельной функций использовался профессиональный «Набор пахучих веществ ольфактометрический» компании «РАМОРА». Данный тест сертифицирован и готов к лицензированию. Набор состоит из 12 запахов для распознавания. Для определения степени выраженности депрессивного состояния использовался опросник «Beck Depression Inventory», для определения степени выраженности ангедонии «Snaith-Hamilton Pleasure Scale – SHAPS», для определения уровня ситуативной и личностной тревоги «Интегративный тест Бизюка». Для статистического анализа использовался программный пакет STATISTICA, v. 10, StatSoft.

Результаты и обсуждение:

По результатам анализа наблюдается снижение способности распознавания запахов у пациентов с шизофренией в сравнении с группой нормы (Me=9 [Q1=8; Q3=10] против Me= 11 [10;12] в контрольной группе) (U=879, p<0,001).

У пациентов с расстройствами шизофренического спектра в сравнении с группой здоровых испытуемых обнаруживается большая выраженность ангедонии (Me=2 [1;4] против Me=0 [0;2] в контрольной группе) ($U=938$, $p<0,001$), депрессии (Me=18 [7,5;22,5] против Me=5 [2;8] в контрольной группе) ($U=803$, $p<0,001$) и ситуативной тревожности (Me=5 [3;6] против Me=4 [2;5] в контрольной группе) ($U=1030,5$, $p=0,002$).

Выраженность ангедонии в целом по выборке различается в зависимости от способности к распознаванию запахов (путем рангового дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса сравнивались 3 группы: испытуемые с нормальным уровнем ОФ, с ОФ на границе нормы и гипоосмией) ($H(2, 111)=12,78$, $p=0,002$). При этом при использовании критерия Манна-Уитни с поправкой на множественные сравнения (p крит.=0,016) обнаруживается, что группа с уровнем ОФ, соответствующим норме, характеризуется меньшей выраженностью ангедонии (Me=0 [0;2]) в сравнении с лицами, для которых показатели ОФ находятся на границе нормы (Me=2 [1;4]) или соответствуют гипоосмии (Me=2 [0;4]). При этом показатели ангедонии не различаются значимо между лицами, для которых показатели ОФ находятся на границе нормы или соответствуют гипоосмии ($p>0,05$).

Выраженность депрессии также различается в зависимости от способности к распознаванию запахов: кр. Краскела-Уоллиса ($H(2, 114)=8,52$, $p=0,014$). При этом различия в уровне депрессии между группами с разной степенью ОФ аналогичны таковым для ангедонии (уровень депрессии выше у лиц, хуже распознающих запахи).

Уровень же ситуативной тревожности не зависит от способности к распознаванию запахов ($p>0,05$).

Выводы

1. У пациентов с заболеванием шизофренического спектра выявляется снижение способности к распознаванию запахов по сравнению с людьми, не страдающими психическими расстройствами.
2. Снижение к способности к идентификации запахов взаимосвязано с наличием ангедонии.
3. Выраженность степени депрессии взаимосвязана со снижением способности к идентификации запахов.
4. Выраженность уровня ситуативной тревожности не взаимосвязана со снижением способности идентификации запахов.

Литература

1. Дмитриева Н.Г., Ениколопов С. Н. Нарушения обоняния при психических расстройствах // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. №4
2. Kamath V, Lasutschinkow P, Ishizuka K, Sawa A., Olfactory Functioning in First-Episode Psychosis // Schizophr Bull. 2018 Apr 6;44(3):672-680
3. Moberg P.J., Turetsky B.I. Scent of a disorder: olfactory functioning in schizophrenia // Curr Psychiatry Rep. 2003. Vol. 5 (4). P. 311–319.
4. Turetsky BI, Kohler CG, Gur RE, Moberg PJ., Olfactory physiological impairment in first-degree relatives of schizophrenia patients. // Schizophr Res. 2008 Jul;102(1-3):220-9

Искандарова Ж.М., Шарипова Ф.К.

ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С УЧЁТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,

Ташкент, Узбекистан

jiskandarova10@gmail.com

Ключевые слова: эмоциональные расстройства; гендерные особенности, параноидная шизофрения

Iskandarova J.M., Sharipova F.K.

DIAGNOSTIC OF EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA ACCOUNT GENDER FEATURES.

Tashkent pediatric medical institute,

Tashkent, Uzbekistan

jiskandarova10@gmail.com

Key words: emotional disorders, gender features, paranoid 199andex199hrenia.

Актуальность проблемы исследования эмоциональных изменений у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей вызвана трудностью диагностики данной патологии, фармакорезистентностью депрессивной симптоматики, проблемами социального функционирования и психосоциореабилитации больных [1,3]. В литературе поддерживается общая точка зрения об отличиях в частоте выявления аффективной патологии при психических расстройствах эндогенного генеза у женщин и мужчин, однако качественных различий в формировании эмоциональных симптомокомплексов не выявлено [4,5]. В существенно меньшей степени представлены данные по гендерным особенностям структуры аффективной патологии и социально-психического функционирования больных, роли адаптационного потенциала личности [2,6].

Цель исследования – изучить гендерные особенности аффективной сферы у женщин и мужчин с параноидной шизофренией для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 30 женщин и 48 мужчин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизофренического спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Из 78 обследованных больных у 58% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 42% обследованных – параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. Инициальный этап параноидной шизофрении приходился на период дебюта заболевания в возрасте 30-35 лет отличался средне-прогредиентным течением с постепенным формированием дефекта в эмоционально-волевой сфере и снижением энергетического потенциала личности. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), а для определения уровня тревожности – опросник тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты и обсуждение. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессия различной степени – у 55% обследованных. Более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов констатировалась выраженная тревога. Гендерные различия по тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мужчин депрессия легкой степени была выявлена в 68% случаев и в 31% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у женщин депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Клинические проявления эмоциональной сферы у мужчин отличались большей представленностью дисфорических состояний с включениями гипоманиакальной симптоматики гневливого характера. Гендерные особенности аффективных нарушений у женщин преимущественно были представлены депрессивной симптоматикой тяжелой степени со склонностью к суицидальным тенденциям и формированию идей самообвинения и самоуничтожения. Структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только у 7 пациентов зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый

аффект. Пациентки стремились к перфекционизму, предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности. Нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе приводил к формированию чувства вины и, как следствие, стремления быть совершенной и невозможности реализовать это. Так же была выявлена такая черта характера, как склонность к патологическому фантазированию и мечтательности (демонстрация большего благополучия, чем это есть на самом деле), которая, в свою очередь, обуславливала завышенную самооценку. Развитие депрессии оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Исследование депрессивной симптоматики с учётом ведущего клинического симптома выявило преобладание тревожных депрессий у женщин, а у мужчин преимущественно встречались дисфорические и астено-апатические депрессии с ипохондрическими включениями. Изменения в эмоциональной сфере способствовало формированию значительных затруднений у больных в процессах адаптации в условиях быстро меняющегося социума, нарушению адаптационного потенциала личности, утраты прежних связей, трудности в межличностных взаимоотношениях. Следует отметить, что у мужчин статистически значимо преобладала социально-психологическая дезадаптация в профессиональной деятельности, а у женщин достоверно чаще регистрировались значительные затруднения в установлении межличностных взаимоотношений в семейно-бытовой сфере.

Выводы. Таким образом, установлено, что при клинических проявлениях параноидной шизофрении женщины страдают аффективной патологией в 2 раза чаще, чем мужчины, более склонны к депрессивным состояниям средней тяжести, уровень тревоги у них очень высокий. У мужчин патология эмоциональной сферы характеризуется депрессивно-дисфорическими состояниями с преобладанием дистимических и апатических включений, а также гипоманиакальных синдромов. Анализ нарушений социально-психологического функционирования больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей, определил преобладание снижения адаптационных возможностей в профессионально-трудовой деятельности у мужчин, а у женщин – в микросоциальной среде семейно-бытовых отношений. Полученные результаты способствуют раннему выявлению патологии эмоциональной сферы у больных параноидной шизофренией и профилактике социально-психологической дезадаптации личности.

Литература

1. Александров А.А., Балашова Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – СПб. – Иваново, 2000. – С. 199-204.
2. Антохин Е.Ю. Гендерные аспекты психогенных депрессий: особенности клиники, подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. - №2. – С.52-60
3. Бабарахимова С.Б., Шаханская О.В., Искандарова Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни // Сборники конференций НИЦ Социосфера 2013. – №21. – С.109-112.
4. Бабарахимова С.Б. Диагностика депрессивных расстройств у женщин с учётом личностных особенностей // Антология российской психотерапии психологии, 2017. С.129.
5. Нурходжаев С.Н., Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. Клинические аспекты фармакорезистентных депрессий // Сборник докладов VI Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста» / ред. Кол.: Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, Е.В. Филиппов, И.А. Федотов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань, 2020. – с. 82-85
6. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. 2020.VOL 3, No 5 pp. 24-27

Каверина М.Ю.¹, Гаврилова Е.В.², Суханова А.В.¹, Кроткова О.А.¹
МОДУЛЯЦИЯ ВНИМАНИЯ ПРИ МЯГКИХ КОМПРИМИРУЮЩИХ
ВОЗДЕЙСТВИЯХ НА МОЗГ

¹ ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н.Бурденко» Минздрава России

² ФГБУ «ФЦМН» ФМБА РОССИИ

Mkaverina@nsi.ru

Ключевые слова: внимание, восприятие, айтрекинг, межполушарное взаимодействие

Kaverina M.U.¹, Gavrilova E.V.², Sukhanova A.V.¹, Krotkova O.A.¹
MODULATION OF ATTENTION PROCESSES WITH LIGHT COMPRESSING
EFFECTS ON BRAIN STRUCTURES

8- N.N.Burdenko National Medical Research Center for Neurosurgery, Moscow

2- FCBN of FMBA of Russia, Moscow

Mkaverina@nsi.ru

Keywords: attention, perception, eyetracking, interhemispheric interaction

Исследование поддержано грантом РФФ 17-15-01426.

Введение. Преобладающее число нейropsychологических исследований посвящено изучению последствий очаговых поражений мозга, приводящих к затруднённой реализации различных факторов мозгового обеспечения психических процессов [2]. При этом когнитивная феноменология иных воздействий на мозг, не вызывающих видимого повреждения его макроструктур, почти не исследована. Задачей работы являлось изучение процессов зрительного внимания при мягкой компрессии полушарий мозга.

Материал и методы. Участниками исследования были пациенты с менингиомами хиазмально-селлярной области. Эти немозговые доброкачественные новообразования располагаются на основании мозга в непосредственной близости от медио-базальных отделов правой или левой височной доли. Они оказывают давление на структуры «своего» полушария, однако не инфильтрируют вещество мозга (не разрушают его). Медленный рост опухоли, сопровождаемый компенсаторными перестройками, является ещё одним объяснением длительного отсутствия выраженной клинической симптоматики при этой нозологии [3]. В исследовании участвовало 27 пациентов, составивших группы с левосторонним (13 человек) и правосторонним (14 человек) расположением опухоли. Контрольную группу составили 56 здоровых испытуемых. Все три группы были сопоставимы по демографическим признакам и уровню образования.

Для изучения процессов зрительного внимания были использованы три методики. В первой методике испытуемому на экране монитора последовательно предъявлялись расположенные в ряд триплеты картинок с инструкцией «внимательно на них посмотреть и запомнить». Время экспозиции каждого триплета – 10 секунд. Общая длительность презентации — 110 с. Вся презентация сопровождалась записью движений глаз испытуемого с помощью айтрекера (Eye Tribe, Дания). Подсчитывалось число зрительных фиксаций и общая продолжительность нахождения взора в каждой из трёх частей стимульных триплетов: левой, средней и правой.

Второй методикой была простая и достаточно распространённая методика «BellsTest» [6]. Бланк теста – лист формата А4 в альбомном расположении, где кроме целевых стимулов (колокольчиков) в псевдослучайном порядке находились и другие фигуры. От испытуемого требовалось как можно быстрее зачеркнуть все колокольчики. Фиксировалось время выполнения теста, количество пропусков целевого стимула и ошибочно зачеркнутых фигур. Тест не подвержен возрастным колебаниям в диапазоне 40–75 лет и почти не зависит от

текущих занятий испытуемого, например, от того, как много он пишет и читает в настоящее время [5].

Третьей методикой была авторская Методика оценки распределения внимания в зрительном поле [1]. Она заключалась в предъявлении на мониторе гомогенного поля со множеством точек. Экран разделен на четыре равные части. Испытуемый должен был показать, в каком поле, как ему кажется, точек больше. Статистический анализ всех данных проводился в среде R-studio.

Результаты. Данные айтрекинга показали, что у всех испытуемых длительность нахождения взора в центральной части триплета преобладала над длительностью в латеральных секторах. Однако при сравнении длительностей фиксации в латеральных частях экрана (левой и правой) между собой статистически значимых различий выявлено не было. Эти данные больных с компрессией полушарий отличаются от описанных ранее для данной методики результатов больных с очаговыми поражениями мозга, у которых паттерны неэффективных зрительных фиксаций регистрировались в контрлатеральном пораженному полушарию поле зрения [4].

По общему количеству допущенных в методике «BellsTest» ошибок результаты пациентов не отличались от показателей здоровых испытуемых. Однако количество ошибок в разных частях бланка и время, затрачиваемое на выполнение теста, свидетельствовали о разных стратегиях выполнения данного задания пациентами с левосторонней и правосторонней компрессией полушарий. Мягкая компрессия левого полушария приводила к утрированному проявлению последовательной (сукцессивной) стратегии просмотра тестового бланка: в его средней части ошибок было меньше, чем в латеральных областях, время выполнения задания значимо превышало таковое у здоровых участников исследования ($p=0,016$), обнаруживалась отрицательная зависимость количества ошибок от времени выполнения задания $r=-0,87$ ($p<0,001$). Мягкая компрессия правого полушария, напротив, приводила к утрированному проявлению симультанной стратегии восприятия и внимания: в средней части бланка ошибок было больше, чем в латеральных областях ($p=0,038$), время выполнения теста и число ошибок были независимыми переменными.

Симультанная стратегия восприятия акцентировалась у пациентов с правосторонней компрессией полушария и при выполнении третьей методики. Здесь результаты в подгруппе пациентов со сдавлением медио-базальных отделов правой височной доли совпадали с распределением пространственных выборов в подгруппе здоровых испытуемых – левшей.

В целом исследование показало, что в отличие от структурного повреждения нейрональной сети, её компрессия не сопровождается дефицитарной феноменологией. Общие показатели результативности тестов в обследованной выборке оставались в нормативном диапазоне. Однако специфика полушарного вклада в протекание психических процессов выступала более утрированно. У пациентов с левосторонним расположением опухоли специфичное для функциональной активности левого полушария сукцессивное, пошаговое, зависящее от временных параметров сканирование пространства обнаруживало себя значимым превышением времени выполнения тестов и появлением корреляционной зависимости между временем просмотра и обнаружением стимулов. Компрессия правого полушария, напротив, приводила к утрированному появлению симультанных особенностей восприятия, не обнаруживая зависимости ошибок от времени работы. Данные айтрекинга продемонстрировали различия в линии взора у больных с очаговой патологией и у пациентов с мягкой компрессией одного из полушарий: снижение числа и неэффективные паттерны зрительных фиксаций в контрлатеральном очагу поле зрения у первых, и отсутствие данной асимметрии – у вторых.

Резюме. Повреждение и компрессия нейрональных сетей сопровождаются разными поведенческими проявлениями. Мягкая компрессия полушарий меняет стратегию сканирования пространства, приводя к утрированному проявлению факторов межполушарного взаимодействия, при этом общая результативность выполнения заданий

остаётся в нормативном диапазоне. Описание мозговых механизмов формирования разной когнитивной феноменологии является важной диагностической задачей.

Литература

1. Каверина М.Ю. «Взаимосвязь количественных показателей в методиках, оценивающих пространственное распределение внимания». В кн.: «Третья Международная конференция по когнитивной науке». М., 2008, с. 280-281.
2. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. 2 доп.изд. М.: МГУ, 1969. 504 с.
3. Alekseeva A., Enikolopova E., Krotkova O., Danilov G., Galkin M. 2018 Dynamics of cognitive functions in patients with parasellar meningiomas undergoing radiotherapy // «Lurian Approach in International Psychological Science»/ J.Glozman, O.Vindeker (Eds.). KnELifeSciences, Netherlands, 2018. Doi:10.18502/cls.v4i8.3261 P. 42-48.
4. Krotkova O. A., Kaverina M. Y., Danilov G. V. Eye tracking and interhemispheric interaction in the distribution of spatial attention // *Human Physiology*. 2018. Vol. 44, no. 2., P. 175–182. DOI:10.1134/s0362119718020123
5. Paiva S.C.E., Viapiana V.F., Cardoso C.O., Fonseca R.P. Bells Test: Are there differences in performance between adult groups aged 40-59 and 60-75//*Dementia & Neuropsychologia*. 2017. Vol. 11. No 1. P. 40–47. Doi: 10.1590/1980-57642016dn11-010007
6. Strauss E., Sherman E.M.S., Spreen O. A compendium of neuropsychological tests, 3rd edition. N.Y.: Oxford University Press, 2006.

Кудряшов М.А.

ШИЗОТИПИЯ: ОБЗОР КОНЦЕПЦИИ ПОЛА МИЛА И ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ

Восточно-Европейский институт психоанализа
budgies@mail.ru

Ключевые слова: шизотипия, шизотаксия, диагностика

Kudryashov M.A.

SCHIZOTYPY: A REVIEW OF PAUL MEEHL'S CONCEPT AND THE QUESTIONS OF DIAGNOSTICS

East European Institute of Psychoanalysis, Saint Petersburg, Russia
budgies@mail.ru

Keywords: schizotypy, schizotaxia, diagnostics

Вопрос диагностики субклинических и малопрогрессирующих форм расстройств шизофренического спектра остается одним из наиболее важных как в клинической психологии и психиатрии, так и в повседневной практике психотерапевта. Диагностика шизотипического расстройства (ШТР) представляет особую сложность для клинициста, усугубляющуюся известной неопределенностью критериев постановки данного диагноза. Тем не менее, шизотипия представляется весьма эвристичным клиническим концептом, в поле исследований которого работают такие специалисты, как Минг Цуан и Стивен Фараон, в России – Анатолий Смулевич. Психопрофилактический потенциал концепта шизотипии состоит в том, что при его хорошей операционализации он может позволить выявлять в раннем возрасте индивидов, склонных к развитию шизофрении (напр., по «мягким» неврологическим признакам), и, в идеале, так организовывать их воспитание и жизненную траекторию, что риск развития у них болезни будет сведен к минимуму. Следует подчеркнуть, что шизотипия не является синонимом ШТР (хотя во многом с ним пересекается) и считается не столько «расстройством», сколько психической «конstellацией» (тем, что в российской

патопсихологии называют «симптомокомплексом»), чья когнитивная и аффективная специфика связана с повышенным риском возникновения шизофрении [2].

Венгро-американский психоаналитик Шандор Радо (1890–1972) в 1953 г. впервые ввел термин «шизотипия» [5], обозначающий «шизофренический фенотип» – личностное и поведенческое проявление «шизогена». Два главных симптома шизотипии по Ш.Радо: 1) ослабленная способность к получению удовольствия и 2) искаженное восприятие собственного тела («кинестетический», или «проприоцептивный диатез»). Носитель шизотипии имеет шизотипальную личностную организацию, выражающуюся в шизотипальном поведении (ШтП). Ш.Радо различал четыре стадии ШтП, исходя из степени тяжести симптоматики:

1) компенсированное, когда индивид может вести относительно нормальную жизнь, но при психологическом обследовании обнаружит характерные шизофренические черты и симптомы,

2) декомпенсированное (то, что психиатры Хох и Полатин в 1949 г. обозначили как «псевдоневротическую шизофрению» [1], выражающуюся, в т.ч., в постоянной неадекватной тревоге или гневе),

3) дезинтегрированное, проявляющееся в клинически развернутом психозе,

4) дегенерированное (deteriorated), когда в отсутствие терапии личность больного деградирует и распадается (формируется «шизофренический дефект»).

Американский клинический психолог Пол Эверетт Мил (1920–2003) является автором понятия «шизотаксия» (врожденная склонность к шизофрении) и родоначальником современного биопсихосоциального понимания шизофрении. Кроме того, он одним из первых представил модель «стресс-диатеза» психического заболевания (сейчас общепринятую в психиатрии) и дименсиональный подход в диагностике психических расстройств (введенный в новейшие классификаторы МКБ-11 и DSM-5). Мил прошел в общей сложности около 400 часов личного психоанализа (и до конца жизни симпатизировал психоанализу, рекомендуя себя как «фрейдиста на 40%» [4, р. 4]). Супервизор Мила познакомил его со статьей Ш.Радо о шизотипии. Проводя психоанализ невротиков и шизотипиков, Мил, как терапевт, был поражен глубиной различий между ними – последние, напр., проявляли совершенно «безумные» переносные реакции и часто не показывали никакого прогресса в лечении. В 1958 г. Мил был психоаналитиком писателя Сола Беллоу (Нобелевского лауреата по литературе 1976 г.) и его жены Саши. В 1962 г. был избран президентом Американской психологической ассоциации (каждый год она выбирает нового президента), и его инаугурационный доклад «Шизотаксия, шизотипия, шизофрения» [3] излагал его видение шизофрении как заболевания, имеющего генетическую этиологию и сложную, иерархическую патогенетическую структуру.

По Милу, на клеточном (нейрональном, синаптическом) уровне единичный аутосомно-доминантный шизоген проявляет себя в «интегративном нейронном дефекте» – «гипокризии» (греч. «недостаточное различение») [4, р. 15], характеризующем «шизотаксию» – состояние и всего головного мозга, и каждой его нервной клетки. В здоровом («ортотаксическом» [4, р. 91], т.е. нейротипическом) мозге вероятность возникновения потенциала действия в нейроне имеет более сложное распределение, чем в «шизотаксическом». Т.о. последний предрасположен к более примитивной и однообразной обработке сигналов, исходящих из тела и внешнего мира (недостаточно хорошо дифференцирует и фильтрует их), что феноменологически приводит к ослаблению границ Эго и затруднениям обучаться на опыте (напр., изменять свои убеждения под влиянием реальности). «Шизотаксию», по Милу, можно выявить по «маркерам риска» – ряду «мягких» нейропсихологических и неврологических признаков (напр., по легкому дисдиадохокinezу [4, р. 5] – неловкости при совершении содружественных движений; или по незначительным расстройствам исполнительных функций).

Мил подчеркивал, что шизотаксия является врожденным состоянием, тогда как шизотипия – нет. Для развития шизотипальной организации, помимо нейропатологической основы, необходимо также воздействие средовых факторов, важнейшими из которых являются

репертуары социального научения, реализующиеся значимыми другими. Особое патогенное значение имеют избыточное аверсивное (с использованием наказания и отрицательного подкрепления) научение, доминантный, властный и контролирующий стиль воспитания со стороны матери, а также тревожная, небезопасная ролевая модель, обеспечиваемая со стороны отца. Далее в течение жизни индивида любые стрессовые факторы (особенно социальные) увеличивают вероятность декомпенсации шизотипии и развертывания ее в клинически выраженную шизофрению (третья стадия ШтП, по Ш.Радю). Дополнительную роль играют и «полигенные потенциаторы» [4, р. 13] (модуляторы взаимодействия мозга и среды), к каковым относятся в т.ч. врожденные вариации ЦНС (низкий уровень либидо и гедонистического потенциала; высокий – агрессии, тревожности и т.д.) Любой шизотипик демонстрирует различные степени компенсации и декомпенсации. 10% шизотипиков декомпенсируются до клинически проявленной шизофрении, поэтому, по Милу, индивид может быть одновременно и шизотипиком, и шизофреником [4, р. 24] (тогда как в психиатрической диагностике коморбидность ШтП и шизофрении попросту не имеет смысла). До 10% всего населения и до 40% психиатрических пациентов являются шизотипиками [4, р. 46] (по DSM распространенность ШтП – 3%).

Мил выделял четыре признака шизотипии [3, р. 831], в целом соответствующих четырем «А-признакам» шизофрении Э.Блейлера: 1) когнитивное соскальзывание (субклиническое проявление формальных расстройств мышления), 2) отвращение к межличностным контактам, 3) ангедония и 4) амбивалентность. Когнитивное соскальзывание (из-за ослабления способности к торможению побочных ассоциаций) и ангедония (из-за дисбаланса между положительной и отрицательной обратной связью в нейросетях системы вознаграждения) – ключевые симптомы шизотипии.

С 1955 по 1970 гг. Мил с коллегами провел большое количество клинических и статистических исследований своей концепции, оставшихся неопубликованными, т.к. не был уверен, что ему удалось что-либо твердо доказать. Только спустя более четверти века (1989-90 гг.) он вернулся к концепции шизотаксии/шизотипии, пересмотрев и дополнив некоторые ее положения. В частности, он ввел понятие «генофенокопии шизофрении» – психопатологического синдрома, клинически схожего с шизофренией, но возникающего у нешизотаксического индивида под влиянием «полигенных потенциаторов», средовых вредностей и стресса. Мил обозначил этот синдром акронимом SHAITU (submissive, hypohedonic, anxious, introverted, traumatized, unlucky – с англ.: покорный, гипогедоничный, тревожный, интровертированный, травмированный, невезучий). 85-90% всех диагностированных шизофреников составляют шизотаксические индивиды, а 10-15% – случаи SHAITU [4, р. 64]. Последние отличаются от первых отсутствием неврологических и нейропсихологических маркеров риска (знаков шизотаксии) и психологической понятностью содержания продуктивной симптоматики. Синдром SHAITU Мила в общем соответствует тому, что сейчас обозначают как «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство», при котором часто наблюдается шизофрениформная симптоматика и дифференциальная диагностика с расстройствами шизофренического спектра которого нередко очень затруднена.

Литература

1. Hoch, P., Polatin, P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia // *Psychiatric Quarterly*. 1949. № 23. P. 248–276.
2. Kwapil T.R., Barrantes-Vidal N. Schizotypy: Looking back and moving forward // *Schizophrenia Bulletin*. 2015. Vol. 41. № Suppl. 2. P. 366–373.
3. Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // *American Psychologist*. 1962. Vol. 17. № 12. P. 827–838.
4. Meehl P.E. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia // *Journal of Personality Disorders*. 1990. Vol. 4. № 1. P. 1–99.
5. Rado S. Dynamics and classification of disordered behavior // *The American Journal of Psychiatry*. 1953. Vol. 110. № 6. P. 406–416.

Кутарев Ф. Л.

СКРИНИНГ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ПРИЗНАКОВ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, В СРЕДЕ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

ННЦН – ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия
fkutarev@mail.ru

Ключевые слова: скрининг; выявление; молодежь; тестирование

Kutarev F.

SCREENING IS A METHOD FOR DETECTING EARLY SIGNS OF SUBSTANCE USE DISORDERS IN A STUDENT'S ENVIRONMENT

NSCN – FSBI “NMIC PN named after V. P. Serbsky” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia
Email: fkutarev@mail.ru

Keywords: screening; identification; youth; testing

Обнаружение ранних признаков, связанных с употреблением психоактивных веществ, в среде учащейся молодежи, остается актуальным вопросом в настоящее время. Для специалиста, например, для врача психиатра-нарколога, в клинических условиях, обычно не составляет большого труда выявить проблемы, связанные с употреблением алкоголя или иных психоактивных веществ, но та же самая диагностика этих нарушений у лиц, в среде учащейся молодежи, на ранних этапах, является довольно сложной и актуальной задачей [1-3]. Поэтому разработка методов раннего скрининга нарушений, связанных с потреблением ПАВ, в среде учащейся молодежи, является актуальной задачей на ближайшее десятилетие. Под ранним выявлением (скринингом) нарушений, связанных с потреблением ПАВ, мы понимается выявление предрасположенности к зависимости от конкретного вида психоактивного вещества с помощью психологических тестов, которые обеспечивают максимально быстрый ответ на конкретно поставленный вопрос.

Учитывая вышеперечисленные современные тенденции, нами было проведено исследование учащихся первых курсов государственных высших учебных заведений в возрасте от 16 до 20 лет в количестве 327 человек. При этом мы провели исследование сплошным методом с помощью модифицированной анкеты, созданной на основе Мичиганского теста (CAGE), нацеленного на скрининг – выявление алкогольной зависимости. Основные вопросы теста нами были модифицированы с учетом принятой в Российской Федерации Международной классификации болезней 10 пересмотра с учетом возможности мультифакторной диагностики зависимости. В результате вопросы приобрели следующий вид.

1 «У Вас когда-нибудь возникало чувство, что Вы должны постараться уменьшить потребление алкоголя или других психоактивных веществ, включая табак?»

2 «У Вас когда-нибудь люди (родственники, товарищи ...) вызвали раздражение своими упреками в отношении Вашего употребления алкоголя или других психоактивных веществ, включая табак?»

3 «Испытывали ли Вы когда-нибудь чувство вины по поводу своего употребления алкоголя или других психоактивных веществ, включая табак?»

4 «Вы когда-нибудь утром употребляли психоактивные вещества, включая табак, чтобы успокоить свои нервы, избавиться от плохого самочувствия или чтобы обрести способность что-нибудь делать?»

Далее мы изменили и дополнили инструкцию к данному тесту. Инструкция приобрела следующий вид: «Прочитайте каждое из приведенных ниже предложений и запишите в

столбик соответствующее для Вас утверждение: «да – 1 балл» или «нет – 0 баллов». Над вопросами долго не задумывайтесь. Суммируйте полученные баллы. Далее, если вы набрали 1 балл и более, дайте ответ на нижеследующие вопросы:

- а) эти проблемы связаны с курением? (да или нет)
- б) эти проблемы связаны с алкоголем? (да или нет)

Таким образом, оставив смысл и логику теста-первоисточника, мы изменили и обогатили данный тест возможностью дополнительного объема исследования. Нужно добавить, что в бланк оценки результатов мы добавили третье утверждение: «в) Эти проблемы связаны с наркотиком? (да или нет)», но ответ на этот вопрос давал сам психолог, проводящий тестирование, исходя из того, что при любом количестве положительных ответов клиент должен был указать проблемы связанные с курением или с алкоголем, а в случае, если клиент дал положительный ответ на первые 4 утверждения и отрицательный ответ на следующие два вопроса, то мы вправе предположить, с высокой степенью убежденности, что вышеобозначенные проблемы клиента в большей степени зависят от приема им веществ, отнесенных к группе наркотиков.

Результаты, полученные при помощи данного модифицированного опросника, для анализа достоверности ответов были сопоставлены со шкалой № IX (открытость) личностного опросника FPI, путем параллельного использования данной методики у этих же обследуемых лиц. Шкала IX (открытость) позволяет оценить уровень самокритичности в опроснике FPI. Оценки по данной шкале могут в той или иной мере способствовать анализу искренности ответов обследуемого при работе как с опросником FPI, так и в отношении нашего, разработанного нами опросника. Таким образом, нами все 327 студентов первых курсов были разделены на две группы.

Первая группа студентов (основная, или резистентная к потреблению ПАВ группа) – 189 человек (57,8%). Из них 142 – лица женского пола, 47 – мужского. Эта категория учащейся молодежи, которая, по данным теста-опросника, не выявила значимого уровня злоупотребления ни одним из основных психоактивных веществ, набрала 0 баллов.

Вторая группа студентов (группа риска) – 138 человек (42,2%). Из них 98 – лица женского пола, 40 – мужского. Представители данной группы – группы риска, по данным модифицированного теста-опросника, употребляли с той или иной частотой различные виды психоактивных веществ.

Сложность структурно-динамических отношений, многофакторность влияний предопределили применение в настоящем исследовании комплексного подхода, включающего в себя использование системы STATISTICA версия 6.0 – универсальной интегрированной системы, предназначенной для статистического анализа и обработки данных. При расчете цифровых данных, в частности при сравнительном анализе числовых характеристик, использовался критерий Стьюдента (t-критерий) сравнения средних. При этом р-уровень значимости t – критерия составлял меньше 0,05.

При сравнении основной группы с группой риска были получены следующие результаты. Средний возраст студентов в изученных группах составил 17,5 и 17,3 года; $t = 1,38$ при $p = 0,17$. Курение табака имело место у 20,5% обследуемых студентов (67 человек: 47 девушек и 20 юношей). Злоупотребление алкоголем было отмечено в 12,8% случаев (42 подростка: 34 девушки и 8 юношей). Употребление наркотиков, которое стало выявленной проблемой, имело место в 11,6% случаев (38 студентов: 24 девушки и 14 юношей). В 2,7% (9 человек) отмечалось длительное, сочетанное употребление как минимум двух психоактивных веществ, чаще всего подростки употребляли алкоголь и табак.

По данным теста, балльная оценка, отражающая выраженность имеющейся патологической ситуации, колебалась от 1 до 4 баллов.

Риск существования проблемы зависимости от конкретного вида ПАВ (1 балл) имеется у 28,4% (у 93 студентов).

Проблема зависимости от конкретного вида ПАВ вероятна (2-3 балла) у 42,5% (у 139 студентов).

Высокая вероятность наличия зависимости от конкретного вида ПАВ (4 балла) имеется у 12,8% (у 42 студентов).

Полученные результаты позволяют нам сделать следующие практически важные выводы:

1. Многофакторность причин развития аддиктивного поведения у подростков, учащейся молодежи, связанного с приемом психоактивных веществ, позволяет говорить о необходимости поиска новых подходов к раннему выявлению проблем зависимого поведения у подростков.

2. Модифицированный нами тест-опросник, созданный на основе Мичиганского теста (CAGE) и нацеленный на скрининг – выявление алкогольной зависимости, успешно адаптирован нами для комплексной, ранней диагностики дополнительных форм зависимого поведения в среде учащейся молодежи.

Проведенный комплексный анализ показывает нам новые, перспективные направления для дальнейшего проведения профилактических мероприятий, в частности связанных с адресным использованием психолого-педагогических мер воздействия – психолого-педагогического сопровождения, формирования личности подростка, в отношении предупреждения развития отклоняющихся форм поведения, связанных с приемом психоактивных веществ в среде учащейся молодежи.

Литература

1 . Современные подходы к выявлению потребления наркотических и токсических веществ в образовательных учреждениях: Методическое письмо / Ф.Л. Кутарев и др.; – Смоленск, 2001. 23 с.

2 . Минко А. И., Михайлов Б. В., Мусиенко Г. А., Сердюк А. А. Психологические методы диагностики алкоголизма // Украинский медицинский альманах. 2000. № 2. С. 96 – 100.

3 . Попова Т. М. Развитие копинг-ресурсов у подростков с риском алкоголизации: дис. ... канд. Психол.наук. Тамбов, 2006. 2015 с.

Мелёхин А.И.

РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ КОГНИВНЫЕ СХЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

РНИМУ. Им. Пирогова, Российский геронтологический научно-клинический центр
e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, когнитивные схемы, катастрофизация, соматизация, ранние дезадаптивные схемы

Melehin A.I.

EARLY MALADAPTIVE COGNITIVE PATTERNS IN PATIENTS WITH REFRACTORY IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia, e-mail:
clinmelehin@yandex.ru

Keywords: irritable bowel syndrome, cognitive schemes, catastrophization, somatization, early maladaptive schemes

Актуальность исследования. Лечение синдрома раздраженного кишечника (СРК) привлекает все большее международное внимание, поскольку терапия одной тактикой редко снимает беспокоящие симптомы у всех пациентов. За последние несколько лет при лечении *рефрактерного синдрома раздраженного кишечника* наряду с гастроэнтерологической тактикой все больше показана эффективность применения различных протоколов *когнитивно-поведенческой терапии, схема-терапии*, делающих акцент на работу с ранними дезадаптивными когнитивными схемами [3]. Теория схем Дж. Янга (Young's schema theory)

предполагает, что экспрессия ранних дезадаптивных схем лежит в основе многочисленных психических расстройств: тревожный спектр, общее расстройство поведения, расстройства пищевого поведения, злоупотребление алкоголем, депрессии, обсессивно-компульсивное расстройство и др [2]. Показано, что каждое психическое расстройство, каждый пациент демонстрирует *индивидуальный профиль ранних дезадаптивных схем*. Рассматривая рефрактерное течение синдрома раздраженного кишечника через призму общей *когнитивной теории психопатологии А. Бека*, то когнитивные предубеждения (или схемы) пациента участвуют в этиологии и поддержании симптомов. Согласно *интегративной модели формирования соматическим симптомов Р. Брауна* (integrative model for the formation of somatic symptoms [1]), когнитивные схемы пациента смешивают восприятие и внимание, приводят к неправильно интерпретации ощущений и телесных сигналов. Несмотря на ключевую роль дезадаптивных схем в этой модели, по сей день специфика ранних дезадаптивных схем при синдроме раздраженного кишечника изучена меньше, чем при расстройствах настроения, тревожном спектре расстройств, соматизации. Исследование ранних дезадаптивных схем при СРК внесет вклад в психопатологический аспект данного расстройств, поможет улучшить понимание психических процессов, на которые следует обратить внимание при лечении данного расстройства.

Цель исследования – выявить специфику ранних дезадаптивных схем у пациентов с синдромом раздраженного кишечника, также связь экспрессии схем с симптомами депрессии, тревоги и тяжестью соматических проявлений.

Участники исследования: 1) *основная группа* 40 женщин с диагнозом рубрики K58 по международной классификации болезней 10-го пересмотра. Средний возраст женщин составил $33,1 \pm 10,3$ года. Средняя продолжительность СРК составила 38,4 мес., что свидетельствует о рефрактерном течении СРК на основе IV римских критериев диагностики подтипа СРК преобладали «смешанный» с абдоминальной болью (38,4%), «диарейный» (32,2%) и «запорный» (7,3%) типы; 2) *контрольная группа* – 40 женщин (средний возраст, $35,2 \pm 8,1$ лет) не имеющими каких-либо гастроэнтерологических нарушений.

Критерии исключения: наличие сопутствующего органического заболевания желудочно-кишечного тракта (например, воспалительного заболевания кишечника, инфекционный колит), тяжёлой сопутствующей патологии (например, онкологии, ишемической болезни сердца, метаболических, аутоиммунных заболеваний), беременность, когнитивные нарушения, текущий или прошлый диагноз шизофрении или других психотических расстройств, а также текущий диагноз злоупотребления психоактивными веществами или алкоголем.

Методики исследования: IBS-SSS, YSQ-SF, GAD-7, PHQ-9

Результаты исследования. Пациенты в СРК показали значительно более выраженную экспрессию ранних дезадаптивных схем, оцененные по шкале YSQ ($218,04 \pm 64,3$), по сравнению с здоровыми людьми ($109,04 \pm 22,1$, $F(1,154) = 26,11$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,151$). Наблюдаются более выраженные симптомы генерализованного тревожного расстройства (чувствовали, что не могут расслабиться; казалось, что случится что-то ужасное, раздражительность, катастрофизация), депрессии (плохо думали о себе, были разочарованы в себе, наклеивали на себя негативные ярлыки) у пациентов с СРК в отличии от контрольной группы. Показано, что наличие у пациентов с СРК ранних дезадаптивных схем связано с тяжестью симптомов раздраженного кишечника, избегающим и перестраховочным поведением специфичным при тревожных расстройствах, тревоги о здоровье (IBS-SSS, $p < 0,01$). Также эти схемы (общий балл по экспрессии схем, YSQ) имеют связь с симптомами генерализованного тревожного расстройства (GAD-7, $F(1,94) = 71,21$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,422$) и депрессией (PHQ-9, $F(1,91) = 69,11$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,400$). Однако, симптомы тревоги, а не депрессии играют опосредующую роль во взаимосвязи между экспрессией ранних дезадаптивных схем и тяжестью симптомов СРК. По сравнению с контрольной группой, у пациентов с СРК наблюдаются самые высокие показатели по схемам: 1) которые включают ожидания того, что потребности человека в безопасности и стабильности не будут

удовлетворены предсказуемым образом; 2) которые включают ожидания относительно себя и окружающей среды, которые мешают воспринимаемой способности человека функционировать независимо и благополучно.

- **«Негативизм/пессимизм»** ($12,9 \pm 6,2$, $d=0,85$), в мышлении пациентов преобладают мысли, что «ничего хорошего ждать не нужно», первичная оценка ситуаций через призму негатива. Постоянная сосредоточенность на проблемах, «подвохах», неудачах. Обесценивание и не распознавание хорошего в настоящем. Это со временем приводит к развитию хронической тревожной картины мира с постоянным пребыванием в состоянии повышенной бдительности. Схема «негативизм/пессимизм» связана с высокими показателями симптомов тревоги (по GAD-7, $r=0,518$, $p<0,001$) и выраженностью симптомов СРК (IBS-SSS, $r=0,472$). Говоря про выраженную экспрессию схемы «негативизм/пессимизм» у пациентов с СРК следует говорить про наличие у них *катастрофизирующего когнитивного стиля*, который часто свойственен пациентам с соматоформным расстройством.

- **«Недоверие/социальная изоляция»** ($14,6 \pm 7,5$, $d=0,85$), преобладает ощущение, что человек изолирован от мира, отличается от других и не является частью сообщества.

- **«Поиск одобрения»** ($18,2 \pm 9,0$, $d=0,91$), выражается в мыслях пациента о том, хороший ли он. Самооценка зависит от мнения людей, постоянная озабоченность тем, как на него смотрят другие люди. Экспрессия данной схемы сопряжена с выраженностью симптомом тревоги у пациентов с СРК.

- **«Эмоциональная депривация»** ($10,2 \pm 6,3$, $d=0,82$) присутствует ожидание того, что желание получить эмоциональную поддержку, заботу, сочувствие или защиту со стороны других людей не будет удовлетворено.

- **«Уязвимость»** ($10,9 \pm 5,1$, $d=0,81$), преобладание у пациентов мыслей «а вдруг произойдет...», постоянное ожидание беды, катастрофы, болезни. Мир воспринимается небезопасным и нужно всего предостерегаться, перестраховываться, пребывать в «боевом» режиме. Пациентам с СРК свойственная повышенная чувствительность к критике, отвержения. Они часто считают себя нежелательными, бесполезными, бракованными, поломанными. Присутствует недоверие к собственному телу и искаженное его восприятие. Наличие схемы «уязвимость» у пациентов с СРК приводит к большему поиску лекарств и/или лечения.

Интересно отметить наличие у пациентов с СРК двух контрастных схем «поиск одобрения» и «недоверие/социальная изоляция». Пациенты с СРК часто действуют в дискриминации чужих желаний, игнорируя их восприятие, чрезмерно чувствительны к отказу. Наличие схемы недоверия, говорит о пребывании готовности что они будут обязательно ранены, обмануты, унижены другими. Говоря про схему «уязвимости» то Схемы «эмоциональная депривация», «недоверие», «уязвимости» согласно теории Дж. Янга связана с наличием жестокого обращение в детстве (эмоциональное, физическое насилие). Переживания отстраненности, жестокого или непредсказуемого семейного окружения играют важную роль у пациентов с СРК.

Выводы. Результаты нашего исследования показывают, что схемы «негативизм/пессимизм», «недоверие/социальная изоляция», «поиск одобрения», «эмоциональная депривация», «уязвимость» следует систематически оценивать у пациентов с рефрактерным течением синдрома раздраженного кишечника. Диагностика экспрессии схем может принести дополнительную пользу в построении индивидуального протокола когнитивно-поведенческой терапии данной группы пациентов.

Литература

1. Brown R.J. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. // Psychol. Bull. 2004. Vol. 130. № 5. P. 793–812. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.130.5.793>
2. Davoodi E. Wen A. Dobson K.S. Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. // J Affect Disord. 2018. Vol. 1. P.82-89. Doi: 10.1016/j.jad.2018.04.017.

3. Fukudo S., Okumura T., Inamori M. Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome 2020. // J Gastroenterol. 2021. Vol. 56. № 3. P. 193-217. Doi: 10.1007/s00535-020-01746-z.

Мешкова Т.А., Михайленко Н.Н.

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЕЙ И СВЕРСТНИКОВ НА ОТНОШЕНИЕ К ТЕЛУ И ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕВУШЕК СТУДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: АПРОБАЦИЯ НОВОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ И ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Россия
meshkovata@mgppu.ru

Ключевые слова: пищевое поведение, образ тела, родители, сверстники, диагностика

Meshkova T.A., Mikhailenko N.N.

THE INFLUENCE OF PARENTS AND PEERS ON THE ATTITUDE TO THE BODY AND EATING BEHAVIOR OF COLLEGE-AGE GIRLS: TESTING OF A NEW DIAGNOSTIC TOOLKIT AND A PILOT STUDY

Moscow State University of Psychology & Education
meshkovata@mgppu.ru

Key words: eating behavior, body image, parents, peers, diagnostics

Введение. По данным ряда метаанализов и обзоров в общемировой популяции клинические расстройства пищевого поведения (РПП) фиксируются примерно у 1% человек. Основную группу риска составляют девушки подросткового и юношеского возраста. Например, в группу риска по результатам скрининга по тесту ЕАТ-26 попадает около 11% девушек студенческого возраста московской популяции [2].

Важным медиатором в этиологии РПП является социальный фактор, связанный с ближайшим окружением (семья, сверстники). Однако специфического инструментария для оценки этих источников риска РПП в отечественной практике пока не существует. Обычно применяют различные опросники родительско-детских отношений и методики скрининга РПП, например, ЕАТ-26.

Вторым важным фактором риска является недовольство своим телом, причем, как правило, для оценки этого фактора преимущественно используют опросники с негативными высказываниями, хотя в последнее время имеется тенденция рассматривать позитивное отношение к телу как особый феномен в отличие от негативного [1].

Материал и методы. В настоящем исследовании для оценки связи между упомянутыми факторами (семья, сверстники, отношение к телу) и риском РПП нами были применены три новых опросника, один из которых был составлен нами, а два других переведены и впервые апробированы на российской выборке.

Т.А. Мешковой были переведены Шкала признательности телу (BAS-2, Body Appreciation Scale-2), которая не содержит негативных высказываний и направлена на оценку позитивного образа тела [4], и Опросник привязанности к родителям и сверстникам (IPPA, Inventory of Parents and Peer Attachment) [3], который включает в себя три шкалы «Доверие», «Коммуникация», «Отверженность»²⁹.

Помимо этого, нами был разработан собственный диагностический инструмент, нацеленный на оценку дочерями поведения и высказываний родителей, а также своих сверстников из ближайшего окружения в отношении пищевого поведения и образа тела девушки, а также в отношении их собственных пищевого поведения и образа тела (рабочая

²⁹ Благодарим за экспертизу перевода О.Б.Бухину, переводчика и клинического психолога (США).

аббревиатура опросника ПпиОТ/мать/отец/сверстники). Опросник был составлен в трех версиях (для субъективной оценки респондентками поведения и высказываний отца, матери и сверстников из ближайшего окружения – друзья, подруги, одноклассники). Каждая из версий содержит по 46 высказываний, которые можно сгруппировать следующим образом: 1) ограничение девушки в потреблении пищи («говорит мне, чтобы я не переела»), 2) забота о внешности, поддержании веса и стройности фигуры девушки («заставляет меня заниматься физическими упражнениями (фитнесом, спортом), чтобы не набирать вес»), 3) негативные высказывания о внешности девушки («говорит мне, что я толстая»), 4) негативные сравнения («сравнивает мою внешность с подругами и знакомыми не в мою пользу»), 5) общие установки против полноты тела («считает полноту признаком распущенности и слабоволия»), 6) собственное пищевое поведение родителей/сверстников («старается не есть мучного и сладкого»), 7) забота о собственной внешности, весе и фигуре родителей/сверстников («носит одежду, подчёркивающую стройность фигуры»). От респонденток требовалось оценить высказывания по 7-балльной лайкертовской шкале по следующим градациям: всегда, очень часто, часто, иногда, редко, очень редко, никогда.

Помимо упомянутых методик использовались: для оценки риска РПП скрининговый тест ЕАТ-26 и для оценки негативного отношения к телу субшкала с негативными высказываниями из опросника EDI-2.

Респондентки (50 девушек неклинической популяции города Москвы в возрасте от 16 до 25 лет, средний возраст $20,68 \pm 1,85$) были приглашены к участию в анкетировании через гугл-формы, размещенные в социальных сетях и сети Интернет. От всех девушек было получено информированное согласие об участии в исследовании. Им было предложено давать ответы, ориентируясь на свои воспоминания об их подростковом периоде.

Для количественной обработки данных был применен статистический пакет IBM SPSS Statistics 26 для Windows. Использовались корреляционный анализ Спирмена и критерий Манна-Уитни.

На данном этапе исследования были получены результаты, касающиеся роли отца в формировании пищевого поведения и образа тела дочери. Влияние матери и сверстников предполагается проанализировать на следующем этапе.

Результаты. На основе анкетных данных батареи методик, состоящей из ЕАТ-26, ИРРА, EDI-2, BAS-2 и ПпиОТ/отец были получены следующие результаты:

- В соответствии с рекомендуемым критерием скринингового теста ЕАТ-26 (суммарный балл 20 и выше) риск РПП в исследуемой группе составил 20%.

- Суммарный балл по тесту ЕАТ-26 демонстрирует значимые корреляции с оценками удовлетворенности/неудовлетворенности образом тела (для BAS-2 $r = -0,570$, $p < 0,001$; для шкалы EDI-2 $r = 0,696$, в обоих случаях $p < 0,001$). Таким образом, чем выше риск РПП, тем сильнее неудовлетворенность образом тела.

- Сравнение двух контрастных групп с высоким и низким уровнями недовольства телом (по 12 человек с краев распределения по шкале EDI-2) свидетельствует о значимо более частой встречаемости негативных высказываний отца о внешности дочери (опросник ПпиОТ) в группе с высоким уровнем неудовлетворенности своим телом, о чём свидетельствует разница средних рангов (181,5 против 118,5 при $p < 0,05$ по критерию Манна-Уитни).

- Уровень негативной критики отцом внешности дочери оказался также отрицательно связанным с уровнем доверия дочери к отцу ($r = -0,53$, $p < 0,001$) и уровнем коммуникации в диаде отец-дочь ($r = -0,37$, $p < 0,01$), опросника привязанности ИРРА, а также положительно связан с ощущением дочерью отверженности и непринятия со стороны отца ($r = 0,48$, $p < 0,001$). В контрастных группах девушек с высоким и низким уровнем недовольства телом девушки с негативным образом тела в большей степени ощущают отверженность со стороны отца (разница рангов 186 против 114 при $p < 0,05$ по критерию Манна-Уитни).

- Поскольку оказалось, что показатели двух шкал опросника ПпиОТ/отец («Забота о весе и стройности фигуры дочери» и «Забота о весе и фигуре родителя») высоко коррелируют между собой ($r = 0,693$ $p < 0,001$), мы попробовали объединить их в одну шкалу («Внимание к

внешности и фитнес»/отец). Поведение отца (по оценкам дочери), свидетельствующее о его склонности к здоровому образу жизни и приучении дочери к заботе о здоровье и красоте тела, оказалось положительно связанным с ее оценками по шкале позитивного образа тела (BAS-2) ($r=0,354$, $p=0,012$), однако корреляция этого показателя с оценками неудовлетворенности телом (шкала EDI-2) оказалась низкой ($-0,120$) и незначимой. Можно рассматривать этот результат как еще одно подтверждение того, что позитивный и негативный образы тела не являются полюсами одного континуума. Также можно отметить значимую положительную корреляцию такого поведения отца с общим уровнем привязанности, и особенно с оценками по шкале «коммуникация» ($r=0,368$, $p<0,01$).

Резюме. Полученные результаты могут свидетельствовать о важной роли отца в формировании позитивного образа тела и уменьшении риска РПП дочерей и могут быть использованы в профилактической и просветительской работе. Использованный диагностический комплекс может быть оценен как перспективный для исследовательских целей, однако требуется его дальнейшая доработка.

Литература

1. Мешкова Т.А. Концепция позитивного образа тела в современной зарубежной психологии [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 55–69. Doi:10.17759/jmfp.2021100206.
2. Мешкова Т.А., Николаева Н.О. Опыт применения теста пищевых аттитюдов (EAT-26) на выборке студенток Москвы // Психиатрия. 2017. № 73 (01). С. 34–41.
3. Armsden G. C., Greenberg M. T. The Inventory of Parent and Peer Attachment: Relationships to well-being in adolescence // Journal of Youth and Adolescence. 1987. Vol. 16. (5). P. 427-454.
4. Tylka T.L., Wood-Barcalow N.L. The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation // Body Image. 2015. Vol. 12. P. 53-67. DOI:10.1016/j.bodyim.2014.09.006.

Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е., Папсуев О.О., Пуговкина О.Д.

МЕТАКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ КАК ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ГРУППОВЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского»
Минздрава России, Москва, Россия. minyaycheva@gmail.com

Ключевые слова: депрессия, руминации, метакогниции, дисфункциональные убеждения

Minyaycheva M.V., Rubaylova V.E., Papsuev O.O., Pugovkina O.D.

METACOGNITIVE DEFICIT IN PATIENTS WITH MOOD DISORDERS AS AN INDICATION FOR GROUP REHABILITATION INTERVENTION

Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of the Federal State Budgetary Institution
“V.Serbysky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology” of the Ministry of
Health of the Russian Federation minyaycheva@gmail.com

Keywords: depression, rumination, metacognition, dysfunctional beliefs

Введение. С каждым годом число людей, подверженных депрессиям увеличивается, что во многом может быть связано не только с прямым ростом заболеваемости, но и ростом возможности своевременной диагностики и лечения депрессии. Развитие современных технологий, распространение программ психообразования и психопросвещения, делает информацию о тех или иных расстройствах более доступной. В то же время, как в западных странах, так и в России, помимо заботы о соматическом состоянии, нарастает и распространяется культура психического здоровья. Все более массовый характер приобретает

дестигматизация, проходят различные акции в поддержку людей подверженных психическим расстройствам и травмам (“Faces of depression”, “Me too” и др.).

Наряду с основными классическими симптомами депрессии (снижением настроения, моторной и идеаторной заторможенности), важное значение имеют дезадаптивные убеждения. Именно когнитивные убеждения, согласно когнитивно-поведенческой модели А.Бека, влияют на интерпретации возникающих ситуаций, эмоции и поведение, и во многом определяют характер и тяжесть депрессий (А. Beck, 1979). Под воздействием стресса активируются сформированные при жизни дисфункциональные и малоадаптивные установки, которые отражаются в субъективизации болезненных переживаний и деструктивных стратегиях преодоления негативных мыслей, эмоций и ситуаций, таких как избегание, подавление, руминативное мышление [2]. Патологические формы руминаций, в силу специфики своих проявлений, и приносимого ими колоссального дискомфорта, заслуживают отдельного внимания в диагностике и терапии аффективных расстройств. Согласно метакогнитивной теории А. Уэллса [5], в формирование аффективных расстройств обусловлено следующими метакогнитивными факторами: позитивными убеждениями, касающимися беспокойства; негативными убеждениями по поводу неуправляемости и опасности беспокойства; контроля мыслей; вниманием к собственным мыслительным процессам; когнитивной недоверии. Предположительно, именно метакогнитивный дефицит во многом определяет возможность контроля и понимания непродуктивности проблеморазрешающего поведения, способности к изменению привычных способов совладения, расширение репертуара стратегий активного преодоления. Описанные убеждения присутствуют не только непосредственно в клинической картине заболевания, но и выступают определяющим фактором манифестации, вероятности рецидивирования и качества достигаемой ремиссии/ интермиссии (С. Beevers et al., 2004; M.Halvorsen et al., 2010). Опыт работы в рамках когнитивно-поведенческой терапии показывает возможность реструктуризации подобных убеждений и установок и влияния на выраженность депрессивной симптоматики [1, 3, 4].

Материал и методы. Для понимания выраженности вышеописанных нарушений и вопроса необходимости в дальнейшем особых условий для разных групп пациентов с расстройствами аффективного спектра нами было обследовано 48 больных. Из них 25 имели диагноз рекуррентное депрессивное расстройство, 8 – депрессивный эпизод и 15 пациентов с биполярным аффективным расстройством, текущим эпизодом депрессии, средний балл по опроснику депрессии А.Бека 28,9, что соответствует депрессии средней тяжести. Для оценки состояния и выраженности депрессии использовалась Шкала депрессии А. Бека (Beck A.T., 1961; Тарабрина Н.В., 2001) и Клиническая шкала самоотчёта SCL-90-R, (адаптация – Н.В. Тарабрина, 2001), метакогнитивные характеристики оценивались с помощью: Опросника метакогнитивных убеждений (Wells А. с соавт., 1997; Сирота Н.А. с соавт., 2018) и Шкалы руминативного мышления (Response Styles Questionnaire, Treynor, Gonsalez, Nolen-Hoeksema, 2003; адаптируется).

Результаты. Группы пациентов в нашем исследовании не различались по выраженности симптомов в самоотчетных шкалах (по шкале депрессии Клинической шкалы самоотчёта SCL-90-R ($p=0,7$, критерий Манна-Уитни). При сравнении групп по шкале руминативного мышления и опроснику метакогнитивных убеждений также не было выявлено значимых различий ($p>0,05$). Только по одной подшкале опросника руминаций – “задумчиво-мрачные руминации” (brooding) – отмечаются более высокие показатели в группе пациентов с биполярным аффективным расстройством с текущим депрессивным эпизодом, по сравнению с группой пациентов с диагнозом депрессивный эпизод ($p=0,03$). Данный результат можно интерпретировать с позиции модели спектра психической патологии, в рамках которой течение БАП связывается более выраженными нарушениями, в том числе и среди метакогнитивных аспектов. Однако в целом сравнение групп с разными аффективными расстройствами показывает, что при контроле выраженности психопатологических

симптомов уровень и содержание метакогнитивных дисфункций у них существенно не различается.

Ограничения данного исследования связаны с малой и неравномерной выборкой и, отчасти с недостаточной мотивацией, “формальностью ответов” пациентов в ряде случаев. Также нами не учитывалась длительность заболевания и дополнительные факторы хронификации состояния пациентов. Эти дополнения и гипотезы требуют дальнейшей экспериментальной проверки.

Выводы. Отсутствие значимых различий по большинству параметров указывает на возможность проведения групповых реабилитационных интервенций, таких как метакогнитивный тренинг депрессии [3,5], для групп пациентов с разными расстройствами аффективного спектра совместно, без специфических изменений.

Литература

1. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? // Современная терапия психических расстройств. – 2016. – No 2. – С. 16–21.

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. Driessen E. & Hollon S.D. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: Efficacy, moderators and mediators. *Psychiatr. Clin. North Am.* 33, 537–555 (2010).

4. Faissner, M., Kriston, L., Moritz, S., & Jelinek, L. (2018). Course and stability of cognitive and metacognitive beliefs in depression. *Depression and Anxiety*. Doi:10.1002/da.22834

5. Wells A. *Metacognitive Therapy for anxiety and depression* / The Guilford Press. New York. 2011. P. 316

Морозова М.В., Савина О.Ф.

ПРОБЛЕМА КРИТИЧНОСТИ В АСПЕКТЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, Москва, Россия,
marina@serbsky.ru

Ключевые слова: принудительное лечение, критичность, патопсихологическое исследование

Morozova M.V., Savina O.F.

THE PROBLEM OF CRITICALITY IN THE ASPECT OF EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF COMPULSORY TREATMENT

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
Moscow, Russia, marina@serbsky.ru

Key words: compulsory treatment, criticality, pathopsychological research

Проблема критичности у лиц с психическими расстройствами является междисциплинарной. В психиатрии под ней обычно понимают отношение к психопатологической симптоматике; в психологии ее содержание рассматривается шире – от функции контроля за отдельными операциями до интегративного личностного образования. При этом клинические психологи имеют возможность использовать в своих исследованиях инструментарий, позволяющий ее объективировать. Существуют как специально направленные методы, представленные, в том числе, С.Я Рубинштейн, так и пробы, задания, ориентированные на оценку различных психических функций, но опосредованно дающие значимую информацию об этом феномене. К сожалению, в настоящее время данный важнейший аспект психической деятельности исследуется лишь косвенно и локально, сужаясь

до отдельных составляющих, в то время как критичность является базой для успешной адаптации, умения жить в мире и гармонии не только с окружающими, но и с самим собой.

В нашей практике мы столкнулись с тем, что при оценке социальной опасности лиц с психическими расстройствами, совершивших ООД и признанных невменяемыми, а также эффективности проведенного им принудительного лечения приоритет отдается способности к самоконтролю, сдерживанию агрессии и выраженности агрессивности. Критичность, сведенная к понятию «критика», выступает в качестве клинического критерия и крайне редко исследуется психологами при экспертизе на предмет смены /отмены мер медицинского характера, хотя, по нашему мнению, это может повысить объективность и надежность прогностического суждения. У данной категории подэкспертных в период их пребывания на лечении поведение корректируется приемом медикаментозных средств, строго регламентировано и контролируется. Это, наряду с отсутствием провоцирующих обстоятельств, маскирует истинную готовность к рецидивным ООД на фоне усвоения одобряемых и ожидаемых от них персоналом форм реагирования и внутрибольничных межличностных способов взаимодействия, постепенного формирования диссимулятивных установок. Даже в отсутствие грубых нарушений психической деятельности становление просоциальности, готовность к продолжению лечения могут легко нивелироваться при столкновении с обстоятельствами реальности и негативным микроклиматом, если у больного полноценно не восстановлены критически функции.

При психических расстройствах дефицитарными оказываются различные аспекты критичности и в разной степени. Критичность по своей сути является сложным, многокомпонентным образованием и сложно ожидать, что в заключении экспериментально-психологического исследования этот феномен будет раскрыт в полной мере. Психологом в большей степени обычно отражается нарушение критической функции мышления при выполнении экспериментальных заданий – например, проба Эббингауза апеллирует преимущественно к осмыслению ошибок при выполнении интеллектуальных операций – остальные же составляющие получают обобщенную и менее дифференцированную оценку. Хорошо зарекомендовавшие себя методики Самооценка Дембо-Рубинштейн и Уровень притязаний, ориентированные на проверку интегративной способности, делают это опосредованно и не во всех случаях (при наличии высокого интеллекта и личностного потенциала, отсутствии выраженных искажений в самовосприятии) дают значимую информацию. Более тонкий и специфичный инструментарий в судебной патопсихологии для диагностики нарушений критичности в арсенале медицинского психолога на настоящее время отсутствует.

Представляется целесообразным использовать предложенный в 80-ые гг. прошлого века в Центре им. В.П. Сербского подход к критичности (И.А. Кудрявцев, М.Б. Симоненкова, А.Н. Лавринович, Ф.С. Сафуанов), который не в полной мере был реализован в экспертной практике, с верификацией понятий критических способностей, критики и критичности. В данном контексте задачей психолога при решении экспертных вопросов и оценке эффективности мер медицинского характера может стать не просто выявление потенциала критических способностей, базирующихся на интеллекте и лишь отчасти – личностных образованиях, дистанцированных в условиях стационара от средовых влияний и лишенных борьбы мотивов как таковой, но и моделирование сложно организованной деятельности в эксперименте. В ней должен создаваться комплекс ситуаций, предъявляющих требования к слабым звеньям личностной структуры лиц, проходящих принудительное лечение, что позволяет непосредственно реконструировать критику как оценочный процесс. Данная процедура подразумевает испытание стрессом, жестким давлением и дискредитацией либо манипулированием положительной стимуляцией личностных ресурсов пациента (восстановленных и/или вновь сформированных) – способов совладания, критичности, аналитических способностей, социального и эмоционального интеллекта. Это возможно реализовать посредством специально смоделированных, приближенных к реальным значимым обстоятельствам и окружению ситуаций выбора при неоднозначности решения.

Адекватным, эффективным и самостоятельным оно будет только при способности к целостной критической оценке ситуации, прогнозу последствий с интериоризацией конвенциальных норм и конструктивности собственной позиции. Такие ситуации могут предъявляться в виде тестового материала с заранее заданными критериями оценки или верными ответами, а также и конкретных обстоятельств в процессе психотерапевтической сессии, в том числе в группе. При этом формальное осознание содержания решений и действий еще на этапе планирования, обогащаясь наделянием их собственным личностным смыслом с учетом конкретной ситуации в ее социальном контексте, дополняется пониманием их значения для себя и для других, в последующем интегрируется в иерархию устойчивых мотивационно-смысловых образований субъекта. Наиболее перспективным и информативным для оценки социальной опасности, стойкости достигнутого результата при смене мер медицинского характера стало бы дополнение патопсихологического эксперимента индивидуализированной, но унифицированной «экзаменационной» процедурой. Все это в итоге позволит выйти на оценку критичности не только как характеристики психического состояния на актуальный момент времени, но и как центрального личностного образования, критерия доступности опосредования и саморегуляции.

Работая над восстановлением личностного функционирования, следует принимать во внимание высокую цену для личности становления полноценного критического отношения ко всем аспектам жизни и собственного Я – повышение реалистичности нередко идет в ущерб внутренней гармонии и психологическому комфорту. Особенно трудно принять факт наличия психического расстройства, детерминировавшего ООД, возможность утраты контроля над собой в дальнейшем. Это обусловлено фрустрирующим характером информации, которую субъективно проще отрицать, чем признать – рушится привычный образ Я, снижается уверенность в себе, принятии других, сужается жизненная перспектива. При этом сохранение психологического комфорта возможно при амбивалентности внутренней картины болезни и склонности объяснять совершение ООД ухудшением психического состояния, рассматривая свои психопатологические переживания как ответную реакцию на сложные жизненные обстоятельства («нервный срыв», «депрессия»), что снимает бремя ответственности за содеянное.

Критическое отношение к своему заболеванию, поступкам, понимание необходимости и эффективности лечения не являются стабильным личностным конструктом. Критичность к негативным последствиям психического расстройства может быть неустойчивой, редукция симптомов болезни – приниматься за выздоровление. Столкновение с преградами при реадaptации в социуме снижает принятие своей «инакости», факт психического расстройства может быть вытеснен на периферию самосознания или подвергнуться переоценке. Поэтому проспективные оценки, несмотря на их важность, остаются достаточно условными, поскольку их воплощение в реальности зависит от многих факторов, влияющих на критическую состоятельность субъекта.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что критичность является приоритетным образованием для реадaptации и ресоциализации, даже перед личностной диспозицией, поскольку позволяет оттормаживать и сдерживать неадекватные реакции и поступки, так же, как предиспозицией нормативности выступает не низкий уровень агрессивности, а компенсирующие ее проявления механизмы.

Русаковская О.А.

МЕТОДИКА «ПРОБЛЕМНЫЕ СИТУАЦИИ» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России,
Москва, Россия
rusakovskaya.o@serbsky.ru

Ключевые слова: недееспособность, восстановление дееспособности, сделкоспособность, судебно-психиатрическая экспертиза, методы

Rusakovskaya O.A.

«PROBLEM SITUATIONS» AS A METHOD OF FORENSIC ASSESSMENT

V.Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russia
rusakovskaya.o@serbsky.ru

Keywords: legal incapacity, restoration of legal capacity, financial capacity, forensic assessment, methods

Одним из юридических конструктов, которые должны оцениваться при судебно-психиатрических экспертизах в гражданском процессе, является способность понимать значение своих действий и руководить ими. Данный конструкт подлежит оценке в проспективном плане при проведении экспертиз по делам о лишении, ограничении, восстановлении дееспособности; в ретроспективном плане – при проведении экспертиз по делам о признании сделки недействительной. В настоящее время экспертное заключение о способности или неспособности гражданина понимать значение своих действий и руководить ими выносится на основе клинко-психопатологического и патопсихологического обследования [3]. Причем в сложных случаях последнее может использоваться именно как психологический эксперимент, позволяющий смоделировать нестандартную и эмоционально сложную для испытуемого ситуацию и выявить особенности его личностного реагирования и познавательной деятельности в подобных условиях [2]. В то же время в зарубежной практике при оценке юридически значимых способностей в различных сферах (способность проживать самостоятельно, распоряжаться финансами, давать согласие на медицинское вмешательство) успешно применяются специальные методики экспертного исследования [5; 4]. Основным достоинством таких методик является то, что они позволяют сфокусировать внимание эксперта на конкретной функциональной способности, что делает исследование более валидным, а заключение доказательным. Во многих методиках, применяемых в зарубежной экспертной практике, используются проблемные ситуации. При этом испытуемому предлагается, в зависимости от предмета экспертизы, набор проблемных ситуаций, касающихся здоровья, распоряжения собственностью или социальных отношений. При обработке результатов могут оцениваться как особенности познавательной деятельности, такие как способность воспроизвести полученную информацию, последовательность мышления, способность к обобщению и сопоставлению, способность выразить свой выбор и объяснить его, так и метакогнитивные способности: определить проблему, соотнести значимую информацию с обстоятельствами, видеть альтернативы, оценивать возможные риски, обосновывать свой выбор личными интересами. Познакомившись с зарубежными методиками, мы пришли к выводу о невозможности их применения в отечественной практике. Слишком велики культуральные различия, слишком далеки от российской действительности предлагаемые проблемные ситуации. Например, одна из проблемных ситуаций выглядит следующим образом: «У вашего друга есть 5000 долларов. Он решает, на что их потратить: заплатить за учебу сына в колледже или отложить для оплаты проживания в доме для престарелых для себя. Что бы вы ему посоветовали?» [6].

В связи с этим в 2018г., в рамках проведения студенческих научно-исследовательских работ, нами был разработан набор проблемных ситуаций, вопросы к ним и стандартизированный протокол оценки [1]. В последующем данный набор был уточнен. В настоящее время он включает 10 проблемных ситуаций и 2 карточки с дополнительными вопросами. Три проблемные ситуации (№1, 4, 9, 10) касаются межличностных и социальных отношений. Три (№1, 2, 3) – здоровья. Три (№ 4, 5, 6, 9) – различных финансовых сделок и финансовых обязательств. Три (№7, 8, 9) – поведения при чрезвычайных ситуациях. Дополнительные вопросы направлены на выявление 1) осведомленности о собственном финансовом положении и имеющихся обязательствах, 2) планах на ближайшее и отдаленное будущее.

При проведении методики испытуемому последовательно предлагаются карточки с проблемными ситуациями, которые он читает самостоятельно. При затруднениях карточка зачитывается исследователем. Задача испытуемого рассказать: 1) почему могла сложиться такая ситуация; 2) к чему она может привести; 3) какие есть варианты решения данной ситуации, или что необходимо сделать в таком случае; 4) какой вариант решения является наилучшим, и почему. Первую проблемную ситуацию испытуемый должен пересказать, что позволяет оценить способность усвоить и воспроизвести информацию, в том числе воспроизвести аспекты, существенные для ее понимания.

Выборку на данный момент составляют 30 человек, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в связи с лишением, ограничением, восстановлением дееспособности; 50 человек, проживающих в психоневрологических интернатах г. Москвы и Владимирской области. Контрольная группа из условно здоровых испытуемых на данный момент составляет 40 человек.

В настоящее время ведется качественный анализ результатов. Так, в первой проблемной ситуации большая часть испытуемых-мужчин и контрольной, и основной групп в качестве основной причины называют «избалованность» мужчины, его неумение вести домашнее хозяйство. В качестве путей решения проблемы они предлагают «взять себя в руки», «заняться домашними делами», «найти возможность развеяться», «жениться на ком-нибудь», «нанять помощницу по хозяйству». В то же время несколько испытуемых основной группы, страдающих шизофренией, продемонстрировали значительно более глубокое понимание ситуации. Они отмечали, что «ситуация зашла слишком далеко». Высказывали предположение, что, мужчина может быть тяжело болен, возможно, давно, и вследствие этого не способен за собой ухаживать, нуждается в посторонней помощи, должен обратиться к психиатру; возможно, нуждается в помещении в учреждение социального обслуживания для престарелых и инвалидов. Из испытуемых контрольной группы на депрессию как возможную причину сложившейся ситуации указал только один человек, ветеринар по образованию. Однако и он не рассматривал в качестве одного из этапов решения проблемы обращение к специалисту. Один испытуемый основной группы предложил в качестве решения проблемы следующий альтернативный женитьбе вариант: оформление опеки над девушкой-подростком, которая взяла бы на себя ведение домашнего хозяйства.

Интересными и неожиданными оказались результаты оценки испытуемыми проблемной ситуации № 3, включавшей информацию о «задержке месячных» у молодой женщины. Если большинство женщин и основной, и контрольной групп и все мужчины основной группы с легкими и умеренными интеллектуальными нарушениями называли беременность как вероятную причину сложившейся ситуации, предлагали пути решения исходя из этого обстоятельства, то мужчины контрольной группы молодого возраста эту причину не выделяли, в качестве пути решения предлагали «взять отпуск на месяц и съездить куда-нибудь развеяться».

Проблемные ситуации, касающиеся финансов, позволяют оценить осведомленность испытуемых о различных видах имущественных сделок и их правовых последствиях, чувствительность к мошенничеству, собственную готовность заключать какие-либо крупные финансовые сделки, имеющиеся приоритеты в распоряжении своим имуществом (оставить

родным, потому что «это все равно родная кровь», или человеку, который помогал долгое время).

Проблемные ситуации, касающиеся чрезвычайных ситуаций, позволяют выявить осведомленность о правилах поведения, например, при утечке газа, общую адекватность оценки угрожающих жизни ситуаций, параноидную настроенность. Так, один из испытуемых при обсуждении своих действий при пожаре в квартире, намеревался обойти соседей, а при обнаружении в соседской квартире людей обязательно найти свидетелей, вскрыть дверь и зайти в квартиру. Свидетели были нужны, чтобы потом его не обвинили в краже какого-либо имущества.

Методика выявляет такие особенности мышления, как непоследовательность, разноплановость, конкретность, обстоятельность, склонность к рассуждательству, эгоцентричность. В то же время она позволяет оценивать способность испытуемого, несмотря на имеющиеся особенности мышления, выделять ключевые аспекты проблемной ситуации и включать их в анализ, оценивать, насколько глубоко испытуемый анализирует проблему, насколько адекватны его суждения и решения, склонен ли испытуемый при анализе проблемных ситуаций опираться преимущественно на собственный опыт, усвоенные им правила или на представления, которые могут носить бредовый характер.

На данном этапе работы методика «Проблемные ситуации» не стандартизирована. В заключении судебно-психиатрической экспертизы примеры рассуждений подэкспертного нами отражаются при описании психического статуса. Методика достаточно хорошо зарекомендовала себя как дополнение к клинко-психопатологическому исследованию при проведении судебно-психиатрической экспертизы по делам, требующим оценить способность понимать значение своих действий и руководить ими.

Литература

1. Русаковская О.А., Сорокина А.В., Сундикова Е.В. Новые методики оценки способности распоряжаться финансами // Постерный доклад на Всероссийской конференции по юридической психологии с международным участием Коченовские чтения «Психология и право в современной России». Москва. 2019. DOI: [10.13140/RG.2.2.34661.35044](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34661.35044).
2. Русаковская О.А., Харитонов Н.К., Фастовцов Г.А., Кулаков С.С., Переправина Ю.О. Подходы к экспертным критериям неспособности руководить своими действиями при совершении крупных имущественных сделок // Практика судебно-психиатрической экспертизы. – Москва : Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, 2016. С. 174 – 190.
3. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданских делах о признании гражданина недееспособным и ограничении дееспособности в связи с психическим расстройством : Методические рекомендации (практическое пособие для судей) / Н. К. Харитонов, Е. В. Королева, О. А. Русаковская [и др.]. – Москва : Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, 2018. – 36 с.
4. Харитонов Н. К., Русаковская О.А. Психометрические методики зарубежной судебно-психиатрической практики и их теоретическая основа // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 5. – С. 64-73.
5. Grisso T. Evaluating Competencies. Forensic Assessments and Instruments. Boston, MA: Springer Science Business Media, Inc.; 2003. 553 p.;
6. Moye J, Karel MJ, Edelstein B, Hicken B, Armesto JC, Gurrera RJ. Assessment of capacity to consent to treatment Clinical Gerontologist 2007; 31: 37-66. PMID: PMC3074108

Солдатова К.М.

САМОРЕГУЛЯЦИЯ И САМОКОНТРОЛЬ: ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, Москва, Россия
memoridzata@mail.ru

Ключевые слова: самоконтроль, саморегуляция

Soldatova K.

SELF-REGULATION AND SELF-CONTROL: THE MAIN LINES OF RESEARCH

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia
memoridzata@mail.ru

Keywords: self-control, self-regulation

В настоящее время проблема закономерностей регуляции человеком своей активности занимает одно из центральных мест в общем контексте субъектного подхода к изучению психики человека. В практике судебно-психологической экспертизы процессы формирования намерений, разработки программы действия, регуляции и контроля сложных форм человеческого поведения являются первостепенными [2]. С.Я. Рубинштейн еще в 40-е годы прошлого века изучала проблему саморегуляции через анализ симуляции лиц с психическими расстройствами в контексте судебно-психиатрического определения невменяемости обвиняемых [1]. Экспертная оценка способности к саморегуляции является центральной и в гражданском процессе [3].

В отечественной психологии, а также литературе, связанной с освещением экспертных вопросов в психиатрической или психологической специальности наиболее расхожими и часто употребляемыми терминами, описывающими управление собственным поведением, являются термины «регуляция», «саморегуляция» и «волевая регуляция». Понятие самоконтроля встречается либо в качестве уточнения вышеназванных терминов, либо как их элемент, часть. При этом самоконтроль является значимым феноменом в психологической парадигме, который несводим к другим явлениям, имеет собственные ответвления, задачи и собственную роль в осуществлении управления человеком своей деятельностью. Сейчас все больше ученых во всем мире посвящают свою работу пониманию основ этой ключевой личностной черты, понимая, что консенсус в отношении того, что мы имеем в виду, используя термин «самоконтроль», имеет решающее значение. Без такого согласия невозможно синтезировать исследования самоконтроля, а это препятствует как научному прогрессу. На основании анализа отечественной научной литературы можно выделить три основных позиции, касающихся видения самоконтроля в системе регулирования собственного поведения, которые основываются на «масштабировании» его роли. Первый подход предлагает чрезмерно обобщенное определение, которое, по сути, слабо дифференцирует самоконтроль и саморегуляцию (если не объединяет их), излишне расширяя и мало детализируя свойства самоконтроля. Например, Н.И. Кувшинов трактует самоконтроль как сознательное регулирование и планирование деятельности на основе анализа, позволяющее достичь поставленной цели. А.С. Лында объясняет сущность самоконтроля как компонента самосознания, который включает в себя самосознание и саморегулирование человеком своей деятельности и поведения. Сюда же можно отнести определение из Большой советской энциклопедии: «Самоконтроль – это сознательный контроль, осуществляемый человеком над своим поведением, мыслями и чувствами, регулирование и планирование своей деятельности, позволяющий человеку сознательно изменять направление своих мыслей, удерживать себя от нежелательных действий».

Второй подход, напротив, трактует самоконтроль чересчур сужено и редуцированно, приравнивая его к конечной проверке результатов своих действий или личностной

характеристике. С.Л. Рубинштейн упоминает самоконтроль как «волевое качество личности», наравне с самообладанием и выдержкой. Созвучные идеи Н.А. Бернштейна и П.К. Анохина содержали утверждение о том, что «На долю сознательного самоконтроля выпадает лишь оценка результатов сличения (есть рассогласование или нет) и внесение коррекций в программу действия».

Третий подход представляют авторы, которые непосредственно сосредотачивали свое внимание на феномене самоконтроля, четко выделяя его как самостоятельную понятийную и функциональную единицу. Наиболее внимательно к теме самоконтроля в советской психологии относился Г.С. Никифоров. Он стал автором монографии, которая явилась первой в отечественной психологии работой по систематизированному изложению психологических основ теории и практики самоконтроля. Г.С. Никифоров указывает на «подчиненную» роль самоконтроля по отношению к саморегулированию, формулируя концепцию «кольца в кольце». В соответствии с ней, самоконтроль не является очередным этапом в линейной структуре саморегуляции, а включен во все формы проявления психического, вовлеченные в организацию этого процесса (цель, сбор и анализ информации, принятие решения, выбор соответствующей программы, реализация); т.е. в замкнутый контур саморегулирования встроено кольцо механизмов самоконтроля. Проверка соответствия результатов своих действий собственным ожиданиям, на чем акцентируют внимание большинство исследователей, отражает, по мнению автора, только один из видов самоконтроля (результатирующий по своей сути), и не исчерпывается этим. Большую распространённость изучаемый нами феномен получил в зарубежных исследованиях, однако в проанализированных нами источниках также обнаруживаются различия в определениях понятия «самоконтроль» и некоторая рассогласованность авторов в вопросах спектра его функций.

Согласно наиболее узкому определению, самоконтроль приравнивается к функции тормозящего контроля и осуществляет подавление импульсов. Такое «торможение» является ключевым компонентом во многих теориях и моделях самоконтроля, в частности оно является частью структуры «двойных систем». Теория двойных систем предполагает наличие двух уровней обработки информации и управления поведением. «Горячая» система является ассоциативной, быстрой, постоянно «включенной» и обеспечивает импульсивные тенденции в поведении. С другой стороны, «холодная» система работает медленнее, может функционировать только при наличии достаточного количества ресурсов (например, энергии, внимания) и с большей вероятностью инициирует рационализированное поведение (J. Evans, D. Kahneman, 2011). В соответствии с этой точкой зрения, самоконтроль определяется как механизм, который позволяет подавлять или ограничивать импульсы, исходящие от «горячей» системы, обеспечивая приоритет холодной (D. Gillebaart, M. De Ridder, 2018).

Другое близкое, но несколько иное толкование заключается в объяснении самоконтроля как способности отказаться от сиюминутной награды в пользу лучшей, но отсроченной перспективы (G. Ainslie, W. Mischel, K. Kirby, T. Herrnstein, 1975). Это определение включает в себя функцию подавления (торможения), требующего усилий, но является более широким в том смысле, что оно подчеркивает «дилемму самоконтроля» как конфликта между краткосрочным, немедленно приносящим удовлетворение вариантом (от которого необходимо удержаться) и долгосрочным вариантом с большим вознаграждением. Именно такое видение было заложено в основу Теории самоконтроля (Self-control theory), сформулированную Майклом Готтфредсоном и Трэвисом Хирши в 1990 году. «Теория самоконтроля» относится к классу «Теорий преступности» и несет идею о том, что большинство преступлений и правонарушений можно рассматривать как погоню за относительно быстрой и легкой выгодой или мгновенными удовольствиями, и поэтому правонарушения, как правило, значимо чаще совершаются людьми с относительно низким уровнем самоконтроля. Исследователи также приводят данные о том, что высокий самоконтроль прямо коррелирует с успешностью обучения, получением более престижной работы и высоких доходов, а также с более высоким уровнем здоровья в течение всей жизни.

В соответствии с силовой моделью самоконтроля (Baumeister, Heatherton, Muraven, 1996) самоконтроль рассматривается как способность менять собственные реакции, приводя их в соответствие со стандартами, идеалами, ценностями, социальными ожиданиями – и поддерживать стремление к долгосрочным целям. Наиболее значимое положение этой модели связано с феноменом «истощения Эго», согласно которому самоконтроль не есть устойчивая характеристика с неизменным уровнем, а является ресурсом, который, с одной стороны, может истощиться при длительном использовании и снизиться, а с другой стороны, может быть развит посредством определенных упражнений.

Таким образом, определение самоконтроля и спектра его функций остается дискуссионной темой во всех дисциплинах. При этом приведенные исследования демонстрируют высокий потенциал и необходимость дальнейших разработок в этом направлении, так как самоконтроль является основой саморегуляции, а проблема саморегуляции является ключевой для многих областей клинической психологии, в первую очередь – для практики судебной психолого-психиатрической экспертизы.

Литература

1. Сафуанов Ф.С. Научное творчество С.Я. Рубинштейн в период работы в Институте судебной психиатрии. Сообщение 1. Проблемы симуляции обвиняемых с психическими расстройствами (1947-1948) // Российский психиатрический журнал – 2016. – № 5. – С. 75-80.
2. Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата / Ф.С. Сафуанов. – М.: Издательство Юрайт, 2014. – 421с.
3. Харитоновна Н.К., Сафуанов Ф.С., Малкин Д.А. Экспертная оценка сделкоспособности по гражданским делам в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы: Пособие для врачей. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2005. – 30 с.

Тагильцева А. В., Лапшина М. В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ДИСПОЗИЦИЙ С ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия
Sujet2004@mail.ru

Ключевые слова: дезадаптивные схемы, личностные диспозиции

Tagiltseva A., Lapshina M.

THE RELATIONSHIP OF THE PERSONAL DISPOSITIONS AND CHARACTERISTICS OF EARLY MALADAPTIVE SCHEMES IN PERSONALITY DISORDERS

St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia
Sujet2004@mail.ru

Keywords: maladaptive schemes, personal dispositions

Введение. Переход к новой классификации расстройств личности в рамках МКБ-11, основанной на факторах «Большой пятерки», с одной стороны, предоставляет многообещающие перспективы в отношении стандартизации процедуры психологической диагностики, с другой – ставит перед исследователями целый ряд задач [2], одной из которых является выявление характерологических профилей представителей данной нозологической группы. Также важной задачей становится соотносить терапевтические мишени и стратегии с характерологическими профилями, в основе которых могут рассматриваться преобладающие личностные диспозиции. Так как в качестве одного из терапевтических подходов, обладающих доказанной эффективностью в отношении коррекции личностных расстройств, сегодня рассматривается схема-терапия, представляется актуальным исследовать как

параметры, используемые для описания дезадаптивных схем, соотносятся с описанием личностного профиля в терминах преобладающих личностных диспозиций.

А. Бэк указывал, что обладателям патологических характеров присущи ярко выраженные дезадаптивные когнитивные схемы, наслоения дисфункциональных убеждений. Вследствие систематической избирательной селекции и обработки информации, подкрепляющей имеющиеся схемы, формируются неэффективные стратегии совладания, что закономерно приводит к дезадаптации личности [1]. Дж. Янг, автор схема-терапии, несколько расширяет представления о роли дезадаптивных схем в возникновении личностных расстройств. В качестве оснований для их формирования и закрепления рассматриваются стиль эмоционального реагирования, ранний детский опыт и полнота удовлетворения базовых потребностей, возникающая дисгармония Я под влиянием формирующихся схем. Высказывает Дж. Янг и критику в адрес диагностических классификаций (DSM-IV), указывая, что они описывают скорее поведенческие реакции на схемы, но не рассматривают их содержания. Так как стратегии совладания, обусловленные схемой, могут меняться под воздействием жизненных обстоятельств, то описываемые как диагностически значимые особенности поведения не могут отвечать критерию стабильности во времени [3].

Материал и методы. Целью исследования являлось выявление взаимосвязи преобладающих личностных диспозиций с ранними дезадаптивными схемами, представлениями о себе и об окружающем мире, а также стратегиями совладающего поведения у лиц с расстройствами личности. Методы исследования: «Пятифакторный опросник личности» (5PFQ) Х. Тсуи в ад. Хромова, «Схемный опросник» (YSQ-S3R) Дж. Янга в ад. П. М. Касьяник и Е. В. Романовой, «Способы совладающего поведения» Лазаруса в ад. Т. Л. Крюковой, «Тест жизнестойкости» С. Мадди, в ад. Д.А. Леонтьева, «Шкала базисных убеждений» (WAS) Р. Янов-Бульман в ад. М. А. Падун и А. В. Котельниковой.

Объектом исследования выступили лица с диагнозом «расстройство личности» (F60) в возрасте от 20 до 30 лет (N=20). Исследование проводилось на базах СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №3», СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №7», ФГБУ «НМИЦ ПН им В.М. Бехтерева».

Результаты. По результатам математико-статистической обработки (кластеризация по методу k-средних) данных «Пятифакторного личностного опросника» испытуемые были разделены на две группы сравнения, которые далее были обозначены как «лица с преобладанием экспансивных характеристик» (N=11) и «лица, с преобладанием характеристик сдержанности» (N=9). Испытуемые первой группы сравнения отличались значимым преобладанием диспозиций «Экстраверсия», «Эмоциональная неустойчивость» и «Экспрессивность».

В ответах на вопросы анкеты, все испытуемые с расстройствами личности декларируют хороший уровень самопонимания, желание избавиться от нежелательных черт характера и понимание низкой эффективности предпочитаемой стратегии совладания «бегство от проблем», отмечают недостаток понимания со стороны других. Испытуемые сообщают, что часто оказываются в стрессовых ситуациях, требующих усилий для преодоления, а в качестве причин своих проблем часто указывают ошибки воспитания и психотравмирующий опыт детства.

При изучении преобладающих личностных диспозиций в группах сравнения выявлено, что у испытуемых с преобладанием экспансивных характеристик в факторе «Экстраверсия-интроверсия» ведущими подчертами являются: активность, доминирование и проявление чувства вины, а у испытуемых с преобладанием характеристик сдержанности – пассивность, подчиненность, замкнутость, избегание впечатлений и избегание чувства вины. В факторе «Эмоциональная неустойчивость» отмечаются значимые различия в выраженности под черт тревожности, депрессивности и эмоциональной лабильности, а в факторе «Экспрессивности» – в выраженности под черт любопытство, артистичность, пластичность.

У испытуемых обеих групп сравнения отмечается высокая представленность характеристик всех ранних дезадаптивных схем. Общими для обеих групп схемами с

повышенной напряженностью являются схема «Недоверия» и схема «Жестких стандартов». Основными схемами для испытуемых с преобладанием характеристик сдержанности являются: «Социальная отчужденность», «Подавление эмоций», «Покорность», «Жесткие стандарты», «Недоверие», «Неуспешность». Для испытуемых с преобладанием экспансивных характеристик ведущими схемами являются: «Поиск одобрения», «Покинутость», «Грандиозность», «Жесткие стандарты», «Негативизм», «Недоверие». Схемы «Покорность», «Подавление эмоций» больше актуальны для испытуемых с преобладанием характеристик сдержанности, а «Поиск одобрения» - для испытуемых с экспансивными характеристиками.

В системе базовых убеждений у испытуемых с расстройствами личности в обеих группах сравнения выявляется высокая степень недоверия к окружающему миру. При этом у испытуемых с преобладанием экспансивных характеристик значимо выше вера в собственную удачливость и ценность своего Я. Для испытуемых в обеих группах сравнения ведущей стратегией совладания является «Бегство-Избегание». Испытуемые с преобладанием характеристик сдержанности значимо чаще обращаются к стратегии «Дистанцирование» и реже – к стратегиям «Конфронтация» и «Положительная переоценка». Испытуемые с преобладанием экспансивных характеристик чаще прибегают к «Конфронтации» и «Положительной переоценке».

В группе испытуемых с преобладанием характеристик сдержанности обнаружена отрицательная связь фактора «Экстраверсия» с ранней дезадаптивной схемой «Эмоциональная депривированность». Таким образом, чем менее выражены черты экстраверсии, тем более свойственны представления о невозможности получить адекватную эмоциональную поддержку и заботу.

В группе лиц с преобладанием экспансивных характеристик показатели по фактору «Экспрессивность» положительно связаны со схемой «Недостаточный самоконтроль», таким образом данная диспозиция оказывается ассоциированной с чертами импульсивного поведения и низкой фрустрационной толерантностью. Также, чем выше показатели «Экспрессивности», тем менее выражено доверие к окружающему миру, но более представлено ощущение контроля над жизнью. Также у испытуемых этой группы с показателями «Жизнестойкости» положительно связаны характеристики фактора «Экстраверсии».

Выводы. Результаты исследования показывают, что при общей высокой напряженности всех ранних дезадаптивных схем, преобладании неадаптивных стратегий совладания и ограничивающих базовых убеждений, само содержание дезадаптивных схем и характер их взаимосвязи с представлениями о себе и мире, предпочитаемыми стратегиями совладания различаются у испытуемых с разными профилями личностных диспозиций. Наиболее информативными для предположений о содержании дезадаптивных схем в данном исследовании оказались различия по факторам «Экстраверсии» и «Экспрессивности», для выявления значения остальных факторов необходимо дальнейшее исследование на расширенной выборке.

Литература

1. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. Практикум по психотерапии. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
2. Гладисов Т. Г., Ткаченко А. А.// Синдромообразование при расстройствах личности: динамика или коморбидность?// Социальная и клиническая психиатрия -№1. -2020. – С. 88-95.
3. Янг Джеффри, Клоско Дж., Вайсхаар М. Схема-терапия. Практическое руководство. – М: Вильямс, 2020. – 464 с.
1. Beck A., Freeman A. Cognitive psychotherapy of personality disorders. Workshop on psychotherapy. – SPb .: Peter, 2002 .–544 p.
2. Gladisov T, Tkachenko A.// Syndromes formation in personality disorders: dynamics or comorbidity?// Social and clinical psychiatry -No. 1. -2020. – S. 88-95.

3. Young J., Klosko J., Weisshaar M. Scheme therapy. A practical guide. – М: Williams, 2020. –464 p.

Трушкина С.В.

ПСИХОДИАГНОСТИКА РАЗВИТИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ: ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ И ЗАРУБЕЖНЫЕ ПОДХОДЫ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия

trushkinasv@gmail.com

Ключевые слова: раннее детство, тесты развития, функциональное эмоциональное развитие, психическое здоровье

Trushkina S.V.

EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT DIAGNOSTICS: DOMESTIC AND FOREIGN APPROACHES

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

trushkinasv@gmail.com

Keywords: early childhood, developmental tests, functional emotional development, mental health

Цели и методы психологической диагностики в раннем возрасте (как, впрочем, и в любом другом) определяются конкретными задачами, которые стоят перед специалистом. Однако при обследовании ребенка раннего возраста можно выделить группу методик – так называемых тестов развития, которые можно считать относительно универсальными психодиагностическими инструментами, поскольку запрос на определение уровня развития в этом возрасте существует в большинстве клинических случаев. Основная задача этих тестов ответить на вопрос, развивается ли ребенок в соответствии с возрастными нормами или отстает от них. Тесты развития стали первыми стандартизированными психометрическими шкалами для детей младенческого и раннего возраста. В 20-е годы прошлого века А.Л. Гезеллом была разработана система психодиагностических тестов и показателей норм развития для детей от первых недель жизни до шести лет. Тогда же были выделены области развития, в отношении которых считалось нужным и возможным проводить измерения и вводить нормы возрастного развития. Тогда это были речь, моторика, адаптивное поведение и социально-личностное поведение. Позже традиция разделять единый процесс развития на ряд областей с целью их изолированного изучения легла в основу большинства западных подходов к диагностике психического развития детей в раннем возрасте. Например, среди современных западных тестов развития можно отметить шкалу CDI (Child Development Inventory), предназначенную для детей в возрасте от 14-ти месяцев до трех с половиной лет, оценивающую развитие в областях крупных движений, тонких движений, речи, понимания языка, социального развития и самообслуживания. Bayley Scale of Infant Development, инструмент, известный российским специалистам по раннему детству как «Шкалы Бейли», содержит набор шкал для определения показателей моторных, умственных и коммуникативных способностей, а также параметров темперамента.

Еще одной, не менее давней, традицией можно назвать выделение уровня интеллектуального развития ребенка в качестве основного показателя его развития, как, например, в Cattell Infant Intelligence Scale. Однако в последние десятилетия на Западе появилась устойчивая тенденция выделять в качестве базовых направлений развития в этом возрасте области эмоционального и социального развития ребенка. Ранее при определении успешности развития маленького ребенка акцент обычно ставился на сформированность у него моторных, речевых или бытовых умений и навыков. Тенденция отчетливо проявилась в ходе третьего пересмотра Шкал Бейли в 2006 году [4], в результате которого в качестве

самостоятельной шкалы в них были включены «Карты социально-эмоционального развития» С. Гринспена. Функциональное эмоциональное развитие понимается как возрастающая в процессе общения и взаимодействия с людьми способность ребенка регулировать свое поведение. Шесть из девяти стадий социально-эмоционального развития по С. Гринспену приходятся на младенческий и ранний возрасты. Одной из базовых способностей признается проявление ребенком совместного внимания, т.е. умения направлять свое внимание на то же, что и взрослый. Оно рассматривается как важнейший этап психического развития, поскольку на его основе позже развиваются все формы коммуникации, ориентация на реакцию взрослого, целенаправленность поведения и т.д. В рамках этого подхода о прогрессе в развитии судят не по умению застегивать пуговицы или срисовывать круг, а по появлению активного интереса к другому, стремлению к целенаправленному установлению отношений, способности к длительному организованному взаимодействию, способности совершать совместные действия, использованию символов и понятий для выражения мыслей и чувств и т.д. [1] Отставание в прохождении ребенком стадий социально-эмоционального развития является весьма информативным показателем при диагностике психических расстройств, в частности, раннего детского аутизма, что породило активный интерес к «Картам социально-эмоционального развития» среди западных детских психиатров.

В нашей стране в связи с малым количеством проводимых в последние десятилетия работ по разработке, адаптации и стандартизации новых методик определения уровня развития в раннем детстве ощущается серьезный дефицит современного психодиагностического инструментария. Высокой популярностью и востребованностью в системе дошкольного образования и учреждениях по оказанию психолого-педагогической помощи пользуется методика Е.А. Стребелевой «Диагностика познавательного развития детей раннего возраста», разработанная в 1994 году [3]. Методика создавалась в русле отечественного культурно-исторического подхода и базируется на его положениях о зоне ближайшего развития и предметной деятельности как ведущей в раннем возрасте. Культурно-историческая теория трактует процесс развития ребенка как присвоение им при посредничестве и помощи взрослого культурно заданных образцов действий. В соответствии с этим пониманием уровень развития ребенка оценивается двояко: как объем освоенных им знаний и умений, и как способность ребенка к продуктивному взаимодействию со взрослым, который является для него носителем культурных образцов. Поэтому при интерпретации результатов тестирования по Е.А. Стребелевой делаются выводы об интеллектуальном развитии ребенка и об особенностях его совместной деятельности со взрослым, включая способность ребенка к подражанию. Учет зоны ближайшего развития дает специалисту возможность более полно оценивать возможности и перспективы коррекционной работы.

«Диагностика психического развития детей от рождения до трех лет», разработанная в 2000 году авторским коллективом Психологического института РАО под руководством Е.О. Смирновой [2], также опирается на теоретическую базу отечественной психологической школы. Этот диагностический инструмент создавался с целью исследования целостных форм психической активности ребенка, а не диагностики отдельных сфер развития. Такими целостными формами, по мнению авторов методики, являются общение ребенка со взрослым и соответствующая возрасту ведущая деятельность – предметная. Предметная деятельность может протекать в форме как самостоятельных действий ребенка с предметами, так и совместной деятельности со взрослым, что предполагает достаточный уровень развития ситуативно-делового общения. Авторами определены параметры, по которым проводится оценка уровня развития детей младенческого и раннего возраста. Три из них относятся к развитию общения ребенка со взрослым: уровень инициативности ребенка в общении, уровень его чувствительности к воздействиям взрослого и уровень владения средствами общения, включая речь. Еще три параметра характеризуют развитие предметной деятельности ребенка: виды действий с предметами, уровень познавательной активности и степень включенности предметной деятельности в общение со взрослым. В целом использование «Диагностики...» позволяет собрать богатый эмпирический материал и оценить такие важные параметры

развития как инициативность ребенка в общении, его чувствительность к воздействиям взрослого, ориентация на оценку взрослого, стремление действовать по образцу, развитие вербальных и невербальных средств общения, уровень развития игры и многое другое.

Приведенные в качестве примеров западные и отечественные методики иллюстрируют разницу методологических подходов к определению уровня развития детей в раннем возрасте. И те и другие формально являются тестами развития. Однако как само понимание процесса развития, так и выделение его параметров, на оценку которых направлены методики, существенно различаются в зависимости от научной школы или господствующей традиции. Для психолога, использующего в своей работе тесты развития для детей раннего возраста, бывает полезным ориентироваться в этих различиях, что дает ему возможность осознанно и гибко подходить к диагностике развития.

Литература

1. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. Пер. с английского. М.: Теревинф, 2013.
2. Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет. Методическое пособие для практических психологов. СПб: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2005.
3. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: метод, пособие под ред. Е. А. Стребелевой. М.: Просвещение, 2004.
4. Bayley Scales of Infant and Toddler Development (Third Edition) [Электронный ресурс] https://datadictionary.nhs.uk/nhs_business_definitions/bayley_scales_of_infant_and_toddler_development_third_edition.html Дата обращения 01.10.2021

Фанталова Е.Б.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ КОНФЛИКТОВ В ОБЩЕЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

МГППУ, Москва, Россия
elelnafantal@yandex.ru

Ключевые слова: внутренний конфликт, ценность, доступность, методики

Fantalova E.

METHODS OF RESEARCH OF INTERNAL CONFLICTS IN GENERAL AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
elelnafantal@yandex.ru

Keywords: internal conflict, value, accessibility, methods

В настоящей работе мы хотели показать многообразие и различие исследований внутренних конфликтов (ВК) у человека. Цель данной статьи состоит в том, чтобы увидеть, что разные методы исследования ВК взаимодополняюще характеризуют его уникальность и содержательное значение, и помогают, таким образом, найти оптимальные пути для психотерапевтического вмешательства в каждом конкретном случае. Для реализации поставленной цели можно предложить одновременное использование четырех методик, позволяющих в совокупности исследовать как внешние, так и внутренние конфликты человека, зачастую содержательно связанные между собой. Коротко раскроем их содержание, психодиагностические и психотерапевтические возможности, и затем их возможные взаимосвязи.

Методика «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» (Фанталова Е.Б., 2015) [5].

Внутренний конфликт (ВК) – это рассогласование между **хочу** и **могу** при высокой Ц (ценность) и низкой Д (доступность) (Ц↑Д↓) объекта конфликта. Наиболее оптимальным, с нашей точки зрения, в плане уже известных классификаций конфликтов здесь будет привлечение классификации внутриличностных конфликтов Курта Левина [2], использованной впоследствии А.Р. Лурией при экспериментальном исследовании конфликтов [3]. В нашей работе это вариант ВК «приближение—удаление. «Высокая ценность» по отношению к выбранному объекту обладает, согласно К. Левину, высокой положительной валентностью объекта, а «низкая доступность», соответственно, высокой отрицательной валентностью по отношению к нему. В итоге получается, что предложенное автором соотношение Ц↑Д↓ в условиях ВК соответствует соотношению «Ц + Д–» согласно теории поля К. Левина, и может быть расценено как одновременное воздействие «привлекательности» и «непривлекательности» одной и той же цели на субъекта. Следует отметить, что к настоящему моменту имеется большое количество исследований с использованием методики УСЦД для выяснения специфики внутренних конфликтов, адаптации, типов смыслообразования, ценностных установок. В этих исследованиях методика применялась как в оригинальном, так и в модифицированном варианте. На конкретном примере, в случае ВК в семье, последняя обладает высокой Ц и низкой Д.

«Методика Незаконченных предложений» Сакса и Леви [4]. Конфликт в семье при высоких баллах негативного отношения к ней отражается в следующих высказываниях: «По сравнению с большинством других семей моя семья неблагополучная»; «Моя семья обращается со мной как с изгоем»; «Большинство известных мне семей распались»; «Когда я был ребенком, моя семья мной не занималась»

«Методика диагностики межличностных отношений» Тимоти Лири [4]

При отрицательном отношении к семье и конфликте в ней понятие «Моя семья» характеризуется выраженностью «холодных октант» (*властный-лидирующий, независимый-доминирующий, ямолинейный-агрессивный, недоверчивый-скептический*) при малом присутствии «теплых» (*покорный-застенчивый, зависимый-послушный, сотрудничающий-конвенциональный, ответственный-великодушный*).

«Методика семантического дифференциала» (Джагинов Е.А. с соавт.) [1]

В данной методике осуществляется количественное и качественное индексирование значений при измерении отношении личности к различным ценностным объектам. Итоговый показатель методики – Евклидово расстояние, которое означает расстояние между двумя точками в многомерном семантическом пространстве. Чем оно выше, тем менее связаны между собой исследуемые объекты. При выраженном (согласно психометрическим стандартам) Евклидовым расстоянии между объектами «Я» («Идеал Я») и «Моя семья» выявляется как внешний, так и внутренний конфликт личности в семейных отношениях.

Обобщая содержание всех перечисленных выше методик, можно заключить, что исследование внутренних конфликтов требует различных методических подходов, которые в совокупности наиболее полно раскрывают следующие компоненты: сфера ВК, выраженность ВК, социальная регуляция и межличностные отношения при ВК. Учитывая полученные психодиагностические данные, возможно оптимальным образом наметить психотерапевтическое и психокоррекционное вмешательство при имеющихся внутренних конфликтах.

Литература

1. Джагинов Е.А., Воробьев Г.В., Шеремета В.М. Методика для изучения межличностных отношений больных, перенесших инфаркт миокарда / Е.А.Джагинов // Психологический журнал. — 1982. — №3. — С. 93-99.
2. Левин, К. Типы конфликтов / К. Левин // Психология личности: тексты / под. Ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузыря. – М., 1982. – С. 93- 96.
3. Лурия, А. Р. Экспериментальные конфликты у человека / А. Р. Лурия // Проблемы современной психологии: учен. Зап. Моск. Гос. Ин-та экспериментальной психологии. – М.; Л., 1930. – С. 98-137.

4. Практическая психодиагностика : методики и тесты : [учебное пособие] / ред.-сост. Д.Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 2017. – 672 с

5. Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва; Берлин: Директ-Медиа, 2015. – 72 с.

Харитоновна Н.К., Русаковская О.А.

СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПРОТОКОЛ КЛИНИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ О ЛИШЕНИИ, ОГРАНИЧЕНИИ, ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕЕСПОСОБНОСТИ

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

rusakovskaya.o@serbsky.ru

Ключевые слова: недееспособность, восстановление дееспособности, судебно-психиатрическая экспертиза, методы

Kharitonova N.K., Rusakovskaya O.A.

STANDARDIZED PROTOCOL OF CLINICAL CONVERSATION DURING FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION IN CASES OF DEPRIVATION, RESTRICTION, RESTORATION OF LEGAL CAPACITY

V.Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

rusakovskaya.o@serbsky.ru

Keywords: incapacity, restoration of legal capacity, forensic psychiatric examination, methods

Как показывает анализ показателей деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации, за последние 5 лет увеличилось количество судебно-психиатрических экспертиз в гражданских делах по заявлениям о лишении, восстановлении, ограничении дееспособности. Это увеличение отмечается, преимущественно, за счет роста количества дел по заявлениям об ограничении и восстановлении дееспособности [2]. В соответствии с российским законодательством, судебно-психиатрическая экспертиза по делам об изменении гражданско-правового статуса в связи с психическим расстройством является обязательной. Основным методом судебно-психиатрического исследования является клинико-психопатологический, предполагающий изучение анамнестических данных, оценку имеющихся симптомов психического расстройства и результатов экспериментально-психологического исследования, беседу, направленную на оценку уровня социального функционирования. В настоящее время одной из реализуемых в рамках государственного задания задач является создание комплексных диагностических систем, обеспечивающих обоснованность и доказательность оценки юридически значимых расстройств в условиях судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. Подобная задача предполагает более широкое использование, наряду с традиционным клинико-психопатологическим подходом, стандартизированных методов судебно-психиатрического исследования. Такие методы, позволяющие фокусировать клиническую оценку на более релевантных функциональных способностях, широко распространены в зарубежной практике [6, 3, 4].

С целью стандартизации клинической беседы, направленной на исследование юридически значимых способностей при проведении судебно-психиатрических экспертиз по делам об изменении гражданско-правового статуса, в Отделе судебно-психиатрической экспертизы ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в качестве дополнительного инструмента обследования разработан стандартизированный протокол экспертного обследования [5].

Протокол включает 7 блоков оценки.

Первый блок – Информация общего характера – включает личные данные испытуемого, в том числе установленные ему ранее диагнозы психического расстройства и сопутствующих хронических соматических заболеваний, требующих постоянного лечения и ухода; сведения о предмете искового заявления, об актуальном гражданско-правовом статусе и предпринимаемых ранее попытках его изменения.

Второй блок – Анамнез – включает основные сведения об истории жизни испытуемого (образовании, трудовой деятельности, наличии собственной семьи, злоупотреблении спиртными напитками или ПАВ, привлечении к уголовной ответственности) и формальные данные о психическом заболевании. Последние включают возраст начала заболевания, количество госпитализаций в психиатрические стационары в течение жизни, год поступления в стационарное учреждение социального обслуживания, если испытуемый проживает в психоневрологическом интернате.

Первый и второй блоки Протокола заполняются и со слов испытуемого, и по данным медицинской документации.

Третий блок Протокола позволяет отразить основные особенности актуального психического статуса испытуемого. Отмечаются сохранность способности к передвижению и сенсорных функций, особенности контакта, особенности речи, ведущий психопатологический синдром, определяющий психическое состояние в настоящее время. При заполнении этого пункта Протокола удобно в качестве дополнения к качественным характеристикам использовать Шкалу общего клинического впечатления (CGI-S) [1]. В отдельных пунктах блока даются характеристики интеллекта (сохранный, легкое снижение, умеренное снижение, глубокое снижение), памяти, мышления. В этих пунктах Протокола, для иллюстрации использованных врачом судебно-психиатрическим экспертом качественных характеристик, целесообразно фиксировать примеры ответов испытуемого. Отдельные пункты блока посвящены особенностям эмоциональной сферы и поведения, наличию или отсутствию актуального влечения к употреблению психоактивных веществ. Как сохраняемая, частичная, формальная или отсутствующая, оценивается критика к заболеванию с возможностью подробного раскрытия данного пункта. В отдельном пункте фиксируются планы испытуемого на ближайшее и отдаленное будущее, а также их адекватность. Делается заключение об адекватности оценки ситуации в целом (скорее, да; скорее, нет; нет) с подробным раскрытием оснований такого заключения.

Четвертый блок Протокола посвящен получаемой в настоящее время лекарственной терапии и более подробному описанию динамики заболевания в последние 3 года. Вопросы касаются предыдущих госпитализаций в психиатрические стационары, их количества, длительности, причин.

В пятом блоке Протокола фиксируются данные о сформированности элементарных школьных навыков, ориентировке в важных общественно-политических событиях, финансовых понятиях.

Шестой блок Протокола посвящен целиком социальной адаптации. Отдельные пункты касаются практических бытовых и инструментальных навыков, предпочитаемых способов организации свободного времени, ориентации на различные продуктивные виды деятельности (труд, хобби, получение образования, посещение различных спортивных кружков и секций, культурно-массовых мероприятий). В одном из пунктов отмечается, совершал ли испытуемый за последний год крупные покупки.

Седьмой блок Протокола касается социально-поддерживающего окружения испытуемого, его круга общения, отношений с родственниками.

Протокол стандартизированной клинической беседы был апробирован при проведении стационарных судебно-психиатрических экспертиз по делам об изменении гражданско-правового статуса в Отделе судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского», а также в рамках комплексного обследования получателей стационарных социальных услуг, проживающих в психоневрологических интернатах Нижегородской области.

Использование Протокола позволяет отразить в стандартизированной форме основные сведения об истории заболевания, актуальном психическом состоянии и социальном статусе испытуемого; структурировать беседу, направленную на оценку уровня социального функционирования при проведении судебно-психиатрической экспертизы по заявлениям о повышении гражданско-правового статуса; собрать дополнительную анамнестическую информацию, позволяющую более подробно оценить особенности социального функционирования; сравнить результаты, полученные при дополнительных и повторных экспертизах, а также при повторных обращениях в суд с заявлениями об изменении гражданско-правового статуса. Благодаря этому Протокол повышает доказательность экспертного заключения. Также, использование Протокола позволяет выявить те области, в которых испытуемый более всего нуждается в помощи и которые могут рассматриваться как мишени при его социальном обслуживании. Помимо этого, Протокол расширяет возможности проведения научных исследований.

Литература

1. Клиническая психометрика: учебное пособие / коллектив авторов; под ред. В.А. Солдаткина. – М.: КНОРУС, 2021. – 664 с.
2. Харитоновна Н.К., Русаковская О.А., Качаева М.А., Васянина В.И., Христофорова М.А. К истории судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Российский психиатрический журнал. – 2021. – № 3. – С. 13-24. – DOI 10.47877/1560-957X-2021-10302.
3. Харитоновна Н.К., Русаковская О.А., Королева Е.В., Васянина В.И. Проблема ограниченной дееспособности в России и за рубежом : Аналитический обзор. – Москва : Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, 2016. – 96 с.
4. Харитоновна Н. К., Русаковская О.А. Психометрические методики зарубежной судебно-психиатрической практики и их теоретическая основа // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 5. – С. 64-73.
5. Харитоновна Н.К., Русаковская О.А., Васянина В.И. Методика проведения судебно-психиатрической экспертизы при восстановлении дееспособности гражданина: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2021. – 32 с.
6. Grisso T. Evaluating Competencies. Forensic Assessments and Instruments. Boston, MA: Springer Science Business Media, Inc.; 2003. 553 p.

Хох И.Р., Тимербулатов И.Ф., Халфина Р.Р.

АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ИГРОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ АДДИКЦИИ (КИБЕРАДДИКЦИИ)

Башкирский государственный университет, Уфа, Россия
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Ключевые слова: аддикция, интернет-аддикция, психодиагностика

Khokh I.R., Timerbulatov I.F., Khabibullina I.R.

CURRENT APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF GAMING COMPUTER ADDICTION (CYBERADDICTION)

Bashkir State University, Ufa, Russia
Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Keywords: addiction, internet addiction, psychodiagnostics

Актуальность. В настоящее время активно развивается игровая индустрия, предоставляя пользователям персональных компьютеров и ноутбуков, приставок и даже мобильных телефонов неограниченное количество игр разных жанров. Вследствие такого разнообразия и количества игр многие индивиды погружаются в игровой виртуальный мир, нуждаясь в

ежедневных переживаниях и ощущениях, становясь тем самым зависимыми от них. Такие личности переносят свою жизнь в игровой мир, идентифицируя себя с вымышленными персонажами. По данной проблеме есть небольшое количество отечественных и зарубежных источников.

В настоящее время молодые люди активно осваивают технику и изучают виртуальные игровые миры в связи с особенностями возрастных периодов, развитием игровой индустрии и технологическим прогрессом, предоставляющим все более новые игры и удобный, легкий доступ к ним. Индивиды молодого возраста в той или иной мере зависимы от игр по причине того, что они находятся на пути к самоопределению, становлению мировоззрения, прохождению как положительного, так и отрицательного опыта, хотят попробовать себя в разных жизненных ситуациях – все это становится возможным посредством компьютерных игр.

Методы исследования. «Способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости» Юрьевой Л.Н. и Ботьбот Т.Ю., основанный на критерии Орзака М. По игровой компьютерной аддикции.

Эмпирическая база исследования составляет выборку из 129 человек (70 юношей, 59 девушек) в возрасте от 16 до 43 лет. Эмпирическое исследование проводилось в 2019-2020 гг. в г. Уфа, а также посредством сети интернет.

Результаты исследования и их обсуждение. *Риск компьютерной зависимости («нулевая стадия»)* характеризует их как людей, которые не имеют признаков зависимости и могут добровольно и самостоятельно отказаться от компьютерного/мобильного средства в любой момент, не испытывая дискомфорта и негативных последствий от отказа. *Данная стадия* присутствует у 4 респондентов групп «фильмо- и сериаломанов» (11%) и «социальных сетей» (3%).

«Просмотр фильмов и сериалов» в большей мере является по своей сути своеобразным замещением распространенного для всех телевидения, нежели особым пластом виртуальной реальности. Интернет-пространство предоставляет огромное количество ресурсов, с помощью которых является возможным просмотр сериалов и фильмов любого жанра и происхождения в режиме «нон-стоп», т.е. без продолжительных рекламных пауз и недельного ожидания последующих серий. Таким образом, можно предположить, что данный вид «интернет-активности» является наиболее безвредным в плане возникновения компьютерной зависимости.

«*Стадия увлеченности*» выражена в примерно равных долях в таких группах, как «сериало- и фильмоманы» (56%), «социальные сети» (55%), и «интернет-серфинг» (52%), которые имеют практически одинаковое количество респондентов на данной стадии в каждой из групп, наименее же увлеченными в значительной разнице выступают индивиды группы «компьютерных игр» (24%). Данные результаты могут свидетельствовать о том, что «социальные сети», «интернет-сайты», «развлекательный контент в виде фильмов и сериалов» носят менее «аддиктивный» характер, нежели «компьютерные игры».

Многофункциональность компьютеров и мобильных устройств наряду с интернет-сетью во всем привлекает современного человека: не нужно никуда ходить лишней раз, в чем-либо разбираться, тратить время и нервы – всего пара «кликов» клавиш и мы можем быстро и непосредственно в любом месте осуществлять общение посредством всякого рода социальных сетей и мессенджеров (например, “Vkontakte”, “Facebook”, “Twitter”, “WhatsApp”, “Telegram” и др.) одновременно с многими людьми, исследовать необъятное количество информации с помощью различных интернет-ресурсов, предоставляющих контент различного рода и направленности. Тем самым данные группы компьютерной зависимости характеризуются большей простотой действия, удобством и доступностью в любой момент времени при наличии интернета в сравнении с «компьютерными играми».

Игровая деятельность требует большей затраты времени, активизации ресурсов человека, что делает данный вид активности менее быстротечным и более затягивающим, в связи с чем основная игровая деятельность происходит непосредственно в комфортных и

непринужденных условиях, оказывая более сильное воздействие на индивидов. Таким образом, представители последней группы активнее переходят из «стадии увлеченности (аттачмента)» в «первую стадию» зависимости.

«Первая стадия» (риск развития компьютерной зависимости) распределилась среди респондентов всех групп, где «компьютерные игры» составили большую часть респондентов (74%), группы «интернет-серфинга» и «социальных сетей» занимают второе и третье место по риску возникновения серьезной зависимости (45-42%), последнее место занимает группа «сериало- и фильмоманов» (34%). Такое распределение повторно свидетельствует о том, что группа «сериало- и фильмоманов» выступает как наиболее «безопасная» и наименее вероятная для возникновения серьезной зависимости область. В группе «компьютерных игр» обнаружена тенденция к усилению влияния и воздействия на человека, что делает данный вид деятельности наиболее «аддиктивным» среди остальных групп.

В целом 50% всех респондентов имеют риск развития компьютерной зависимости, в связи с чем необходимо предпринимать определенные коррекционные мероприятия.

«Вторая стадия» зависимости обнаружена в данном случае как в группе «компьютерных игр» (3%), так и группе «интернет-серфинга» (3%). Данное явление показывает, что среди всего числа респондентов у 1% индивидов наблюдается наличие серьезной компьютерной зависимости, где аддикция ставится в качестве приоритетного вида активности наряду с удовлетворением физиологических потребностей, что требует непосредственных лечебных мероприятий.

Представителями «второй стадии» оказались студенты: девушка (18 лет) и молодой человек (20 лет), проводящие более 6 часов в сети за компьютерным или мобильным средством и проживающие в удовлетворительных условиях. Отсутствие личной жизни, профессиональной деятельности и, вероятно, стойких интересов и увлечений, наличие огромного количества свободного времени способствует тому, что данные индивиды пытаются найти что-то подходящее для себя в просторах сети-интернет и пробуют себя в различных ролях и жизненных ситуациях, смоделированных компьютерной реальностью.

Большая часть респондентов (35%) проводит более шести часов за своими увлечениями, включая 22% индивидов на «первой стадии» зависимости, 12% - на «стадии аттачмента» и даже 1% «нулевой стадии», относимый к группе «социальные сети» (Рис. 2.3). Такое явление «нулевой стадии» демонстрирует то, что зависимость от «социальных сетей» может иметь слабое воздействие даже при длительной затрате времени на данный вид деятельности, что, скорее всего, обусловлено высокой общительностью респондента.

Литература

1. Галиханова Г.В. Компьютерная и интернет-зависимость как основная проблема современного мира// В сборнике: Наука – шаг в будущее. Сборник научных трудов по материалам Всероссийской молодежной научно-практической конференции с международным участием. Отв. Редактор И.Р. Хох. 2020. С. 127-129.

2. Халфина Р.Р., Огуречников Д.Г., Махумутов И.С. Особенности аддиктивного поведения подростков// Проблемы современного педагогического образования. 2017. № 56-7. С. 354-361.

Христофорова М.А., Бирюкова Е.А., Русаковская О.А., Казарина Е.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА ВЕКслера В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия
spe-graj@yandex.ru

Ключевые слова: тест Векслера, умственная отсталость, судебно-психиатрическая экспертиза

Hristoforova M.A., Biryukova E.A., Rusakovskaya O.A., Kazarina E.V.
APPLICATION OF THE WECHSLER TEST IN FORENSIC ASSESSMENT

V.Serbtsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia
spe-graj@yandex.ru

Key words: Wechsler test, intellectual disability, forensic assessment

Согласно МКБ-10, основным диагностическим критерием умственной отсталости является «пониженный уровень интеллектуального функционирования, приводящий к недостаточной способности адаптироваться к повседневным запросам нормального социального окружения». При этом определение интеллектуального уровня должно быть основано «на всей доступной информации, включая клинические данные, адаптивное поведение и продуктивность по психологическим тестам», а определение диагностической категории – «на общей оценке способностей, а не на оценке какой-либо отдельной области или одного типа навыков» [3]. В соответствии с МКБ-10, для установления клинического диагноза умственной отсталости применение стандартизированных процедур является обязательным. Несмотря на то, что применяемый в России вариант теста Векслера давно требует пересмотра по содержательным параметрам, он по-прежнему является наиболее валидной методикой, позволяющей получить как количественную оценку интеллекта, так и выявить качественные характеристики познавательной деятельности путем проведения более дифференцированной обработки результатов [1, 2]. Проблема некорректного применения психометрических тестов интеллекта, являющаяся одной из причин гипердиагностики умственной отсталости в детском возрасте, неоднократно обсуждалась различными авторами. Указывалось, что такая гипердиагностика приводит к неверным заключениям медико-психолого-педагогических комиссий и необоснованному ограничению возможностей развития ребенка на этапе определения его дальнейшего образовательного маршрута [4, 5].

Цель настоящей работы – обсудить на примере экспертного случая применение теста Векслера в судебно-психиатрической практике.

Гражданское дело было возбуждено по иску гражданина Р. К психоневрологическому диспансеру и территориальной психолого-медико-педагогической комиссии о признании незаконными диагноза «Умственная отсталость легкой степени без дополнительных симптомов F70.09» и заключения ПМПК. Из анамнеза известно, что Р. Родился от нормально протекавшей беременности, родов, осложнившихся гипоксией плода, с оценкой 7/8 баллов по шкале Апгар. В раннем психомоторном развитии явно не отставал, фразовая речь появилась после 2 лет, большую часть времени проживал в деревне с бабушкой, детских дошкольных учреждений не посещал. В возрасте 7 лет был определен в первый класс городской общеобразовательной школы; через полгода в связи с семейными обстоятельствами переехал жить к бабушке, где, по заявлению родителей был оставлен на повторное обучение в первом классе. После 3 класса вновь переехал к родителям, вернулся в первую школу, где у него были выявлены трудности обучения, в связи с которыми родителям было рекомендовано обратиться в территориальную ПМПК. При обследовании после окончания 4 класса психолого-медико-педагогической комиссией был ситуативно тревожен, эмоции были неяркие. Был контактен, пассивен. Речь была не развернутой фразой, произношение чистое, словарный запас обеднен, предметно-глагольный, конкретный. Сведения о себе и семье, временные представления были «бессистемные», недостаточно точные и полные. Понимал простые предлоги и наречия. Читал по слогам, с ошибками, смешивал буквы. Письмо было на уровне списывания слов, в письме определялись аграмматизмы, словообразование было затруднено. Счет был на конкретном материале в пределах 10. Объем внимания был сужен, выявлялись затруднения переключаемости и распределения внимания. Работоспособность была снижена, темп деятельности был медленный. При исследовании мышления существенные признаки не выделял, простые аналогии на картинках не устанавливал, смысл пословиц и метафор понимал буквально, серию из трех сюжетных картинок разложил, смысл сюжета понял поверхностно,

рассказ был схематичный. Разъясняющая пошаговая помощь с показом была доступна. Бытовая ориентировка и навыки обслуживания были «достаточные». Ребенку был впервые установлен диагноз: «Умственная отсталость легкая. Дислексия, дисграфия смешанная». Рекомендовалось обучение по программе специального (коррекционного) образовательного учреждения VIII вида. При обучении по программе VIII вида Р. Почти по всем предметам успевал на «хорошо», имел «тройки» по письму и изобразительному искусству. На уроках старался. Читал бегло, выразительно. Содержание простых по смыслу прочитанных текстов усваивал, пересказывал достаточно подробно, высказывал своё отношение к поступкам героев, описываемым событиям. При письме допускал ошибки. На математике вычислительные операции выполнял, простые задачи решал самостоятельно, более сложные с помощью учителя. Нарушений дисциплины не допускал, в общении со взрослыми был вежлив, «друзей выбирал по авторитету». При осмотре врачом-психиатром в 9 классе Р. Охотно общался, настроение его было ровное, словарный запас достаточный, строил планы на будущее. Внимание и память были «достаточными». Кругозор, запас знаний соответствовал полученному образованию. Мышление было «ближе к конкретному». Диагноз был оставлен прежним, указывалось, что в лечении он не нуждается. Согласно школьной характеристике за 9-й класс, Р. Самостоятельно ориентировался в окружающем. По характеру был добрый, отзывчивый, трудолюбивый. Был коммуникабелен, умел войти в ситуацию. В отношениях со сверстниками предпочитал быть лидером. Когда ему делали замечания, вступал в прения, отстаивал свою точку зрения. Имелись трудности в самостоятельном планировании собственной деятельности. Старался избежать трудностей. Закончив на «хорошо» и «отлично» коррекционную школу, Р. Успешно закончил техникум, где получил две рабочих профессии: маляр и сварщик. От военкомата он был направлен на обследование в психиатрическую больницу, где ему был подтвержден установленный ранее диагноз. В отделении время проводил за просмотром телевизора. На вопросы отвечал по существу, был немногословен. Дистанцию соблюдал с трудом, не придавал значения обследованию. Был настроен на службу в армии. При экспериментально-психологическом обследовании общее состояние интеллектуально-познавательной деятельности оценивалось как пограничное: IQ – 71. Указывалось, что имеются признаки снижения нервно-психической устойчивости, недостаточно устойчивая мотивация к деятельности, процесс социализации в коллективе может быть осложнен появлением агрессивности и конфликтности.

Через месяц после выписки из больницы Р. Был проконсультирован клиническим психологом. При обследовании специалист использовал тест Векслера, по которому общий показатель IQ был 89 баллов, вербальный показатель 89 баллов, невербальный 92 балла. Клиническим психологом было дано заключение, что уровень интеллектуального развития соответствует «сниженной норме». В устной беседе психолог сообщил Р. И его родителям, что диагноз был изначально установлен неправильно, трудности обучения у ребенка были связаны с дисграфией, перевод на программу VIII вида был абсолютно необоснованным, после чего Р., при поддержке и с помощью родителей и юриста правозащитной организации, обратился в суд.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы дифференциальный диагноз проводился между легкой умственной отсталостью, легким когнитивным расстройством и невысоким уровнем интеллекта у психически здорового лица, обучавшегося по программе VIII вида. В связи с выявленными особенностями мышления в виде его сугубой конкретности; эмоционально-волевыми особенностями в виде низкой дифференцированности эмоциональных реакций, пассивности, бездеятельности был подтвержден диагноз легкой умственной отсталости.

В то же время, согласно диагностическим указаниям, при использовании надлежащих стандартизированных тестов по определению коэффициента умственного развития на легкую умственную отсталость указывают показатели в диапазоне 50-69. По нашему мнению, в судебно-психиатрической практике данное обстоятельство не может быть определяющим. Так, в случае Р. Необходимо учитывать, что тестирование, проведенное клиническим

психологом, проводилось повторно, через небольшой промежуток времени после первого тестирования, в связи с чем его результаты не могут считаться достоверными.

Литература

1. Зверева Н.В., Строгова А.А., Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В., Хромов А.И., Власенкова И.Н. Психометрическая оценка интеллекта у детей с нарушениями психического развития // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – Т. 115. – № 5-2. – С. 21-27. – DOI 10.17116/jnevro20151155221-27.;

2. Зверева Н.В., Строгова С.Е. Детский тест Векслера (WISC): экспертное и научное значение для детской клинической психологии // Ярославская психологическая школа: история, современность, перспективы: Сборник материалов Всероссийской научной конференции, Ярославль, 08–20 октября 2020 года / Отв. Редактор А.В. Карпов. – Ярославль: Общество с ограниченной ответственностью «Филигрань», 2020. – С. 597-601.

3. Русаковская О.А., Харитоновна Н.К., Райкес Б.С., Лазько Н.В., Гныря А.Н. Правоприменение экспертного заключения, рекомендующего ограничение дееспособности гражданина, имеющего интеллектуальные нарушения // Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сборник № 57 / Под редакцией Г.А. Фастовцова. – Москва: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, 2019. – С. 136-150.

4. Русаковская О.А., Володенкова Е.А., Калинкина В.А., Ромашкина Н.В. Результаты сплошного осмотра детей, проживающих в ДДИ Красноярского края // Будущее детей с особенностями психического развития (г. Москва, 28-29 ноября 2019 года). [Электронный ресурс]. Москва, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019. С. 222-225

5. Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л. Детские психоневрологические интернаты: (организационные проблемы и пути их решения) // Современные проблемы охраны психического здоровья детей: Научные материалы Всероссийской конференции, Волгоград, 24–26 апреля 2007 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2007. – С. 143-144.

Циомо Е.Е., Иванова Е.Г.

ДИАГНОСТИКА РАСПОЗНАВАНИЯ ПАНТОМИМЫ ПРИ АФАЗИИ

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Katy291@ya.ru

Ключевые слова: распознавание пантомимы, афазия, невербальная коммуникация

Tsiomo E., Ivanova E.

DIAGNOSIS OF PANTOMIME RECOGNITION WITH APHASIA

Pirogov Russian National Research Medical University,

Moscow, Russia

Keywords: pantomime recognition, aphasia, non-verbal communication

Аннотация. Согласно Фонду Борьбы с Инсультом в мире случается около 450 тысяч первичных инсультов в год. Основными последствиями после перенесенного инсульта являются двигательные нарушения по типу гемипареза и гемиплегии, а также речевые нарушения – собственно афазии (15-38 %) [2]. В рамках символического подхода сочетанное нарушение праксиса и речи объясняется дефектом «символической функции» или «асимболией» [3, 4]. Наличие невербальных трудностей коммуникации при нарушении речи [4,5] подчеркивает необходимость не только диагностики этих нарушений, но и их реабилитации в процессе восстановления коммуникативных способностей пациента. Отсутствие систематических исследований нарушения распознавания и воспроизведения пантомимы при афазиях указывает на необходимость изучения данного вопроса как в рамках

зарубежного, так и с точки зрения отечественного подхода. В связи с тем, что исследование распознавания пантомимы впервые проводится на русскоязычной популяции, интеграция зарубежного и отечественного опыта диагностики нарушений психических функций становится особенно актуальной задачей.

Практическая актуальность работы заключается в возможности развития подходов к диагностике и восстановлению речи, в основе которых лежит использование праксиса.

Цель исследования – выявление нарушений неречевой коммуникации при распознавании пантомимы у пациентов с динамической афазией.

Материалы и методы. Методы исследования включают в себя применение отечественных методик комплексного нейропсихологического обследования [1] (оценка состояния психических функций), методику на распознавание пантомим [3] Duffy et al. (1975). Были использованы три теста, которые требовали: (1) выбора соответствующего изображения объекта из четырех изображений после просмотра пантомимы; (2) указание на соответствующий объект на карточках с изображениями после прослушивания названного объекта; и (3) создание соответствующего названия для объектов на карточках. Тест на распознавание пантомимы позволяет избежать ограничений путем использования невербальных процедур для обучения человека в тестовом задании; оценки пантомимической компетентности через воспринимающие, а не выражающие каналы; использования только простой моторной реакции, то есть указания.

Методы математической и статистической обработки: выявление различий в уровне исследуемого признака (непараметрический критерий для несвязанных выборок U-критерий Манна-Уитни), корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена).

В исследовании принимали участие пациенты с динамической афазией (17 пациентов), а также контрольная группа людей (16 человек), не имеющих органической патологии головного мозга. Всеми участниками было подписано информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Результаты. При статистическом анализе результатов выполнения теста на распознавание пантомимы были выявлены достоверные различия ($p = 0,008$) между участниками контрольной (ср.знач = 0,125) и экспериментальной групп (ср.знач = 2, 588). Также были выявлены значимые взаимосвязи между тестом на распознавание пантомимы и нейропсихологическими пробами, тестом на наименование пантомимы, наличием афазии. Так, были установлены значимые взаимосвязи между успешностью распознавания пантомимы и кинестетическим оральным праксисом ($r_s = 0,659$, при $p \leq 0,01$), кинестетическим мануальным праксисом ($r_s = 0,426$, при $p \leq 0,05$) и праксисом поз по зрительному образцу ($r_s = 0,418$, при $p \leq 0,05$), что может указывать на то, что чем сильнее нарушена кинестетическая основа движения, тем хуже будут выполняться задания на распознавание пантомимы. Также были выявлены значимые взаимосвязи между распознаванием пантомимы и пробами на регуляторный праксис: реакция выбора ($r_s = 0,804$, при $p \leq 0,01$) и конфликтная реакция выбора ($r_s = 0,584$, при $p \leq 0,01$). Основываясь на полученных корреляциях, можно предположить, что в основу пантомимы как средства невербальной коммуникации входят также кинестетическая и регуляторная основы движений. Соответственно, в процессе диагностики можно будет наблюдать нарушения символического праксиса в виде трудностей распознавания пантомим при нарушении кинестетического или регуляторного праксиса.

При анализе данных, полученных при выполнении проб на речевую функцию, были выявлены значимые взаимосвязи между распознаванием пантомимы и речевыми нейропсихологическими пробами (спонтанная речь $r_s = 0,581^{**}$, название $r_s = 0,602^{**}$, повторение слов $r_s = 0,555^{**}$, понимание слов $0,354^*$, понимание логико-грамматических конструкций $r_s = 0,586^{**}$, письмо $r_s = 0,625^{**}$, чтение $r_s = 0,584^{**}$, при $^{**}p \leq 0,01$, $^*p \leq 0,05$), слухоречевым запоминанием (максимальное количество слов в пробе «10 слов» $r_s = 0,571$, при $p \leq 0,01$, количество слов в ретенции $r_s = 0,428$, при $p \leq 0,05$), а также тестом на наименование пантомимы ($r_s = 0,565$, при $p \leq 0,01$). Также были выявлены значимые корреляции между

способностью распознавания пантомимы и наличием динамической ($r_s = 0,554$, при $p \leq 0,01$) и эфферентной моторной афазии ($r_s = 0,392$, при $p \leq 0,05$) в нейропсихологическом статусе.

Полученные результаты не только подтверждают гипотезу о наличии сочетанных нарушений вербальной и невербальной сторон общения, но и подчеркивают необходимость использования методов диагностики распознавания пантомимы при речевых нарушениях. Предложенный методический материал (методика распознавания пантомимы Даффи) может быть использован в качестве диагностического при выявлении нарушений невербальной коммуникации. Несмотря на то, что указанный диагностический материал до настоящего исследования был использован только на англоязычной выборке, результаты исследования подтверждают, что его также можно использовать и на русскоязычной выборке по причине отсутствия в пробах культуральной специфики и языкового компонента. Субтест методики на распознавание пантомимы может быть использован при диагностике символического праксиса даже при работе с пациентами с тяжелыми нарушениями речи, так как исключает использование речи при выполнении заданий. Однако следует учитывать наличие сочетанных нарушений вербальной и невербальной сторон общения при использовании предложенного теста.

Выводы. 1. Установлены взаимосвязи между успешностью выполнения заданий на распознавание пантомимы и нейропсихологическими пробами, оценивающими: устную речь; письменную речь; понимание обращенной речи; кинестетический праксис; регуляторный праксис. 2. Установлено, что у пациентов с динамической афазией отмечаются нарушения распознавания пантомимы. 3. Тест распознавания пантомимы (Duffy, 1975) может выступать в качестве диагностического материала для исследования распознавания пантомимы у пациентов с афазией.

Литература

1. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования/ Методическое пособие, СПб: Издательство «Речь» - 398 с.
2. Фонд Борьба с Инсультом – [Электронный ресурс] URL: <https://orbifond.ru/stroke/> дата обращения 14.05.2020
3. Duffy R.J. and Betty Z. Liles A Translation of Finkelnburg's (1870) Lecture on Aphasia as "Asymbolia" with Commentary/ Journal of Speech and Hearing Disorders 1 May 1979
4. Duffy R.J., Duffy J.R. and Karen Leiter Pearson Pantomime Recognition in Aphasics/ Journal of Speech and Hearing 1975
5. Yang Z.H., Zhao X.Q., Wang C.X. et al. Neuroanatomic correlation of the post-stroke aphasia studied with imaging // Neurol. Res. 2008. Vol. 30. № 4. P. 356–360.

Щелкова О.Ю.¹, Усманова Е.Б.², Исурин Г.Л.¹

ПСИХОДИАГНОСТИКА В ОНКООРТОПЕДИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия
Olga.psy.pu@mail.ru
gisurina@yandex.ru

² ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия
usmanovakate@ya.ru

Ключевые слова: психодиагностика, качество жизни, онкоортопедия

Shchelkova O. YU¹. Usmanova E.B.² Isurina G.L.¹

PSYCHODIAGNOSTICS IN ONCOORTHOPAEDIC CLINIC

¹Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia,
²N.N. Blokhin Cancer Research Center, Moscow, Russia

Keywords: psychodiagnostics, quality of life, oncoorthopaedics

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 19-013-00154 А

Исследования в клинике опухолевого поражения костей представляют относительно новое, быстро развивающееся направление в отечественной клинической психологии, и к настоящему времени уже наметились основные этапы развития методологии психологической диагностики в клинике опухолевого поражения костей опорно-двигательного аппарата.

Находится в процессе становления и развития, в котором условно можно выделить три основных этапа.

Первый этап – традиционный, на котором, как и в случае другой онкологической патологии [4], происходит интенсивное внедрение идей и методов клинической психологии в лечебно-восстановительный процесс, анализируется широкий круг индивидуально- и социально-психологических характеристик пациентов, основные параметры их качества жизни с целью поиска опор для профессиональной психологической помощи в условиях хронического заболевания, резко ограничивающего жизненные возможности и перспективы человека. В соответствии с методологией и традициями клинко-психологического подхода в психодиагностике, предполагающего углубленный и индивидуализированный характер исследования, сочувственное отношение к пациенту, особое внимание уделяется раскрытию отношения к болезни и лечению, а также личностного смысла заболевания, его места и значения в ценностно-смысловой системе пациента [5;2;3].

В соответствии с этим, в ранее проведенных нами исследованиях был изучен психологический статус (эмоциональное состояние, особенности личности, копинг-стратегии, смыло-жизненные ориентации) пациентов с опухолевым поражением костей в сопоставлении с психологическими характеристиками больных с другой онкологической патологией, изучены основные параметры качества жизни и их связь с психологическими характеристиками пациентов с разными формами опухолевого поражения костей, влияние отношения к болезни на качество жизни таких пациентов [1], а также специфика взаимосвязи этих конструктов (качество жизни и отношение к болезни) при разных нозологических формах онкоортопедической патологии [6].

На втором этапе в русле дальнейшего развития методологии психологической диагностики в соматической клинике [3] рассматриваются подходы к изучению субъективного аспекта качества жизни при хронических заболеваниях в интеграции с описанными ранее механизмами психологической адаптации болезни. Таким образом, в настоящее время актуальным является рассмотрение в системном единстве – в единстве и взаимодействии – различных аспектов психического и социального функционирования пациента, характеризующих качество жизни в условиях болезни, и механизмов психологической адаптации.

Третий этап – перспективы развития методологии психологической диагностики в клинике опухолевого поражения костей – предполагает дальнейшую интеграцию медико-биологических, клинических, психологических и социальных факторов адаптации личности к болезни и лечению. В частности, в современных условиях необходимо учитывать возможности и эффекты высокотехнологичного лечения (в том числе с применением 3D-технологий), резко меняющие характер жизнедеятельности и отношение к ней пациентов с опухолевым поражением костей.

Важной целью исследований в этой области является определение наиболее значимых психологических, социальных и клинических (связанных с особенностями заболевания и оперативного лечения) факторов оптимизации качества жизни больных. Так, конкретными задачами психологического исследования данной категории пациентов при использовании названных методов лечения могут стать:

1) изучение основных характеристики функционального состояния и основных ограничений жизнедеятельности (включая субъективную оценку интенсивности болевых ощущений, объективную врачебно-экспертную оценку болевого синдрома, оценку функции

ходьбы и др.) больных с опухолевым поражением костей в период до и после хирургического лечения;

2) изучение динамики основных параметров качества жизни (включая субъективную удовлетворенность физическим, психическим и социальным функционированием) больных, перенесших эндопротезирование в связи с онкологическим поражением костей;

3) изучение взаимосвязи клинических характеристик (характер опухоли – злокачественная, доброкачественная, метастатическая; характер прогноза; объем хирургического лечения; интра- и послеоперационные осложнения и др.) и основных параметров качества жизни больных с онкологическим поражением костей в восстановительном периоде после эндопротезирования;

4) изучение психологических характеристик (особенности эмоционального состояния, личности, мотивационно-смысловой сферы и системы значимых отношений (включая комплаенс и зоны максимальной социальной фрустрированности, стратегии стресс-преодолевающего поведения), и их взаимосвязь с основными параметрами качества жизни пациентов с опухолевым поражением костей, перенесших хирургическое лечение;

5) изучение взаимосвязи психологических, социальных, клинических характеристик с основными параметрами качества жизни больных с опухолевым поражением костей;

6) сопоставление динамики параметров качества жизни (включая основные объективные ограничения и субъективную удовлетворенность жизненным функционированием) пациентов с опухолевым поражением позвоночника, перенесших разные виды хирургического лечения – ламинэктомию и вертебропластику;

7) определение с помощью методов математической статистики клинических, социальных и психологических характеристик, наиболее значимых для оптимизации качества жизни больных с опухолевым поражением костей после перенесенного хирургического лечения;

8) разработка на основании результатов эмпирического исследования основных направлений психологического сопровождения и оптимизации качества жизни больных с опухолевым поражением костей и позвоночника после хирургического лечения (эндопротезирования, ламинэктомии, вертебропластики).

Реализация этих задач, на наш взгляд, не только соответствует современному технологическому уровню онкоортопедии, но и поднимает психологическую диагностику в этой области на новый методологический уровень, так как предполагает изучение психологического статуса и качества жизни пациентов в неразрывной связи с клиническими характеристиками, особенностями и эффектами проведенного лечения, обеспечивая тем самым индивидуализированный, понимающий и раскрывающий подход к каждому пациенту, соответствующий лучшим традициям отечественной медицинской психологии

Литература

1. Shchelkova O.Y., Usmanova E.B. Quality of life and relation to disease in patients with bone sarcoma // *Psychology in Russia: State of the Art*. 2015. V. 8. № 1.
2. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск.: КГМУ, 2011. 572 с.
3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб.: Речь, 2011. 271 с.
4. Онкопсихология / Н.В. Тарабрина, О.А. Ворона, М.С. Курчакова [и др.]. М.: Институт психологии РАН, 2010. 176 с.
5. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. — 287 с.
6. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Качество жизни и отношение к болезни при разных формах опухолевого поражения костей // *Петербургский психологический журнал*. 2017. № 19. С. 1-38.

РАЗДЕЛ 4. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДИАГНОСТИКИ В РАЗДЕЛАХ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Азатян Н.Г.

ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С УЧЕТОМ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

ЕрГМУ им.М.Гераци,
Ереван, Армения
naira_gurgenovna@mail.ru

Ключевые слова: качество жизни, ишемическая болезнь сердца

Azatyany N.G.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE BASED ON THE PARAMETERS OF THEIR LIFE QUALITY

YSMU after M.Heraci
Yerevan, Armenia
naira_gurgenovna@mail.ru

Key words: quality of life, ischemic heart disease

В медицине и клинической психологии в контексте оптимизации профилактики, лечения и реабилитации различных заболеваний, а также повышения качества жизни больных наиболее приемлемой считается холистическая модель. В рамках данной модели рассматриваются в системном единстве биологический, психологический, социальный и духовный уровни функционирования человека. Наиболее ярко сущность холистического подхода прослеживается в работе с психосоматическими больными. Традиционно к психосоматическим заболеваниям принято относить ишемическую болезнь сердца, которая на сегодняшний день продолжает удерживать первенство не только среди всех болезней сердечнососудистой системы, но и в структуре общей заболеваемости, смертности и инвалидизации населения не только в Армении, но и во всем мире [2].

На сегодняшний день многочисленные исследования указывают на повышенную распространенность данного заболевания среди лиц молодого возраста. Во многом это может быть связано с особенностями жизни современного человека, такими как постоянное эмоциональное напряжение, стресс, социальная нестабильность, нездоровый образ жизни, депрессия. В современном обществе постоянно растут требования к личности, как активному члену общества.

В медицине важна не только проблема выживаемости на фоне проводимой терапии, но и поддержание оптимального качества жизни пациента.

Согласно Всемирной организации здравоохранения качество жизни определяет как индивидуальное восприятие человеком своей позиции в жизни в контексте с культурной средой и системой ценностей, в которой проживает индивид, и в соответствии с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями [1]. Многими авторами это понятие описывается как определяющие здоровье критерия: физические, психические и социальные. Принято также выделять объективную сторону качества жизни, которая отражает актуальное соматическое и психологическое состояние пациента, особенности его поведенческой активности, материальное и социальное положение, трудовой и семейный статус; и субъективную, где основное значение отводится степени удовлетворенности своей жизнедеятельности в связи с ситуацией болезни [4].

Учитывая психологические особенности больных с ишемической болезнью сердца, необходимо отметить, что и качество жизни данных больных отличается как от качества жизни больных с другими психосоматическими заболеваниями, так и от качества жизни здоровых людей. Во многом оно связано как с преморбидной личностью больного, так и с самим течением заболевания. Низкая неудовлетворенность качеством жизни встречается в основном у больных с тревогой, депрессией, сильным эмоциональным напряжением, с низкой стрессоустойчивостью. При наличии всех вышеуказанных факторов психореабилитация таких больных должна рассматриваться с учетом коррекции таковых.

Ишемическая болезнь сердца всегда сопровождается выраженным стрессом с различными эмоциональными реакциями и психопатологическими нарушениями. Основной задачей психологической реабилитации является закрепление и поддержание ранее достигнутого эффекта, а также поддержания у больного его мотивацию к выздоровлению. Исследования подтверждают положительное влияние психотерапии и психокоррекции на тревожные, депрессивные и иные эмоционально-негативные состояния у кардиологических пациентов, что существенно, поскольку облегчает страдания больного независимо от того, приводит ли данная психологическая динамика к улучшению медицинского прогноза или нет.

Психосоматические заболевания достаточно часто сопровождаются психическими изменениями, значительно затрудняющими проведение реабилитации. Они не позволяют добиться достойного качества жизни больных как конечной цели реабилитации. Психические изменения в ряде случаев сопровождаются эмоциональными расстройствами, оказывающими негативное влияние на основной патологический процесс (например, повышенный уровень тревоги может приводить к усилению коронарной недостаточности) [3]. А это создает дополнительное препятствие на пути к реабилитации. Показано, что особенности личности и психологической реакции на болезнь, отношение к лечению и реабилитации, к возвращению к труду и при нормальном психическом состоянии оказывает мощное влияние не только на процесс психологической реадaptации, но и на все другие составляющие реабилитации. Больные с нормальным психологическим статусом тоже нуждаются в психореабилитации, в психологической поддержке, в помощи при формировании адекватных реакций на заболевание и его лечение, в создании установок на активное участие в программах реабилитации.

В рамках психореабилитации учитываются свои объекты и методы диагностики и коррекции. Объектом (и, конечно же, субъектом) реабилитации прежде всего являются больные.

При проведении психореабилитации важно знать: а) особенности психологического состояния больных и его динамику при данном заболевании; б) природу психологических изменений на разных этапах заболевания, его диагностики и лечения; в) факторы, влияющие на процесс психологической реадaptации. Все вышеуказанное поможет улучшить не только психический и физический статус больного, но и значительно повысить уровень качества жизни.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения, www.who.int
2. Кувшинова Н.Ю. Оценка качества жизни больных ишемической болезнью сердца во взаимосвязи с эмоционально-личностными характеристиками // Известия Самарского научного центра РАН. – Т.12. №3(2), 2010. Педагогика и Психология. – С.397- 401. (0,5 п.л.).
3. Перминас А., Аусманене Н., Гоштаутас А. и др. Эффективность ранней психологической реабилитации госпитализированных больных ишемической болезнью сердца. Кардиология 2004; 7: 35—39.
4. Хадгезова А.Б., Айвазян Т.А., Померанцев В.П. и др. Динамика психологического статуса и качество жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода // Кардиология. -1997. - № 1. - С. 37-40.

Бауэр Е.А.

НЕКОТОРЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ В РАБОТЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА И ПСИХОЛОГА И СПОСОБЫ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Медицинский центр доктора Кауша, Кельн, Германия
rsmirr@mai.ru

Ключевые слова: психогигиена, профессиональные риски, эмоциональное выгорание

Bauer Elena A.

SOME PROFESSIONAL RISKS IN THE WORK OF THE PSYCHOTHERAPIST AND PSYCHOLOGIST AND METHODS TO OVERCOME THEM

Dr. Kausch'S Medical Center, Cologne, Germany,
rsmirr@mail.ru

Keywords: psychic hygiene, professional risks, burnout

Как известно, профессия психотерапевта и психолога связана со значительной психоэмоциональной нагрузкой, роль которой нередко недооценивается. Психотерапевты и психологи ежедневно сталкиваются с психическими проблемами пациентов и, как показывают различные исследования, сами подвергаются риску эмоционального выгорания, возникновения депрессии, страхов, суицида и злоупотребления наркотическими веществами [4; 5]. Часто признание этих проблем связано для многих с доказательством своей профессиональной некомпетентности.

Очень важно учитывать и предупреждать риски, неизменно возникающие в работе психолога и психотерапевта. При этом хотелось бы выделить некоторые важные аспекты, а именно психоэмоциональную нагрузку, роль психогигиены и заботы о себе как важной составляющей работы психотерапевта и психолога, дисфункциональное поведение и правила, позволяющие его изменить. Речь идет о внутренних установках психотерапевта и психолога, о желании соответствовать образу всезнающего и компетентного специалиста. Хотелось бы при этом подчеркнуть аспект удовлетворения нарциссических потребностей, а именно потребностей в признании, похвале, положительной оценке вплоть до восхищения и идеализации со стороны пациентов. Определенную роль здесь могут играть также желание власти и контроля, удовлетворение потребности в любопытстве, социальных контактах через общение с пациентами. Недостаточная дистанция с пациентом, чрезмерная вовлеченность в его жизнь, зависимость от него, избегание конфликтов с пациентом, чтобы не подвергать риску уже сложившееся общение, также являются факторами риска и приводят к чрезмерной психоэмоциональной нагрузке и снижению качества психотерапевтической работы. Как следствие, возникает чувство опустошенности, неудовлетворенности, раздражительность, повышается риск эмоционального выгорания, возникновения депрессии, страхов. Психотерапевт и психолог оказываются в замкнутом круге: проблемы нарастают, но они боятся признаться себе и другим в их наличии. Определенную роль при этом играют и специфические факторы уязвимости, а именно перенесенные психические травмы, поведенческие схемы, мотивы выбора профессии. Невротизм, перфекционизм, стратегии избегания являются дополнительными факторами риска в профессии психотерапевта и психолога. Поэтому очень важно в процессе подготовки и обучения психологов и психотерапевтов и в их дальнейшей работе обращать внимание на повышение резилентности, а именно учитывать следующие факторы:

- осознанность и забота о себе [2];
- проверка соответствия внутренних установок и принципов выбранной профессиональной ориентации [1];

- построение гармоничной личной жизни, удовлетворяющей важные потребности в привязанности, любви, социальных контактах;
- реалистичные требования к себе и к своей профессии, умение дистанцироваться и расслабляться;
- создание образа психотерапевта и психолога как реального, а не идеального человека, со своими особенностями и слабостями;
- наличие социальных контактов в личной и профессиональной областях;
- учет своих «чувствительных» мест и желание принять помощь в случае необходимости [3].

Хотелось бы подчеркнуть, что знание сопутствующих рисков и методов преодоления их последствий должны стать важной составной частью профессиональной подготовки и деятельности психотерапевтов и психологов.

Литература

1. Bohus, M., Lyssenko, L., Werner, M. & Berger, M. (2016). *Lebe Balance*. Stuttgart: Trias
2. Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2008). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz
3. Rehahn-Sommer S. & Kämmerer A. Prophylaxe von Belastungsreaktionen bei Psychotherapeutinnen: Risikofaktoren erkennen und Resilienz stärken. *Psychotherapeutenjournal* 4/2019, S. 365–372.
4. Simionato, G. & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review on the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 74 (9), 1431–1456.
5. Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Sougleris, C. & Reid, C. (2019). Burnout amongst clinical and counselling psychologists: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26, 35–46.

Блюфарб Н.М.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ. ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

ЛДМЦ «АКСИС», Москва, Россия
dr.nblufarb@gmail.com

Ключевые слова: профессиональные стандарты, медицинский психолог, требования, лицензия

Blufarb N.

REQUIREMENTS IN THE WORK OF MEDICAL PSYCHOLOGIST. QUESTIONS ON TRAINING SPECIALISTS

TDMC AKSIS, Moscow, Russia
Dr.nblufarb@gmail.com

Keywords: requirements, medical psychology, license

Разработка профессиональных стандартов в сфере клинико-психологической помощи населению осуществлялась с немалыми сложностями. Более или менее обоснованные — с позиции медицинской науки сегодняшнего дня — стандарты профессиональной помощи здесь появились лишь в самые последние годы.

Модель профессионального стандарта психологической помощи была представлена в тексте законопроекта Федерального закона «О психологической помощи в Российской Федерации» от 2014 года. Отдельные элементы профессионального стандарта

психологической помощи, касающиеся определения видов такой помощи и наиболее общих требований к квалификации специалистов, оказывающих психологическую помощь, представлены в текстах действующих Законов, регулирующих сферу оказания психологической помощи на уровне регионов РФ (г. Москва, Санкт-Петербург; Ленинградская, Ульяновская области). Проект профессионального стандарта по номенклатуре «медицинский психолог» - с основной трудовой функцией клинико-психологического обеспечения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий был разработан лишь в 2018 г. В данном документе достаточно подробно описаны квалификационные требования, предъявляемые к специалисту — клиническому психологу, как на уровне его профессиональной подготовки (условия допуска к профессиональной деятельности), так и в плане необходимых знаний и умений.

Следует отметить, что во всех утвержденных или проектных документах профессиональных стандартов, разработанных по профилю ментальных дисциплин (психиатрия, клиническая психология, психотерапия), речь в основном идет о трех группах таких стандартов — квалификационных, технологических (формы и содержание профессиональной помощи) и образовательных (структура, объем и содержание основных блоков профессиональной подготовки специалиста). В той или иной степени все эти группы представлены в каждом документе профессионального стандарта, даже если такой документ обозначается как отдельный образовательный, квалификационный стандарт или стандарт оказания профильной помощи. Стандарты научно-исследовательской деятельности, мониторинга, организационные стандарты - в качестве таковых не обсуждаются. Данные виды деятельности регулируются общими или отраслевыми регламентными документами.

Конец формы

Клинические психологи проходят многолетнее обучение, обычно в Израиле 2-3 года обучения (после завершения бакалавриата) и 4 года заочная интернатура, а за рубежом 4-6 лет комбинированного обучения и интернатуры. Это необходимо для того, чтобы получить большой опыт и соответствующие навыки лечения. Около половины студентов клинической психологии в Соединенных Штатах учатся в Ph.D., который существует в университетах, который также подчеркивает исследования в этой области. Другая половина студентов учится в аспирантуре по психологии (Psy.D), которая подчеркивает более прикладной контент в этой области (аналогично докторской степени в области медицины). Оба обучения признаны Американской психологической ассоциацией (АПА) и многими другими англоязычными организациями психологов. Существует также небольшое количество путей для получения степени магистра в области клинической психологии, которая длится 2-3 года обучения.

Для того, чтобы практиковать клиническую психологию, в большинстве стран требуется соответствующая лицензия. Каждая страна мира имеет несколько разные требования и разрешения, но большинство из них имеют три общих требования: окончание соответствующей степени из сертифицированного учебного заведения, завершение практической клинической специализации, сопровождаемой наблюдением и обучением, и сдача письменного выпускного экзамена (и устного теста в некоторых странах).

Совет директоров по лицензированию в Соединенных Штатах и Канаде состоит из членов региональных психологических организаций в этих странах, которые являются создателями тестов «Практический опыт в психологии» (ЕЕЕР). Клиническим психологам нужна лицензия для практики профессии, но есть аналогичные лицензии, которые можно получить только для обладателей степени магистра, такие как лицензия для пар и семейного терапевта (MFT), лицензированный профессиональный консультант (LPC) или лицензированный психолог (LPA).

В Израиле несколько иные требования к обучению клинической психологии. Клинический психолог обязан получить как минимум степень магистра психологии в области клинической терапии, а также получить разрешение министерства здравоохранения, успешно пройдя 4 года

интернатуры (не менее одного года интернатуры является стационарной специализацией), и экспертизу.

В результате проведенного исследования сделаны следующие выводы и рекомендации:

1) Профессиональная деятельность медицинского психолога должна иметь профессиональный стандарт, который будет контролироваться специальными органами власти, желательно при Министерстве Здравоохранения, так как большинство своей экономической деятельности медицинский психолог осуществляет в рамках деятельности в области здравоохранения, в области медицины.

2) Составить перечень Высших учебных заведений Российской Федерации, которые имеют право готовить медицинских психологов. Данные Высшие Учебные заведения должны иметь право готовить медицинских специалистов.

3) Внедрить системы Лицензирования для медицинских психологов. Данный момент поможет в борьбе с некачественными психологическими услугами.

4) Внедрить систему Аккредитации для медицинских психологов на базе Аккредитации врачей.

5) Создать условия для прохождения медицинским психологом интернатуры после окончания ВУЗа, разработать регламенты.

Литература

1. Европейский сертификат по психологии | ЕФПА (efpa.eu)
2. Как стать психологом в Европе – CollegeLearners
3. Квалификация психолога в Европе: единый стандарт качества и мобильности (researchgate.net)
4. Национальные требования Германия | Европси (europsy.eu)
5. Профессиональные стандарты в психотерапии //Психологическая газета (psy.su)
6. Профессиональный стандарт Медицинский психолог РФ
7. Приказ 2057 от 24 декабря 2010 г.
8. Microsoft Word - 08542812 - פסיכולוגיה רפואית.doc (health.gov.il)
9. Psychologist Accreditation and Licensing Requirements (verywellmind.com)
10. What does a clinical psychologist do? - CareerExplorer

Будыка Е.В.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЫПОЛНЕНИЯ СЛОВЕСНО-ЦВЕТОВОГО ИНТЕРФЕРЕНЦИОННОГО ТЕСТА СТРУПА СТУДЕНТАМИ РАЗНОГО ПОЛА, РАЗЛИЧАЮЩИМИСЯ ЛАТЕРАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,
Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия
ev-mgu@yandex.ru

Ключевые слова: пол испытуемых, латеральные признаки, тест Струпа

Budyka E.V.

SOME INDICATORS OF THE PERFORMANCE OF THE STROOP VERBAL-COLOR INTERFERENCE TEST BY STUDENTS OF DIFFERENT SEXES WITH DIFFERENT LATERAL SIGNS

Lomonosov Moscow State University, A.I. Yevdokimov Moscow State
University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia
ev-mgu@yandex.ru

Keywords: sex of subjects, lateral signs, Stroop test

Введение. Анализ регуляторных компонентов психических процессов с исследовательскими или диагностическими целями, несмотря на продолжительную историю использования, остаётся актуальным. Основные подходы к оценке и обширная клиническая феноменология нарушений этих компонентов изложены в классических трудах А.Р. Лурия. Как известно, в настоящее время [2] для обозначения указанных явлений исследователи более склонны использовать термины «управляющие», «исполнительные» функции, хотя, как было справедливо отмечено [1, 4], данные термины скорее являются антонимами, чем синонимами. Исследователи сходятся на возможности выделения в составе управляющих функций ряда блоков, в частности, функций когнитивной гибкости, тормозного или тормозящего контроля, рабочей памяти и др. [6].

В настоящей работе предпринята попытка изучить особенности указанных функций, используя подход нейропсихологии индивидуальных различий [3, 5, 6], который предполагает учет мозговых механизмов их реализации, в частности, межполушарной функциональной асимметрии, косвенно проявляющейся в латеральной организации моторной и сенсорных систем. Задача работы заключалась в анализе показателей выполнения словесно-цветового интерференционного теста Струпа, характеризующих тормозный контроль и когнитивную гибкость, студентами разного пола, различающимися латеральной организацией основных анализаторных систем.

Материалы и методы. Исследование включало две серии, в которых использовали разные модификации теста словесно-цветовой интерференции Струпа. В I серии тест включал 3 бланка («Чтение слов-наименований цвета»; «Называние цвета фигур»; «Называние цвета чернил, которыми написано слово-наименование цвета»). В ней участвовали 90 девушек и 74 юноши. Средний возраст – 21,8 г. Во II серии применяли тест Струпа, состоящий из 4 бланков (из Delis-Kaplan Executive Functions Scale). Участвовали 22 девушки и 37 юношей. Средний возраст – 20,6 г. Испытуемые обеих серий были студентами естественных и гуманитарных факультетов МГУ. Латеральную организацию моторной мануальной, слухоречевой и зрительной систем определяли по схеме Е.Д. Хомской, И.В. Ефимовой [5], выявляя ведущую руку, ведущее ухо в слухоречевых функциях и ведущий глаз, а также индивидуальный набор латеральных признаков – профиль латеральной организации (ПЛО) моторных и сенсорных функций. Обработку полученных результатов проводили, применяя непараметрические методы и корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение. У испытуемых обоего пола в объединенной по двум сериям исследования выборке студентов преобладали правосторонние латеральные признаки в основных анализаторных системах: правая рука была ведущей у 80% обследованных девушек и 77% юношей, правое ведущее ухо – у 61% девушек и 68 % юношей. Правосторонние латеральные признаки преобладали и в зрительной сфере: у 61% девушек и 56% юношей. Провели сопоставление описанных данных с аналогичными, полученными на студентах МГУ более 20 лет назад [5]. Выявили увеличение к настоящему времени частоты правосторонних и уменьшение левосторонних признаков асимметрии в слухоречевой системе, как среди студенток, так и студентов.

Различия испытуемых-юношей и девушек по скорости выполнения предложенных модификаций теста Струпа были обнаружены только в I серии исследования, в которой прослеживалось преимущество девушек. Причем в большей степени при выполнении первого и третьего заданий (включающих вербальные операции). Выявлены значимо ($p < 0,05$) более высокие шкальные оценки выполнения задания на третьем бланке девушками, отнесенными по типу ПЛО к «чистым» правшам и праворуким, по сравнению с юношами с теми же типами ПЛО: $62,41 \pm 1,78$ (девушки-правши) против $55,82 \pm 2,03$ (юноши-правши) и $61,09 \pm 2,12$ (девушки-праворукие) против $53,60 \pm 1,97$ (юноши-праворукие). Более высокие показатели тормозного контроля в I серии были обнаружены вне зависимости от пола при наличии симметричных и левосторонних латеральных признаков в слухоречевой системе, а также у юношей с левой ведущей рукой. В последнем случае анализируемый показатель у девушек-леворуких был значимо ниже.

Во II серии исследования не было выявлено различий между испытуемыми разного пола по показателям использованного в ней теста Струпа (с 4-мя бланками), характеризующим скоростные компоненты, особенности тормозного контроля и когнитивной гибкости. В то же время были продемонстрированы связи между баллом оценки ведущего уха (на основе коэффициента правого уха в дихотическом тесте), с одной стороны, и характеристиками тормозного контроля (в женской выборке коэффициент корреляции $r=+0,37$; в мужской $r=+0,35$ при $p=0,05$), когнитивной гибкости (для девушек $r=-0,69$; для юношей $r=-0,17$, $p=0,05$), с другой, что можно интерпретировать так: при преобладании правосторонних латеральных признаков в слухоречевой системе и у студенток, и у студентов прослеживались худшие показатели тормозного контроля и лучшие характеристики когнитивной гибкости.

Выводы

1. Выявлены особенности латеральной организации моторных и сенсорных функций обследованных студентов и студенток университета, которые заключаются в преобладании у них правосторонних признаков асимметрии в мануальной моторной, слухоречевой и зрительной системах. Указанное преобладание в меньшей степени выражено в зрительной сфере.

2. Обнаружено, что некоторые характеристики выполнения теста Струпа различаются у испытуемых с разными латеральными признаками, а при учете последних – у девушек и юношей.

3. Отмечено, что индивидуальные различия некоторых показателей выполнения теста Струпа в большей мере определяются латеральной организацией слухоречевой сферы.

Литература

1. Ахутина Т.В., Корнеев А.А., Матвеева Е.Ю. Развитие функций программирования и контроля у детей 7–9 лет // Вестник Московского ун-та. – 2016. – № 1 – С. 42–63.

2. Мачинская Р.И. Управляющие системы мозга // Журнал ВНД. – 2015. – Т. 65. – № 1 – С. 33–60.

3. Москвин В.А., Москвина Н.В., Нургалеев В.С. Цифровое общество и индивидуальные особенности произвольной регуляции человека // Спортивный психолог. – 2019. – № 2 – С. 71–73.

4. Николаева Е.И., Вергунов Е.Г. Что такое «executive functions» и их развитие в онтогенезе // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2017. – Т. 10. – № 2. – С. 62–81.

5. Хомская Е.Д., Ефимова И.В., Будыка Е.В., Ениколопова Е.В. Нейропсихология индивидуальных различий. М.: Академия, 2011. – 160 с.

6. Ярец М.Ю., Шарова Е.В., Смирнов А.С. и др. Анализ структурно-функциональной организации задачи счета в контексте исследования управляющих функций // Журнал ВНД. – 2018. – Т. 68. – № 2. – С. 176–189.

Бурлакова Н.С.

ПРИКЛАДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННЫХ ЗАДАЧ МЕДИЦИНЫ

МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия
naburlakova@yandex.ru

Ключевые слова: прикладная клиническая (медицинская) психология, патопсихология, психология и медицина

Burlakova N.S.

APPLIED CLINICAL (MEDICAL) PSYCHOLOGY IN THE CONTEXT OF CONTEMPORARY CHALLENGES IN MEDICINE

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
naburlakova@yandex.ru

Keywords: applied clinical psychology, applied medical psychology, pathopsychology, psychology and medicine

В истории патопсихологии, начиная с 1911 г., когда в Германии психиатр Вильгельм Шпехт основал «Журнал патопсихологии», будет постепенно оформляться оппозиция в понимании психологии внутри медицины как фундаментальной и прикладной науки. В рамках немецкой традиции, всегда стремившейся к основательности, патопсихологии отводится, прежде всего, задача изучения «чистых» психических функций, т. е. функций, которые в условиях болезни явно демонстрируют свою особость, «чистую» линию проявления, а значит, и вклад в целое сцепленных между собой в норме психических процессов. Так, понять, например, что такое память, можно, обратившись к ее патологии, ярко выраженным ее нарушениям, когда функция тем или иным способом акцентирована, усилена. Именно в этом контексте результаты патопсихологии представляются особенно ценными для общей психологии. В этом смысле *патопсихология фундаментальна — она узнает и познает работу психики в целом.*

Несколько позже в 1916 г. Г. Мюнстерберг противопоставит ранее приводимому пониманию патопсихологии другую область: прикладную психологию (в его терминологии — психотехнику) в медицине. В данном случае разрабатываемый им полюс оппозиции коснется приложения психологии к медицине, которая в целом психологична и может быть подвержена психологическому анализу. В этом случае психология, согласно его мысли, способна не только познавать, но и *работать, производить «продукт»*, а это означает, что с ее помощью можно, например, оптимизировать подготовку больного к операции, влиять на процесс выздоровления и пр. Вклад Г. Мюнстерберга состоял прежде всего в разработке вопросов выстраивания поля задач прикладной психологии в медицине, в своей основе актуальных и по сей день, и в разграничении этих задач от задач объяснительной науки. Оформившись достаточно рано, эта оппозиция психологии как фундаментальной и прикладной науки в медицине будет и дальше значимой для ее развития на современном этапе [4; 2; 3].

Б.В. Зейгарник также обосновывает место патопсихологии и ее методическую функцию, в том числе в качестве особого источника, позволяющего обращаться к фундаментальным проблемам общей психологии (развития и распада, активности субъекта и др.) и дающим возможность на ином, более глубоком уровне понимать, что есть психология вообще. Наряду с этим Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Поляков и их последователи предпринимают колоссальные усилия по встраиванию психологии в повседневную практику работы психиатрических клиник, и тем самым развивают ее как прикладную науку. Необходимость широкого практического внедрения клинической психологии прежде всего в структуры здравоохранения стала жизненным фундаментом для легитимизации в 2000 г. новой специальности «Клиническая психология» [5].

Классическая патопсихология (в отличие от проникнувших в российскую науку в конце 80-ых гг. 20 века эклектики многообразных зарубежных теорий, различных практик психологической помощи, равно как и вариантов клиничко-психологических исследований), обладала определенным методологическим единством, внутренней методологической осмысленностью. Методологический стержень на основе этих классических представлений (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и др.) может, по нашему мнению, стать основанием для понимания и анализа современной российской клинической психологии, позволяя выделить в ней как предметы патопсихологического анализа, так и направления его дальнейшего развития. В этом смысле представляется важным сохранить термин «патопсихология» также

и по отношению к современным исследованиям, прикладным разработкам в клинической психологии. Тем самым сохраняется опора на некоторую устойчивую и осознаваемую методологическую основу для рефлексии современного клинико-психологического опыта. Таким образом, с одной стороны, мы говорим о патопсихологии как о некоторой онтологической области патопсихологических явлений в процессе развития индивидуума, группы, сообщества, культуры, а с другой стороны — как о методологии и методах изучения этих явлений наряду с обращением к возможностям их коррекции. При таком понимании патопсихологии в эту область знания легко включаются и психосоматика, и психотерапия, и психология аномального развития. В этом состоят, с нашей точки зрения, и интеграционные возможности развития идей классической патопсихологии [2].

В отношении развития психологии внутри практики медицины на сегодняшний день присутствуют достаточно ясные прогнозы, акцентирующие рост значения психологических знаний в медицине в целом [6].

С точки зрения биопсихосоциальной природы болезни и соответствующей парадигмы медицины перед прикладной клинической психологией стоит целый ряд задач. Выделим только некоторые из них. Одной из важных является задача разработки психотехнически эффективного сообщения диагноза для различных групп пациентов. Сегодня в рамках развития специализаций и технологизации в медицине распространен чисто технический подход к сообщению диагноза, который часто является не просто терапевтически неэффективным, но и часто вредящим пациенту. В этой связи становится еще более очевидным, что характер сообщения диагноза имеет непосредственное, а нередко и глубокое влияние на терапевтический процесс. И такая задача, может быть, в полном объеме реализована в рамках правильно поставленных проблем со стороны самой медицины и соответствующих исследований, в конечном счете их продуктом может быть также и определенная технологизация процессов сообщения диагноза пациентам в разных областях медицины.

Это относится и к организации лечения, в частности, к знаково-символическому оформлению лечебного процесса: объяснению болезни, диагноза пациенту, пояснению механизмов происхождения протекания и прогноза заболевания с учетом психологического смысла этих объяснений и их психологической конструкции для пациентов и их возможного участия в организации и реорганизации терапевтического процесса, актуализации внутренних психосоматических ресурсов пациентов и максимального использования личных усилий больного в процессе собственного исцеления, активного сотрудничества больного и медицинского персонала, в организации психологического влияния на изменение образа жизни пациента, следования лечебным режимам, необходимости приема лекарств, культивирования необходимого самочувствия и пр.

Такой подход требует активного исследования и задействования внутренней точки зрения пациента, понимания внутренней психотехнической осмысленности сложившегося его образа жизни, феноменологического понимания механизмов развития и воспроизводства расстройств здоровья пациента. Например, при таком подходе к лечению психических расстройств требуется понимание внутренних механизмов, порождающих соответствующее психическое состояние, структур переживаний пациента [2]; в психосоматической клинике — ориентация на понимание самой внутренней механики расстройства является непосредственным ключом к организации лечения и т.д.

Нового витка разработки требует и проблема человеческих отношений в медицине. Здесь важный потенциал содержится в материале истории психотерапии и различных типов опыта построения терапевтических отношений, а также других практик, где существенными оказываются именно человеческие отношения.

В условиях организационной сложности медицины, когда в лечебном процессе одного пациента участвуют много специалистов, важны не столько отношения врача и пациента, сколько отношения организации и больного. В конечном счете оказывается, что лечит именно организация. Отсюда возникает задача исследования структурно-психологических

особенностей лечебной организации, характер лечебного действия организации, а также изучение и проектирование специфической организационной психологии персонала лечебной организации. Здесь важны отношения не «врач-психолог», а отношения «медицинская организация – прикладная психология». Все это может привести к существенному развитию уровня медицинской помощи в нашей стране, к ее рефлексии и повышению уровня технологизации и ориентации на конкретного пациента, обращающегося за медицинской помощью.

Особого внимания требует до сих пор незначительно представленная в современных прикладных клинико-психологических исследованиях проектная позиция, позиция экзистенциальная, инициирующая социальные действия, чаще всего специалисты только задним числом пытаются измерить и квалифицировать то, что произошло, так обстоит дело и с болезнями, и с общественными явлениями. Например, с учетом сегодняшних реалий пандемии covid-19 требуется дальнейший анализ и разработка конструктивного клинико-психологического подхода к информированию различных возрастных групп населения и дополнение соответствующих медико-санитарных дискурсов конструктивным клинико-психологическим мышлением. Прикладная задача здесь состоит в том, чтобы в результате такого информирования, например, у детей и подростков создавалась новая ситуация психического развития, формировался импульс, не только предохраняющий от широкого ряда психических расстройств, но способствующий личностному развитию в данных обстоятельствах [1]

Литература

1. Бурлакова Н. С. Клинико-психологическая разработка медико-санитарного дискурса с учетом особенностей поведенческого реагирования детей и подростков в ситуации пандемии covid-19 // Национальный психологический журнал. 2021. № 1(41). С. 103–114. doi: 10.11621/npj.2021.0109
2. Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И. Развитие практики и методологии патопсихологического эксперимента (традиция московской школы патопсихологии). М., Изд-во МГУ, 2020. 272 с.
3. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Развитие прикладной клинической (медицинской) психологии в информационном обществе // Национальный психологический журнал. – 2019. – № 1(33). – С. 68–77. doi:10.11621/npj.2019.0107
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., Изд-во МГУ, 1986
5. Поляков Ю.Ф. Клиническая психология: состояние и проблемы // Вестник Моск. ун.-та, Серия 14. Психология, 1996. № 2.
6. The Oxford Handbook of Clinical Psychology (2 ed.) Ed. D. H. Barlow. N.Y.: Oxford University Press, 2014.

Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ТАТУИРОВКИ И АУТОАГРЕССИВНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ (NSSI) - ИНДИКАТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

ФГБНУ «НЦПЗ», Москва, Россия

Ключевые слова: суицидальный риск, самоповреждающее поведение, множественные татуировки

Vorontsova O.Yu., Enikolopov S.N., Medvedeva T.I.

MULTIPLE TATTOOS AND NONSUICIDAL SELF-INJURY (NSSI) AS INDICATORS OF SUICIDE RISK

Federal state budgetary scientific institution
Mental Health Research Center,
Russia, Moscow

Key words: suicide risk, self-harming behavior, multiple tattoos

Аутоагрессивное поведение является серьезной проблемой для современного общества. Среди видов аутоагрессивного поведения самоповреждения и попытки суицида представляют собой значимую угрозу здоровью и жизни. По данным некоторых исследований распространенность самоповреждающего поведения последнее время увеличивается, что вызывает обеспокоенность, поскольку опыт самоповреждения считается фактором суицидального риска.

В настоящее время татуировки воспринимаются многими как украшение тела, все больше относящееся к области формирующихся новых социокультурных нормативов. При создании последней версии DSM V дискутировался вопрос о необходимости рассмотрения татуировок в рамках несуйцидального самоповреждающего поведения (NSSI). Отрицательное решение было обусловлено тем, что в некоторых культурах татуировки могут иметь социальную приемлемость. Тем не менее, вопрос о дефиниции практики татуировок возникает у специалистов в области психического здоровья потому, что результаты исследований последних лет показывают связь между татуировками и различными видами психического неблагополучия.

Согласно результатам исследования [6] татуировки, выполненные для ощущения боли, являются аналогом несамобульственного поведения, так как они соответствуют критериям DSM-5 для NSSI. Сравнение двух групп испытуемых с NSSI с татуировками и без татуировок показало, что в группе использующей татуировки как форму NSSI, выше показатели тяжести и частоты самоповреждения, большая склонность к самобульственным намерениям (87,5%).

То, что наличие татуировок, как и практика NSSI, увеличивает суицидальный риск, подтверждено результатами многих исследований. Так, в двух независимых исследованиях, направленных на оценку суицидального риска у молодых людей с множественными татуировками и/или пирсингом [2], и исследовании NSSI [1] выявлены общие факторы, увеличивающие вероятность суицидального поведения. Так, для обоих феноменов более ранний возраст начала практики NSSI и татуировок и/или пирсинга, частота использования (в случае с татуировками – количество), использование более одного метода членовредительства и наличие аффективных расстройств многократно увеличивали суицидальный риск.

Исследование, проведенное на большой выборке посетителей веб-сайта, посвященного различным видам модификации тела, таким как татуировки, пирсинг, различные виды самопорезов и хирургических процедур, также показало связь этих «рискованных практик» с суицидальными мыслями и предшествующими попытками самоубийств [4]. Результаты работ, выполненных в русле изучения гендерных различий, показали в четыре раза более высокий уровень зарегистрированных попыток самоубийства среди женщин с четырьмя и более татуировками по сравнению с теми, у кого татуировок не было, или с тремя и менее. Как это ни парадоксально, но результаты также указывают на статистически значимо более высокий уровень самооценки в этой же группе [5].

В пилотажной исследовательской работе [3], выполненной на выборке завершенных суицидов и случайных смертей у белых мужчин до 30 лет со множественными татуировками, было показано, что наличие татуировок преобладало у людей, покончивших собой, по сравнению с группой погибших в результате несчастного случая. Исследователи предполагают, что татуировки могут быть возможными маркерами летальности как от самоубийства, так и от случайной смерти у молодых людей, предположительно в силу общих

факторов риска, таких как злоупотребление психоактивными веществами и личностные расстройства.

Таким образом, обзор исследований, посвященных модификациям тела, показывает связь между количеством татуировок и психическими расстройствами, такими как депрессия, тревога, расстройства личности; с рискованным поведением, таким как употребление наркотиков и вовлеченность в незаконную деятельность, склонность к нарушению правил; с суицидальным мышлением и попытками самоубийства. Говоря о суицидальном риске при множественных татуировках, как и в случае NSSI, следует учитывать, что суицидальные намерения и несуйцидальные аутоагрессивные действия пересекаются, и поэтому крайне трудно их различить в силу чередования.

В целом анализ литературы показал, что множественные татуировки, как и NSSI могут быть обнаружены как неспецифические симптомы при различных психических расстройствах, так и у людей без психиатрического диагноза. Тем не менее в исследованиях, направленных на изучение суицидального поведения, оба феномена - NSSI и множественные татуировки рассматриваются в качестве маркеров повышения суицидального риска.

Вывод. Сложности оценки суицидального риска связаны с отсутствием надежных методов выявления социально желательных ответов, спонтанностью принимаемых решений об аутоагрессивных/суицидальных действиях, отказом респондента отвечать на прямо поставленный вопрос в опроснике или клинической беседе. Важно определить характеристики, которые могут различать людей, занимающихся самоповреждением, модификациями тела при помощи татуировок, и совершающих суицидальные попытки. В связи с этим необходим анализ косвенных факторов, позволяющий оценивать самоповреждающее поведение с точки зрения риска повторения или видоизменения типа аутоагрессии. По нашему мнению, при квалификации множественных татуировок как предиктора суицидального риска наиболее продуктивным было бы понимание данного поведения в функциональных терминах. Такое рассмотрение позволяет сформулировать дальнейшее направление исследования мотивации нанесения множественных татуировок.

Литература

1. Ammerman B.A., Jacobucci R., Kleiman E.M., Uyeji L.L., McCloskey M.S. The relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018. Vol. 48. no. 1. pp. 31-37. DOI: 10.1111/sltb.12330.
2. Carroll S.T., Riffenburgh R.H., Roberts T.A., Myhre E.B. Tattoos and body piercings as indicators of adolescent risk-taking behaviors // *Pediatrics*. 2002. Vol. 109. no. 6. pp. 1021-1027. DOI: 10.1542/peds.109.6.1021.
3. Dhossche D., Snell K.S., Larder S. A case-control study of tattoos in young suicide victims as a possible marker of risk // *J Affect Disord*. 2000. Vol. 59. no. 2. pp. 165-8. DOI: 10.1016/s0165-0327(99)00136-6.
4. Hicinbothem J., Gonsalves S., Lester D. Body modification and suicidal behavior // *Death Stud*. 2006. Vol. 30. no. 4. pp. 351-63. DOI: 10.1080/07481180600553419.
5. Koch J.R., Roberts A.E., Armstrong M.L., Owen D.C. Tattoos, gender, and well-being among American college students // *The Social Science Journal*. 2015. Vol. 52. no. 4. pp. 536-541. DOI: 10.1016/j.sosci.2015.08.001.
6. Solis-Bravo M.A., Flores-Rodriguez Y., Tapia-Guillen L.G., Gatica-Hernandez A., Guzman-Resendiz M., Salinas-Torres L.A., Vargas-Rizo T.L., Albores-Gallo L. Are Tattoos an Indicator of Severity of Non-Suicidal Self-Injury Behavior in Adolescents? // *Psychiatry Investig*. 2019. Vol. 16. no. 7. pp. 504-512. DOI: 10.30773/pi.2019.03.06.

Дацковский И.

ЛИЧНОСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ В КОНТИНУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Кабинет клинической психологии (г. Бейт Шемеш, Израиль)

israel@moriah.co.il

Ключевые слова: отрицательная аддикция, положительная аддикция, интенсивность аддикции, социальное значение аддикции, личное значение аддикции.

Datskovsky I.

PERSONAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS IN THE CONTINUAL MODEL OF ASSESSMENT OF THE EXPRESSION OF ADDICTIVE BEHAVIOR

Clinical Psychology Office (Beit Shemesh, Israel)

Key words: negative addiction, positive addiction, intensity of addiction, social meaning of addiction, personal meaning of addiction.

1. Отрицательные свойства развившихся до высокой интенсивности положительных аддикций, они же – свойства отрицательных аддикций

В ранний период зарождения научной аддиктологии, рождающейся фактически из необходимости изучения отрицательных аддикций, Уильям Глассер [Glasser William, 1976] попытался противопоставить преимущества "положительной" аддикции недостаткам отрицательной, саморазрушительной для человека аддикции. Но уже на начальном этапе изучения "положительных" аддикций, первой из которых У. Глассером было названо увлечение спортом, быстро выяснилось, что даже аддикция к спорту может быть не только положительной, но и отрицательной и приводить к таким же симптомам и следствиям, как и "отрицательные" аддикции (уже не говоря о многочисленных и тяжелых заболеваниях профессиональных спортсменов). Наличие социально-приемлемых форм аддикции без анализа их интенсивности содержится также и в книге под ред. В.Д. Менделевича (Менделевич В.Д., 2007).

Отрицательное отношение как общества в целом, так и медицины (психологии) к аддикциям можно объяснить рядом отклонений в социальном и личностном функционировании, которые проявляет аддикт. Причем, социально-приемлемые ("положительные") аддикции несут все те же отрицательные черты, может быть, поначалу менее общественно-остро выраженные, а потому воспринимаемые окружением более терпимо, чем явно отрицательные аддикции.

И тогда напрашивается вывод: развившиеся социально-приемлемые и социально-положительные аддикции почти столь же плохо влияют на психику и самоактуализацию человека в мире, как и социально-неприемлемые ("отрицательные") аддикции, могут сильно и отрицательно влиять не только на самого человека, но и на его ближайшее окружение (семья, близкие родственники, друзья), разве что создавая (по крайней мере, на первом этапе) несколько меньшую опасность для более дальнего окружающего социума.

2. Континуальная модель оценки выраженности аддиктивного поведения: значение личностных и социальных параметров интенсивности аддикции

Одним из путей рассмотрения аддикций, как положительных, так и отрицательных, является введение в рассмотрение и анализ аддикций понятия количества аддикции или степени ее развития у человека, интенсивности ее овладения человеком и рассмотрения интенсивности этой аддикции в осях социальных и личных аспектов.

Ведь именно интенсивность аддикции может определять эту аддикцию в координатах социальной и личной приемлемости/неприемлемости. Поэтому оценка аддикции только как положительной - отрицательной, да еще без отдельного ее анализа в социальных и личных аспектах, с нашей точки зрения, является довольно поверхностной.

Попробуем развить эту мысль и вместо одной координаты (оси) (социально-приемлемые, "положительные" аддикции - социально-неприемлемые, "отрицательные" аддикции) ввести две координаты развития аддикции – социальное и личное ее значение в зависимости от интенсивности овладения человеком той или иной аддикции (фактически третья координата). Причем, составляя плоскую таблицу, характеризующую данную аддикцию, величину аддикции по третьей координатной оси, стадию интенсивности опишем в клеточке на пересечении двух введенных координат значения личного и социального значения аддикции. Легко увидеть, что иногда данная стадия может захватывать две клеточки таблицы как по горизонтали, так и по вертикали. Тогда мы сможем проследить каждую аддикцию в ее количественном развитии.

Каждая аддикция, в принципе, имеет свою градацию стадий как в общественном поле (первая, вертикальная в нашей таблице координата), так и в поле личного значения данной аддикции (вторая, горизонтальная координата), и описывается своим набором стадий интенсивности, описывающих уровень вовлеченности человека в данную аддикцию. Несколько условно можно ввести некоторую универсальную шкалу количества вовлеченности человека в аддикцию, представленную оценочными качественными "ступенями" в виде уровней интенсивности (иногда по необходимости вводя нулевой уровень):

- первый уровень - отсутствующая или малая интенсивность;
- второй уровень - умеренная интенсивность;
- третий уровень - заметная интенсивность;
- четвертый уровень - сильная интенсивность;
- пятый уровень - всепоглощающий уровень интенсивности аддикции.

Тогда можно разработать универсальную таблицу для описания и анализа влияния уровней интенсивности аддикции на социальное и личное поле влияния, которую для примера мы заполним для случая анализа алкоголизма.

Для примера рассмотрим весьма распространенную аддикцию - алкоголизм.

Без предлагаемого, по сути, трехмерного анализа (представленного плоской таблицей, а ось интенсивности включена в номера уровней интенсивности аддикции) алкоголизм легко отнести к отрицательным аддикциям.

Однако трехмерный анализ выявляет гораздо более сложную картину, и аддикция дрейфует в координатах социального и личного ее значения в зависимости от интенсивности, выраженной ступенькой на шкале градаций. И оказывается, что низкоинтенсивный алкоголизм (точнее, умеренное употребление алкоголя) имеет положительные стадии. Итак, речь об алкоголизме.

Нулевой уровень – лица, не употребляющие алкоголь (по медицинским, идеологическим, религиозным или иным причинам).

Первый уровень – малое употребление алкоголя. Например, традиции христианства допускают употребление кагортов, а иудаизма – некрепленых натуральных 10-12° вин в небольших количествах. Ислам употребление алкоголя не допускает, но допускает употребление наркотиков с той же целью и с теми же последствиями.

Второй уровень – эпизодическое употребление алкоголя в соответствии с культурными традициями (значимые события, праздники, юбилеи, свадьбы и др.).

Третий уровень – умеренное употребление алкоголя (бытовое пьянство). Это частые заметные выпивки дома после работы, в выходные дни, в кампании друзей, соседей, часто в ущерб семейным обязанностям, однако грубо не нарушающие рабочий ритм и профессиональное функционирование.

Четвертый уровень – систематическое пьянство, злоупотребление алкоголем с влиянием на личностное и общественное функционирование.

Пятый уровень – клинические проявления алкогольной зависимости.

	Лично-пассивные	Лично-положительные	Лично-приемлемые	Лично-нейтральные	Лично-неприемлемые	Лично-опасные, разрушительные
Социально-пассивные	<i>Нулевой уровень</i>	<i>Нулевой уровень</i>				
Социально-поощряемые (социально-положительные)	<i>Нулевой уровень</i>	<i>Нулевой уровень, Первый уровень</i>	<i>Первый уровень</i>			
Социально-приемлемые		<i>Первый уровень</i>	<i>Первый уровень, Второй уровень</i>	<i>Второй уровень</i>		
Социально-нейтральные			<i>Второй уровень</i>	<i>Второй уровень Третий уровень</i>	<i>Третий уровень</i>	
Социально-неприемлемые				<i>Третий уровень</i>	<i>Третий уровень, Четвертый уровень</i>	<i>Четвертый уровень</i>
Социально-опасные					<i>Четвертый уровень</i>	<i>Четвертый уровень, Пятый уровень</i>

Приведенный анализ аддикций, разделенных на уровни интенсивности и две оси рассмотрения, однозначно показывает, что увеличение интенсивности аддикции увеличивает отрицательность ее воздействия как в общественном, так и в личном планах. Это напрямую касается не только "отрицательных", но и как "нейтральных", так и даже "положительных" аддикций. Как мы видим, введение трех осей измерения аддикции привело к заметному усложнению, но и к повышенной точности оценок аддикции (когда первые стадии увлечения еще трудно отнести к понятию аддикции, зато эти аддикции на начальных стадиях устойчиво относятся к положительным, часто желательным состояниям).

Одним из промежуточных выводов данного рассмотрения является установление тенденции, что по мере увеличения интенсивности аддикции личные параметры ухудшаются быстрее, чем социальные, и социально-приемлемые стадии той или иной аддикции уже могут зачастую оказываться лично-отрицательными, а то и лично-разрушительными.

Литература

1. Менделевич В.Д. (ред.) Руководство по аддиктологии СПб.: Речь, 2007.—768 с.
2. Glasser_William,_Positive Addiction («Положительная склонность» или «Положительная зависимость»), 1976.

Есманская Н.Е., Слинко Е.А.

ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СТУДЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Воронежский государственный университет,
Воронеж, Российская Федерация
elena.slinko@mail.ru

Ключевые слова: психосоматические нарушения, стрессоустойчивость, учебный стресс

Esmanskaya N. E., Slinko E. A.

PECULIARITIES OF STRESS TOLERANCE OF STUDENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Voronezh State University,
Voronezh, Russian Federation

Keywords: psychosomatic disorders, stress tolerance, educational stress

Введение. Психосоматические нарушения изучаются в рамках междисциплинарного подхода, так как находятся на стыке медицины и психологии, и имеют одновременно и физиологическую, и психологическую природу. С точки зрения психологии, психосоматические заболевания имеют различные обоснования в зависимости от подхода. В настоящее время психоаналитические концепции, согласно которым соматическое здоровье обусловлено состоянием психики, сосуществуют с антропологическими концепциями, которые рассматривают личность в совокупности физиологических, психосоматических и социокультурных проявлений, существующих в единстве.

Понятие «психосоматические нарушения» характеризует широкую область расстройств, включающих в себя функциональные нарушения, расстройства сна и приема пищи, нарушения работы половой функции, конверсионные и соматоформные расстройства. В отличие от психосоматических болезней, психосоматические нарушения могут характеризоваться размытой клинической картиной, проявлением отдельных симптомов либо их комплекса в различных сочетаниях, не представляющих собой единой системы, характерной для психосоматической болезни. Если понятие «психосоматическая болезнь» позволяет очертить определенный круг соматических заболеваний, генезис которых тесно связан с психологическими особенностями личности (например, «чикагская семерка»), то психосоматические нарушения могут иметь неспецифические признаки и приводить к проявлению широкого круга симптомов. [2] Вследствие разнообразия вариантов проявления и меньшей системности, психосоматические нарушения менее изучены, чем психосоматические болезни, в том числе в рамках эмпирических исследований.

Влияние психосоматических нарушений на стрессоустойчивость индивидов недостаточно подтверждено эмпирически, следовательно, нет данных о возможных особенностях стрессоустойчивости у лиц с психосоматическими нарушениями. Студенты представляют собой группу, перманентно подверженную специфическим формам стресса, в частности, учебному стрессу, что обуславливает важность изучения стрессоустойчивости у студентов, так как способность справляться со стрессом может повлиять и на качество жизни конкретного индивида, так и на учебный процесс в целом.

Материал и методы. Базой эмпирического исследования являлся Воронежский филиал РАНХиГС при Президенте РФ. Объектом эмпирического исследования выступили студенты Воронежского филиала РАНХиГС при Президенте РФ. Общий объем выборки составил 100 человек, из которых у 50 не обнаружилось психосоматических нарушений либо были выявлены незначительные психосоматические нарушения, а у 50 студентов были выявлены от трех и более психосоматических нарушений.

Сбор эмпирической информации был осуществлён посредством метода стандартизированного самоотчёта. Метод стандартизированного самоотчета был реализован с помощью следующих методик:

1. Список негативных физических ощущений, характерных для психосоматических нарушений, представлен в Мультимодальном опроснике жизненной истории А. Лазаруса. [1]

2. Тест на стрессоустойчивость Ю.В. Щербатых позволяет выявить стрессочувствительность, что, в свою очередь, способствует определению уровня стрессоустойчивости. [3]

В исследовании принимали участие 100 студентов. Студентам было предложено отметить физические ощущения в Мультимодальном опроснике жизненной истории А. Лазаруса. Было решено разделить студентов на две группы в зависимости от их ответов: студенты, не испытывающих регулярно перечисленных негативных физических ощущений либо испытывающих их незначительно (1-2 ощущения) были определены в первую группу. Остальные испытуемые регулярно испытывали более двух негативных физических ощущений, а потому были определены во вторую группу. В каждой группе было по 50 студентов. Каждой из групп было предложено пройти тест на стрессоустойчивость Ю.В. Щербатых.

Были получены следующие **результаты**. В первой группе в пределах нормы находится стрессочувствительность у 58 % испытуемых, 42 % испытуемых имеют стрессочувствительность ниже нормы, стрессочувствительность выше нормы не выявлена ни у кого из испытуемых. Таким образом, большая часть испытуемых имеет нормальный уровень стрессоустойчивости, 42 % - высокий уровень стрессоустойчивости, а низким уровнем стрессоустойчивости не обладает никто из испытуемых первой группы.

Во второй группе на уровне нормы находится 52 % испытуемых, стрессочувствительностью ниже нормы обладает 9 % испытуемых, а выше нормы – 39 %. Таким образом, во второй группе выявлено меньшее количество людей с нормальной стрессоустойчивостью, чем в первой группе, намного меньшее число людей с высокой стрессоустойчивостью, а 39 % испытуемых обладают стрессоустойчивостью ниже нормы, что значительно отличается от результатов первой группы.

По итогам сравнения результатов первой и второй групп выявлен более низкий уровень стрессоустойчивости у испытуемых, испытывающих 3 и более негативных физических ощущения из опросника А. Лазаруса. Следовательно, можно сделать вывод, что студенты с симптомами психосоматических нарушений обладают более низким уровнем стрессоустойчивости, чем студенты без психосоматических нарушений.

Рассмотрим различия по результатам проведённой диагностики в первой и второй группах. Анализ был осуществлен с помощью t-критерия Стьюдента для несвязанных выборок. Данный критерий мы использовали для выяснения значимости различий по исследуемым нами показателям. Пороговые значения: 1.99 и 2.63. Полученное эмпирическое значение $t_{эмп} = 3,8$, следовательно, оно находится в зоне значимости, что подтверждает сделанный вывод.

Выводы. В результате эмпирического исследования были сделаны следующие выводы:

1. Студенты с незначительными проявлениями психосоматических нарушений либо без таких проявлений обладают меньшей стрессочувствительностью, чем студенты с психосоматическими нарушениями.

2. С возрастанием регулярно испытываемых негативных физических ощущений падает стрессоустойчивость. Нормальная стрессоустойчивость в первой группе свойственна 58 % испытуемых, во второй группе – 52 % испытуемых. Кроме того, среди студентов с психосоматическими нарушениями падает доля людей с высокой стрессоустойчивостью (стрессочувствительность ниже нормы) и возрастает доля людей с низкой стрессоустойчивостью (стрессочувствительность выше нормы).

Следовательно, увеличение числа психосоматических нарушений у студентов приводит к падению стрессоустойчивости, что делает необходимым разработку особых методов адаптации студентов с психосоматическими нарушениями к учебному процессу.

Литература

1. Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Под ред. Л. Леви. – Москва: Медицина, 1970. – С. 178- 209.
2. Старшенбаум, Г. В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела // Г. В. Старшенбаум. - Москва: Издательство Института Психотерапии, 2005. – 489 с.
3. Щербатых, Ю.В. Психология стресса и методы коррекции: учеб. пособие / Ю.В. Щербатых. – Санкт-Петербург: Питер, 2006. – 256 с.

Золотарева А.А.

ДИАГНОСТИКА КИБЕРХОНДРИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ

НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия
alena.a.zolotareva@gmail.com

Ключевые слова: киберхондрия, психосоматическая медицина.

Zolotareva A.A.

ASSESSMENT OF CYBERCHONDRIA: PROSPECTS AND LIMITATIONS

HSE University, Moscow, Russia
alena.a.zolotareva@gmail.com

Keywords: cyberchondria, psychosomatic medicine.

Введение. Киберхондрия – сложный психологический феномен, который описывает поведение человека, зависимого от поиска информации медицинского характера в Интернете, в том числе для медицинского обоснования беспокоящих его соматических симптомов, их соотнесения с серьезными и жизнеугрожающими заболеваниями, назначения самому себе медицинских обследований и т.д. [5]. Для ее диагностики в зарубежной науке и практики используется шкала тяжести киберхондрии (Cyberchondria Severity Scale, CSS), оценивающая базовые характеристики киберхондрии [2]: (i) *чрезмерность*, или склонность к повторным попыткам и трате большого количества времени на изучение одних и тех же соматических симптомов и заболеваний; (ii) *дистресс*, или негативные переживания стресса, тревоги, беспокойства, паники и раздражительности при онлайн-поиске медицинской информации; (iii) *неуверенность*, или потребность в заверении симптомов со стороны квалифицированного специалиста, в том числе в обращении за медицинской помощью и прохождении медицинских обследований; (iv) *компульсивность*, или навязчивость в онлайн-поиске медицинской информации, невозможность прервать поиск симптомов даже при необходимости выполнения повседневных дел и обязательств.

Целью настоящего исследования стала адаптация русскоязычной версии краткой шкалы тяжести киберхондрии (Cyberchondria Severity Scale, CSS-12) для оценки специфики и степени тяжести киберхондрии в российском обществе.

Материал и метод. В исследовании приняли участие 624 русскоязычных респондента (322 мужчины и 302 женщины) в возрасте от 30 до 84 лет ($M = 46.66$, $SD = 8.64$).

Помимо русскоязычной версии CSS-12 все респонденты заполнили Симптоматический опросник (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R) Л. Дерогатиса в адаптации Н.В. Тарабриной, оценивающий как общие показатели психопатологии, так и специфические показатели соматизации, депрессии, тревожности и др. [1].

Результаты. Для оценки факторной структуры шкалы были проверены четыре модели русскоязычной версии CSS-12. Однофакторная модель, в которой все пункты шкалы должны входить в единый фактор киберхондрии, продемонстрировала неудовлетворительное соответствие данным ($\chi^2(54) = 649.343$, $p < 0.001$; CFI = 0.894; TLI = 0.871; RMSEA = 0.133 [0.124; 0.142]). Четырехфакторная модель, выделяющая специфические факторы чрезмерности, дистресса, неуверенности и компульсивности, имела приемлемые показатели

CFI и TLI и неудовлетворительный показатель RMSEA ($\chi^2(48) = 356.338, p < 0.001$; CFI = 0.945; TLI = 0.925; RMSEA = 0.102 [0.092; 0.112]). Двухуровневая модель, в которой все специфические факторы должны входить в единый фактор киберхондрии, также имела приемлемые показатели CFI и TLI, но пограничный показатель RMSEA ($\chi^2(50) = 361.826, p < 0.001$; CFI = 0.945; TLI = 0.927; RMSEA = 0.100 [0.091; 0.110]). Наконец, бифакторная модель, предполагающая выделение как общего, так и специфических факторов киберхондрии, продемонстрировала наилучшее соответствие данным за счет приемлемых показателей CFI и TLI и пограничного показателя RMSEA ($\chi^2(42) = 294.926, p < 0.001$; CFI = 0.955; TLI = 0.929; RMSEA = 0.098 [0.088; 0.109]).

Коэффициенты α -Кронбаха для отдельных шкал CSS-12 варьировались в пределах значений от 0.84 до 0.88, для общего показателя по шкале коэффициент внутренней надежности составил значение 0.95, что подтверждает внутреннюю надежность шкалы.

Показатели по CSS-12 позитивно коррелировали с показателями по SCL-90-R в диапазоне коэффициентов корреляции r -Пирсона от 0.26 до 0.56, что свидетельствует в пользу конвергентной валидности шкалы. Кроме того, наиболее сильные корреляционные связи киберхондрия демонстрировала с тревожностью ($r = 0.56, p < 0.001$) и обсессивно-компульсивностью ($r = 0.52, p < 0.001$), что соответствует выводам зарубежных исследователей о связях между киберхондрией, тревожностью и обсессивно-компульсивными симптомами [3].

Наконец, по показателям русскоязычной версии CSS-12 была обнаружена возрастная, но не гендерная специфика киберхондрии. Так, возраст респондентов оказался негативно связанным с чрезмерностью ($r = -0.11, p = 0.01$), дистрессом ($r = -0.10, p = 0.05$), неуверенностью ($r = -0.08, p = 0.05$), компульсивностью ($r = -0.09, p = 0.05$) и общим показателем киберхондрии ($r = -0.11, p = 0.01$).

Выводы. В настоящем исследовании были представлены доказательства психометрической обоснованности русскоязычной версии CSS-12, что определяет ее перспективы в качестве инструмента для популяционных исследований киберхондрии. В то же время популяционный характер настоящего исследования ограничивает возможности использования русскоязычной версии CSS-12 в различных клинических выборках. В исследовании с участием пациентов с фибромиалгией, ревматоидным артритом и раком молочной железы было показано, что 52% респондентов использовали интернет для поиска информации о своей болезни, 15% читали сообщения в онлайн-группах поддержки для пациентов, а 4% отправляли сообщения в эти группы [4]. Это означает, что контроль киберхондрии имеет серьезное значение при установлении терапевтического альянса между пациентом и лечащим врачом, а также то, что для рекомендации русскоязычной версии CSS-12 в качестве инструмента для клинических обследований необходимы дополнительные психометрические испытания.

Литература

1. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб., Питер, 2001.
2. McElroy E., Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS) // *Journal of Anxiety Disorders*. 2014. Vol. 28. P. 259–265. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.12.007.
3. Norr A.M., Oglesby M.E., Raines A.M., Macatee R.J., Allan N.P., Schmidt N.B. Relationships between cyberchondria and obsessive-compulsive symptom dimensions // *Psychiatry Research*. 2015. Vol. 230. No. 2. P. 441–446. doi: 10.1016/j.psychres.2015.09.034.
4. van Uden-Kraan C.F., Drossaert C.H.C., Taal E., Smit W. M., Moens H.J.B., Siesling S., Seydel E.R., van de Laar M.A.F.J. Health-related Internet use by patients with somatic diseases: frequency of use and characteristics of users // *Informatics for Health and Social Care*. 2009. Vol. 34. No. 1. P. 18–29. doi: 10.1080/17538150902773272.
5. Vismara M., Caricasole V., Starcevic V., Cinosi E., Dell'Osso B., Martinotti G., Fineberg N.A. Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic

review of the evidence // Comprehensive Psychiatry. 2020. Vol. 90. ID 152167. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152167.

Козловская Л.Т., Ширяева И.Н.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ТАКТИЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

КГП на ПХВ ВКО СМЦ УЗ
Инсультный центр, Усть-Каменогорск
Республика Казахстан
e-mail: lora12345@bk.ru

Ключевые слова: тактильная сфера, диагностика, инсульт

Kozlovskaya L.T., Shiryayeva I.N.

RESEARCH METHODOLOGY OF THE TACTILE SPHERE IN PATIENTS WITH STROKE IN THE RECOVERY PERIOD

Stroke Center, Ust-Kamenogorsk
Republic of Kazakhstan

Keywords: tactile sphere, diagnostics, stroke

Для проведения диагностической и реабилитационной работы с пациентами с нарушениями мозгового кровообращения применяются современные средства нейропсихологии. Тактильная модальность редко ставится во главу угла в такой работе, однако в работе с тактильной сферой заключен большой потенциал.

На базе инсультного отделения КГП на ПХВ «ВКО СМЦ» УЗ ВКО г. Усть-Каменогорска, (Казахстан), под руководством Ширяевой И.Н. проведена апробация новой комплексной методики изучения особенностей когнитивной и тактильной сферы у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Методика создавалась с опорой на прототипы³⁰ [1,2,3,4]. Данная методика может применяться комплексно с диагностической и с психотерапевтической целью для пациентов с установленным диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. В настоящем сообщении мы представляем саму методику.

Цель исследования: апробация нового метода диагностики особенностей тактильной сферы.

Предмет исследования: тактильная сфера пациентов, перенесших ОНМК по ишемическому типу в остром периоде.

Методика проводится последовательно в 5 этапов.

1 этап - исследование произвольного и произвольного тактильного запоминания; 2 этап - исследование особенностей тактильного восприятия, дифференциации стимула; 3 этап - определение способности категоризации тактильного стимула; 4 этап – выявление особенностей произвольного тактильного запоминания; 5 этап – заключительный, проводится с целью оценки субъективного анализа и сверки сенсорных ощущений, является переходным звеном к психотерапевтической беседе.

Процедура. Обследование проводится за столом без контроля зрения. На столе расположены карточки с тактильными стимулами и дистракторами. На глазах испытуемого повязка, которая не снимается до окончания проведения эксперимента. **Стимульный материал** состоит из набора «А» (14 карточек для серии произвольного запоминания и 14 карточек для серии произвольного тактильного запоминания - стимулы и дистракторы). Этот

³⁰ Консультативную помощь при создании методики оказывала к.психол.н. Н.В.Зверева (ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ)

набор применяется на 1, 2, 3 этапах обследования. Набор «Б» используется на 4 этапе обследования, в него включены 10 карточек. **Ход проведения. 1 этап** - исследование произвольного и произвольного тактильного запоминания. **1 шаг** оценка произвольной тактильной памяти – используются карточки из набора «А». В ходе проверки произвольной памяти (14 шт.) предъявляется инструкция: «Сейчас я буду подавать Вам в руки карточки. Вы должны сказать: «ДА» в том случае, если по ощущениям, эта карточка напоминает Вам ощущение от расчески/ ощущение любой расчески». И второй вариант ответа: «НЕТ», в случае если карточка, которую Вы будете держать в руке, вообще, не имеет сходства с какой-либо расческой». После предъявления карточки- стимулы смешиваются с карточками – дистракторами. Инструкция: «Сейчас я смешала карточки, которые Вы держали в руках с теми, которые Вы еще не держали. Вы должны среди всех этих карточек выбрать только те, которые я Вам ранее подавала в руки». **2 шаг** оценка произвольной тактильной памяти – используются карточки из набора «А» (следующие 14 шт.). Инструкция: «Сейчас, я буду Вам подавать карточки, которые Вы должны будете запомнить на ощупь. После того как Вы их запомните, я их смешаю с другими новыми карточками, и Вам нужно будет выбрать из всех карточек только те, которые Вы запоминали».

2 этап – исследование особенностей тактильного восприятия, дифференциации и речевого значения тактильного стимула. (набор «А» 28 шт.). Инструкция: «Сейчас я буду подавать Вам в руки карточки по одной, по очереди. Вам нужно будет оценить и ответить «нравится» / «не нравится» / «ни то, ни сё» - предъявленная карточка, и далее рассказать на что она похожа по ощущению, или, что это может быть в реальности. Попробуйте описать своими словами, что Вы чувствуете на ощупь, когда прикасаетесь руками к поверхности предъявляемой карточки».

3 этап - исследуется способность категоризации тактильного стимула и способность анализировать стимульный материал (набор «А» 28 штук), используя пассивное/активное осязание. Регистрируются приёмы восприятия тактильной информации: стратегии поиска, ощупывание, манипулирование, умение оценивать фактурность, означать тактильный стимул. В ходе выполнения задания ведётся наблюдение за моторным, эмоциональным, гностическим компонентами. **1 шаг** Инструкция: «Перед Вами лежат все карточки, которые Вы сегодня уже держали в руках (набор «А» 28 шт.). Я их все смешала и положила в одну коробку. Вам нужно эти карточки разложить в группы на Ваше усмотрение, как Вам захочется, но так, чтобы они по каким-то качествам/свойствам/характеристикам подходили друг другу, были схожи между собой. Соберите на столе перед собой несколько групп карточек из общей массы. **2 шаг:** Инструкция «Теперь, когда Вы собрали все карточки в несколько групп, я попрошу Вас дать названия каждой группе карточек и назвать свойства, по которым Вы эти карточки объединили». Оценивается способность дифференциации и категоризации тактильных стимулов.

4 этап – используются карточки из набора «Б» +10 карточек из набора «А» для выявления особенностей произвольного тактильного запоминания. **1 шаг**- предъявление инструкции: «Сейчас я перед Вами на столе разложила 10 карточек (набор «Б»). Именно эти карточки, Вы, еще в руках не держали, и они Вам еще не знакомы. Вам нужно их самостоятельно изучить и запомнить каждую на ощупь. Их много. После того, как Вы их запомните, я их смешаю с другими карточками (+10 карточек из набора А). «Теперь, Вам нужно из перемешанных карточек (20 шт.) выбрать те, которые Вы сейчас запоминали». Испытуемый запоминает и после того, как он будет готов, со стола нужно убрать все карточки или закрыть их экраном, чтобы они зрительно были недоступны для испытуемого. **2 шаг** - предъявляется следующая инструкция: «Я убрала со стола все карточки, чтобы Вы их не увидели. Теперь Вы можете снять повязку с глаз. Карточек много, и что бы Вам было легче их вспомнить - я разрешу Вам сделать себе подсказки в виде рисунков. Пожалуйста, нарисуйте себе карточки, таким образом, как Вы их себе представляли, когда у Вас были закрыты глаза, и Вы прикасались к ним руками. Рисунки помогут Вам лучше вспомнить и выбрать нужную карточку из общей кучки». Далее, перед испытуемым остается рисунок, который он себе нарисовал. Перед ним

выставляется коробка с набором смешанных карточек и предлагается выполнить поиск, по типу игры в «тактильный мешочек». Оценивается количество правильных ответов, совпадение нарисованной и искомой карточки, количество воспроизведенных правильно ответов. Данные заносятся в регистрационный бланк.

5 этап – заключительный, проводится с целью оценки субъективного анализа и сверки сенсорных ощущений, является переходным звеном к психотерапевтической беседе. Инструкция: «Наша встреча подошла к концу. Вы хорошо поработали и теперь вы можете снять повязку с глаз и если это Вам интересно, то рассмотреть все карточки. Ответьте, совпадают ли Ваши представления от ощущений с тем, что Вы сейчас видите. Понравилось ли Вам занятие, что не понравилось или понравилось в занятии» и т.д.

Резюме. Первые шаги в применении этой методики в инсультном отделении показали, что она достаточно информативна в плане диагностики; сравнительно легка и удобна в применении для восстановительной работы. Требуется время для выявления, систематизации и анализа ее диагностических нюансов и психотерапевтических эффектов. В работе с пациентами было замечено, что пациент входит в работу постепенно, оставляя за собой возможность выбора пассивной/активной позиции. Манипуляции с карточками, по-видимому, снижают уровень тревоги и активизируют в дальнейшем проявление любопытства. Постепенное, поэтапное усложнение работы с методикой вызывает интерес и мотивирует пациента к психотерапевтической работе, к пересмотру собственных установок в восприятии не только тактильной информации, но и отдельных социальных установок, проецирующихся в рамках психодиагностического взаимодействия. Пациенты с афазиями легче входят в этап восстановительного обучения, растормаживание речи проходит незаметнее при смещении акцентов на тактильную сферу.

Конечно же, работа с данной методикой еще не завершена и требует накопления статистической обработки полученного материала, фиксации и дальнейшего изучения психотерапевтических эффектов, возникающих в процессе её проведения. Надеемся, что предлагаемая методика вызовет к себе практический интерес и поможет в профессиональной деятельности тем специалистам, которые по роду своей деятельности, так или иначе, соприкасаются с изучением особенностей тактильной сферы.

Литература

1. Пархоменко Д. Комплексное исследование тактильной сферы. - Акрополь 2011. 39 с.
2. Каримулина Е.Г., Зверева Н. В., Тактильная деятельность и успешность обучения у детей младшего школьного возраста//Клиническая и специальная психология, 2012, №.1
3. Хомская Е.Д., Нейропсихология: Учебник для вузов. 4-е изд.- СПб.: Питер, 2008, с.174
4. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И., Клиническая нейропсихология: учебное пособие для студентов высших заведений. – 2-е изд., стер. - Москва: Академия, 2007. – 140 с.

Коробко Е.В.

К ВОПРОСУ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СМЫСЛА БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН С ИДИОПАТИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

ДГТУ, Ростов-на-Дону, Россия

korobkoev@gmail.com

Ключевые слова: идиопатическое бесплодие, анозогнозия, внутренняя картина болезни, личностный смысл болезни, миф о здоровье

Korobko E.V.

ON THE ISSUE OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF THE MEANING OF THE DISEASE IN WOMEN WITH IDIOPATHIC INFERTILITY

DSTU, Rostov-on-Don, Russia

Keywords: idiopathic infertility, anosognosia, the internal picture of the disease, the personal meaning of the disease, the myth of health

В психологической работе с женщинами, сталкивающимися с репродуктивными трудностями, в частности, с невозможностью зачать, особый интерес для психологических исследований представляет идиопатическое бесплодие, когда зачатие не наступает на фоне здорового соматического состояния женщины, т.е. полное медицинское обследование не выявило причин ее неспособности к зачатию. Можно было бы предположить, что современная медицина еще не достигла уровня идеальной диагностики, и женщины с идиопатическим бесплодием все-таки имеют соматические причины, препятствующие зачатию, и являются лишь недообследованными [3], тем не менее, исследования зарубежных коллег показывают, что психологическая поддержка таких женщин является фактором снижения стресса и значительного увеличения числа забеременевших [5]. Целью психологической коррекции в таких ситуациях предлагаем рассмотреть не столько внутреннюю картину болезни, сколько внутреннюю картину здоровья.

И.В.Зябкина доказывает, что внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни – по сути описывают одну и ту же психологическую реальность – образ собственной телесности в обычной ситуации и в ситуации болезни [2]. Значит, чтобы помочь пациентке с идиопатическим бесплодием отказаться от вторичных выгод заболевания, мы должны разобраться с её мотивами, мифами, и определить важный компонент внутренней картины болезни – личностный смысл [2], через понимание которого психолог будет менять отношение пациентки к самой себе, своему болезненному состоянию и образу жизни, который привёл к неудовлетворительным результатам. Рассматривая личностные смыслы, опираясь на психологию телесности и деятельностный подход, можно убедиться, что все три возможных варианта смысла болезни (преградный, конфликтный и позитивный), описанные А.Ш. Тхостовым [4], справедливы не только в отношении состояния идиопатического бесплодия, но и, собственно, в отношении состояния беременности для отдельных женщин. В частности, несмотря на то, что беременность – не болезнь, а особое состояние организма женщины, часть пациенток воспринимают как нездоровье именно этот период (и последующий период материнства), а не своё фактическое состояние, в силу ограниченных возможностей самореализации в социуме и свободы действий при наступлении беременности. Поэтому усилия клинического психолога должны быть направлены, в первую очередь, на помощь в осознании имеющейся анозогнозии у таких пациенток и формирование не только позитивного смысла здоровья, но и, по И.В. Зябкиной, «адекватного негативного смысла болезни» [2].

Восприятие себя, как человека полноценного в ситуации болезни возможно тогда, когда здоровье является потребностью и ценностью [2]. При этом, по О.С.Васильевой, Ф.Р.Филатову, необходимо помнить, что утрата личностной ценности или индивидуальной значимости при самой успешной адаптации к социуму становится причиной глубокого жизненного кризиса, который внезапно обрушивается даже на внешне благополучного и преуспевающего человека [1, с.151].

Проблема бесплодия неясного генеза, не смотря на свою распространенность, остаётся деликатной и является фрустрирующей. Предполагаем, что формирование новых, адекватных смыслов и восприятия своего фактического состояния, позволит изменить потенциально имеющиеся иррациональные убеждения, тем самым выиграв время, которое зачастую играет против женщины в силу биологически обусловленного ограниченного периода возможности зачать естественным путем.

Литература

1. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр “Академия”, 2001. — 352 с. ISBN 5-7695-0820-5.
2. Зябкина И.В. Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского Социология. Педагогика. Психология. Том 7 (73). 2021. № 1. С. 126–137. УДК 159.9:61.
3. Коробко Е.В. Необходимость и предпосылки психологического сопровождения женщин с идиопатическим бесплодием, Материалы XLVIII научной конференции преподавателей, аспирантов и студентов Академии психологии и педагогики Южного федерального университета (21–23 апреля 2020 г.) / под общей редакцией о. Ю. Шипитько; Южный федеральный университет. – Ростов-на-Дону; Таганрог: Издательство Южного федерального университета, 2020. – 702 с. ISBN 978-5-9275-3618-4.
4. Тхостов А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287
5. Rooney K.L., Domar A.D.. The relationship between stress and infertility // Dialogues in Clinical Neuroscience. 2018. Vol. 20, No. 1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016043/>.

Мандрусова Э.С., Тетерина М.Н.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Клинические психологи. Москва, Россия.
ae.shapiro@yandex.ru; marishat@list.ru

Ключевые слова: патопсихология, социальная реабилитация, психотерапия

Mandrusova E. S., Teterina M. N.

PATHOPSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE REHABILITATION OF MENTALLY ILL PATIENTS

clinical psychologists. Moscow, Russia.
ae.shapiro@yandex.ru; marishat@list.ru

Keywords: pathopsychology, social rehabilitation, psychotherapy

Патопсихологический подход к психокоррекции и социальной реабилитации психических больных заключается в обязательном предварительном экспериментально- психологическом исследовании с целью выявления не только патологически измененных, но и сохранных сторон психической деятельности пациента, его личностных особенностей. Учитывая проанализированные результаты экспериментальных данных, можно правильно построить стратегию психотерапевтических воздействий.

К сожалению, в настоящее время, выработанные Б.В.Зейгарник [2] и С.Я. Рубинштейн экспериментально-психологические методики, мало используются, как предварительный этап психокоррекционной деятельности. Лишь единичные клинические психологи владеют методами экспериментального исследования и качественного анализа полученных результатов. А это особенно важно в работе с душевнобольными пациентами.

Важной задачей является не только избавление пациента от его болезненных симптомов, но и возвращение его в социальную среду, где он будет себя чувствовать полноценным членом общества. С.Я. Рубинштейн [4] придавала особое значение именно этому аспекту психокоррекции. Она считала необходимой работой психолога поиск потенциальных возможностей пациента для продолжения его трудовой деятельности. Без оказания реальной помощи в трудоустройстве, по ее мнению, психотерапевтические воздействия малоэффективны. Сусанна Яковлевна высоко ценила патопсихологический эксперимент,

подчеркивая, что его спецификой является индивидуальный характер. Она считала, что проводить коррекционную работу, обосновать учебные и трудовые рекомендации можно только выявив с помощью эксперимента патологически измененные и сохраненные «сильные» стороны психической деятельности испытуемого. На сегодняшний день экспериментальная патопсихология накопила достаточно данных, отчетливо показывающих, что пациенты, давно болеющие и имеющие признаки сформировавшегося дефекта, могут сохранять трудоспособность. Но ошибка в выборе специальности как раз приводит к существенным неблагоприятным последствиям.

При наличии расхождений между реальными возможностями и устремлениями человека (слишком завышенной или, напротив, заниженной самооценкой) задачей психолога является не только формирование адекватной «внутренней картины болезни», но и приверженности к проводимой психофармакотерапии. Учитывая силу компенсаторных механизмов пациента, психолог стремится регулировать эти расхождения, убеждая его по результатам исследования в какого рода деятельности он может быть успешным и удовлетворенным своим трудом.

Деятельность, связанная с общением, с принятием норм и правил, существующих в коллективе, установление позитивного контакта является проблемой практически для всех категорий больных. Поэтому корригирующая помощь психолога необходима в реальной адаптации пациентов в социуме.

Так же важна и консультативная помощь семье, так как неправильное отношение со стороны родных может быть причиной декомпенсации больного.

В практике современных психологов-психотерапевтов в основном преобладает не «клиническая» модель психотерапии, где требуется соотнесение выявленных патологических феноменов с нозологической формой заболевания, а используется «психологическая» модель психотерапии, направленная на поиск и объяснение психологических причин душевных расстройств, не принимая во внимание биологической природы психических декомпенсаций.

Отрадно видеть, что, несмотря на фактическое забвение патопсихологической оценки и приоритет модных западных психотерапевтических техник, в последнее время в «Психологической газете» стали появляться высказывания ведущих клиницистов о необходимости взаимодействия клинического психолога и психиатра, о включении экспериментально-психологического исследования в клинические рекомендации. Известный психиатр-психотерапевт, доктор медицинских наук Марк Евгеньевич Бурно в своей статье в «Психологической газете» (от 29 июня 2021 г.) «О неясном психотерапевтическом завтра» [1] проводит сравнение «психологической психотерапии» и «клинической (врачебной) психотерапии». По его мнению, психологическая психотерапия в целом настроена на помощь душевно здоровым людям, помогая им с переживаниями по поводу трудных отношений с другими людьми, по поводу своей неустроенности. Может быть полезна и людям со сравнительно мягкими (субклиническими) невротическими расстройствами. Но в работе с психическими больными, там, где есть истинная клиническая патология, необходимо знать разнообразную клинику, личностную почву. И в таких случаях клинический психолог, работая самостоятельно, не будучи клиницистом, может повредить. Из своей практики Марк Евгеньевич свидетельствует, что многие пациенты с «расстройствами шизофренического спектра» жалуются врачам на работу психолога, говорят, что психолог призывает жить по «какой-то чужой», неестественной для пациента, но «единственно правильной схеме». Поэтому он призывает в таких случаях прежде всего посоветоваться с психиатром, и приветствует тех клинических психологов, которые стремятся к глубокому знанию психиатрии. С его мнением невозможно не согласиться.

Также в «Психологической газете» от 7 июля 2021г. опубликовано «Обращение НМИЦ им. В.М.Бехтерева к авторам клинических рекомендаций» [3] по поводу их пересмотра, подписанное директором Центра проф. Н.Г. Незнановым и доктором медицинских наук Т.А. Караваевой, где говорится: «Важной частью диагностики психических расстройств, позволяющих не только верифицировать заболевание, оценить его динамику, но и выделить мишени психотерапевтических интервенций социо-реабилитационных мероприятий, является

проведение клинико-психологического психодиагностического исследования с применением ряда клинических оценочных шкал, клинико-психологических и экспериментально-психологических методов и методик. Это позволяет уточнять специфику состояния больного, улучшать прогностическую точность диагностического алгоритма, выбрать и организовать эффективную терапевтическую стратегию». И далее они призывают к закреплению в клинических рекомендациях необходимости проведения клинико-психологического диагностического исследования в алгоритмах диагностики психических расстройств.

Такое мнение ведущих клиницистов нашей страны вселяет надежду на возрождение патопсихологического подхода к социальной реабилитации больных с различными психическими расстройствами.

Патопсихологическая оценка психического состояния пациента должна быть неотъемлемой частью работы клинического психолога в выборе соответствующих психокоррекционных-психотерапевтических стратегий ведения пациентов.

Литература

1. Бурно М.Е. статья «О неясном психотерапевтическом завтра» Психологическая газета 29.06.2021г.
2. Зейгарник Б.В. Введение в патопсихологию. МГУ 1969г.
3. Незнанов Н.Г., Караваева Т.А. «Обращение НМИЦ им. В.М.Бехтерева к авторам клинических рекомендаций» Психологическая газета 05.07.2021г.
4. Рубинштейн С.Я. О трудоустройстве и трудовых рекомендациях психически больным. Сб. «Экспериментальные исследования в патопсихологии». М., 1976 С. 97-107.
5. Тетерина М.Н. Патопсихологический эксперимент как один из приемов психокоррекции в комплексном лечении пациентов с паническим расстройством. Журнал «Психическое здоровье». 2016. Т. 14. № 6 (121). С. 42-45.

Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Жабина Д.В., Кузнецова С.О.
НАРЦИССИЧЕСКИЕ ПРЕДИСПОЗИЦИИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО

ПОВЕДЕНИЯ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
medvedeva.ti@gmail.com

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, аффективная патология, нарциссизм

Medvedeva T.I., Enikolopov S.N., Vorontsova O.Yu., Zhabina D.V., Kuznetsova S.O.
NARCISSISTIC PREDISPOSITIONS OF SELF-HARMING BEHAVIOR

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Keywords: self-harming, affective pathology, narcissism

Введение. Патологический нарциссизм связан как с риском суицида, так и с несуйцидным самоповреждающим поведением. Диагностические критерии нарциссического расстройства личности (NPD) в DSM-5, F60.8 по МКБ-11, сосредоточены в первую очередь на характеристиках грандиозности и значимости, а не на проявлении таких характеристик расстройства как уязвимость, чрезмерная чувствительность. В настоящее время общепринято, что можно выделить по крайней мере два подтипа патологического нарциссизма: грандиозный или явный нарциссизм и уязвимый (гиперсенситивный) или скрытый нарциссизм [2; 3; 4]. Люди с первым подтипом могут казаться высокомерными, претенциозными, доминирующими, самоуверенными, эксгибиционистскими или агрессивными, тогда как люди со вторым подтипом могут выглядеть чрезмерно чувствительными, неуверенными, защищающимися и обеспокоенными скрытым чувством стыда и неполноценности.

Как нарциссическая грандиозность (завышенные представления о себе с сопутствующими возвышающими фантазиями, чувством собственной правоты и межличностной

эксплуатацией), так и нарциссическая уязвимость (нарушение самосознания, эмоций и регуляции поведения в ответ на неудачи признания со стороны других) связаны с суицидальным риском. Обзор исследований показывает, что связи между несуйцидальными самоповреждениями и нарциссической уязвимостью хорошо подтверждены в исследованиях, но доказательства, связывающие несуйцидальное самоповреждающее поведение и нарциссическую грандиозность, неоднозначны.

В нашем исследовании мы опирались на концепцию нарциссизма Г. Амона, в которой рассматриваются два вида патологического нарциссизма – деструктивный и дефицитарный. Деструктивный нарциссизм понимается как искажение или нарушение возможности личности реалистично ощущать, воспринимать и оценивать себя, проявляется в неадекватной оценке себя и других, настороженности в общении, нетерпимости к критике, низкой толерантности к фрустрациям, потребности в общественном подтверждении своей значимости и ценности. В целом это описание близко к пониманию «грандиозного нарциссизма». Дефицитарный нарциссизм понимается как недостаточность способности формировать целостное отношение к себе, проявляется низкой самооценкой, зависимостью от окружающих, преобладанием эмоциональных переживаний, общий фон которых - безрадостность, пустота, забытость, и неосознанным стремлением к симбиотическим контактам, в которых можно полностью "раствориться", защитив себя от страхов реальной жизни. Этот вид нарциссизма может быть соотнесен с «уязвимым нарциссизмом».

При актах аутоагрессии тело становится инструментом или средством для решения психологических проблем. Для того, чтобы это стало возможным, важную роль играет способность объективировать свое тело «смотреть на него со стороны». Одним из проявлений нарциссических черт является неустойчивая или несформированная самооценка, которая может проявляться в попытках соответствовать «идеалам», и как следствие потребности сравнения себя с окружающими. Особенно это характерно для молодых женщин, так как согласно теоретикам феминизма, в современном обществе женское тело сконструировано как объект, на который «нужно смотреть». Самообъективация относится к усвоенной схеме «я» относительно важности своего тела и внешнего вида по сравнению с другими аспектами «я»; а самонаблюдение и сравнение себя с другими представляет собой проявление самообъективации.

Целью исследования был анализ связи самоповреждающего поведения и нарциссических черт личности.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 24 пациентки с депрессией (возраст 16 - 25 лет, средний возраст 18.4), проходящих стационарное лечение. Также рассматривалась группа из 50 здоровых испытуемых (без психиатрического диагноза), 50% составили мужчины (средний возраст и мужчин, и женщин 18 лет).

Для оценки выраженности самоповреждающего поведения использовался вопрос «Иногда я намеренно травмирую себя» (выбор по 5-бальной шкале).

«Я-структурный тест Г. Аммона» («Ich Struktur Test Ammon», ISTA) [1], позволяющий оценить спектр патологических состояний, которым соответствует сложившийся тип организации структуры личности

Шкала «Сравнения с окружающими» - Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R) [5]. Адаптация опросника в настоящее время проводится, в статье опросник используется для исследовательских целей.

Результаты. В клинической группе выявлена статистически значимая связь выраженности намеренного травмирования собственного тела с показателями «дефицитарного нарциссизма» (корреляция Спирмена, $r = ,534^*$), положительную корреляцию «Сравнения с окружающими» с выраженностью самоповреждающего поведения. При этой в клинической группе не выявлено связи «сравнения с окружающими с нарциссическими чертами.

В группе здоровых испытуемых статистически значимые связи выраженности намеренного самоповреждающего поведения были выявлены с «деструктивным» и «дефицитарным» нарциссизмом ($,665^{**}$ и $,499^{**}$) и «сравнением с окружающими».

Отдельное рассмотрение здоровых девушек и юношей показало, что у девушек намеренное травмирование связано с «деструктивным нарциссизмом» (,572**), а у юношей и обоими видами патологического нарциссизма (,728** и ,637** для «деструктивного» и «дефицитарного» нарциссизма). Связь показателей «Сравнения с окружающими» с обоими показателями патологического нарциссизма была выявлена для группы здоровых и отдельно для юношей, при этом у здоровых девушек была выявлена связь только с «деструктивным нарциссизмом» (,576**).

Таким образом в исследовании выявлено, что в клинической группе у девушек выраженность самоповреждающего поведения связана с «дефицитарным нарциссизмом», а у здоровых девушек в первую очередь с «деструктивным». В концепции Аммона дефицитарный нарциссизм по сравнению с деструктивным связан с более глубоким нарушением центральной Я-функции, ведущем к почти полной неспособности воспринимать неповторимость собственного существования, придавать значение своим желаниям. Если среда, вызывающая деструктивную деформацию нарциссизма, характеризуется «слишком человеческими» отношениями, с их непоследовательностью, противоречивостью, страхами, то атмосфера дефицитарного нарциссизма - холод, безразличие и равнодушие. «Таким образом, вместо "искажающего зеркала" деструкции здесь существует лишь "пустота" дефицита». Возможно, проявления именно этого мы видим в различиях в связях самоповреждающего поведения в клинической и «здоровой» группах. В клинической группе выраженность самоповреждающего поведения связана с более серьезной патологией - несформированностью «нормального» нарциссизма, а в здоровой группе речь скорее идет о деформированном нарциссизме. Если допустить аналогии с «грандиозным» и «уязвимым» нарциссизмом, это различие в группах может объяснить неоднозначность результатов исследований о связи грандиозного нарциссизма и самоповреждающего поведения. Однако следует учитывать небольшие размеры выборок, которые могут исказить результаты.

Сравнение групп девушек показывает, что несмотря на то, что патологические параметры нарциссизма больше выражены в клинической группе, статистически значимых результатов эти различия не достигают, что обусловлено большой дисперсией с каждой из групп. Самообъективация и сравнение себя с другими в клинической группе не связана с проявлениями нарциссических черт, в группе здоровых девушек и юношей такие связи продемонстрированы. Вероятно, в группе здоровых самообъективация связана с ориентацией на других, и деструктивным нарциссизмом.

Выводы. Показано, что в клинической группе больных депрессией девушек выраженность самоповреждающего поведения связана с «дефицитарным нарциссизмом», а у здоровых девушек в первую очередь с «деструктивным» с повышенной потребностью в сравнении себя с окружающими. В группе здоровых юношей оба вида патологического нарциссизма были связаны с более выраженным самоповреждающим поведением.

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ 20-013-00129.

Литература

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. СПб.: Психоневрол. ин-т, 1995. 198 с.
2. Гаранян Н.Г. Апробация методики диагностики нарциссических черт личности на выборке студентов российских вузов // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Vol. 24. no. 4. pp. 8–32. DOI: 10.17759/cpp.2016240402.
3. Cain N.M., Pincus A.L., Ansell E.B. Narcissism at the crossroads: phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis // Clin Psychol Rev. 2008. Vol. 28. no. 4. pp. 638–56. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.09.006.
4. Pincus A.L., Cain N.M., Wright A.G. Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy // Personal Disord. 2014. Vol. 5. no. 4. pp. 439–43. DOI: 10.1037/per0000031.
5. Schaefer L.M., Thompson J.K. The development and validation of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R) // Eat Behav. 2014. Vol. 15. no. 2. pp. 209–17. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2014.01.001.

Мелёхин А.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НА ПРИМЕРЕ ПЕРВИЧНОГО СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ

РНИМУ. им. Пирогова, Российский геронтологический научно-клинический центр
e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Ключевые слова: синдром беспокойных ног, идиопатический синдром беспокойных ног, бессонница, хроническая инсомния, когнитивно-поведенческая терапия.

Melehin A. I.

THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN NEUROLOGICAL PRACTICE: THE EXAMPLE OF THE PRIMARY RESTLESS LEGS SYNDROME

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia,
e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Key words: restless legs syndrome, idiopathic restless legs syndrome, insomnia, chronic insomnia, cognitive behavioral therapy.

Актуальность исследования. Используются различные медикаментозные и немедикаментозные подходы к лечению используются для облегчения симптомов первичного синдрома беспокойных ног (СБН) и улучшения качества сна у пациентов, страдающих СБН с бессонницей. Отметим, что существует проблема *рефрактерного первичного СБН* [4], который характеризуется частичной невосприимчивостью пациента к агонистам дофамина или альфа-2-дельта-лигандам. Даже когда пациенты с СБН получают терапию для облегчения симптомов, бессонница часто остается, а тяжесть симптомов беспокойных ног остается на «умеренном» или «тяжелом» уровне [4]. Протоколы *когнитивно-поведенческой терапии инсомнии* (КПТ-И [1]) считаются «золотым стандартом» первой линии лечения пациентов с хронической бессонницей и пациентов, страдающих бессонницей, с такими сопутствующими симптомами, как болевой синдром. Пациенты с СБН могут быть подвержены дисфункциональному восприятию сна и неадаптивному поведению, которые приводят к бессоннице в дополнение к симптомам беспокойных ног [2;3]. Психические изменения при КПТ-И достигаются за счет минимизации дисфункционального восприятия сна, проявляющегося в чрезмерном беспокойстве и функциональных нарушениях в повседневной жизни. Поведенческие изменения происходят через модификацию неадаптивного поведения такого, как бодрствование в постели ночью или дневной сон. Таким образом, КПТ-И может быть эффективной и необходимой терапией для пациентов с СБН с коморбидными симптомами бессонницы.

Цель данного исследования состояла в том, чтобы исследовать эффективность протокола когнитивно-поведенческой терапии для улучшения качества сна, снижения симптомов беспокойных ног, депрессии, тревоги, суицидальных мыслей у пациентов с первичным СБН с коморбидной хронической инсомнией.

Участники исследования. 68 пациентов с коморбидной хронической инсомнией, у которых врачом-неврологом был диагностирован первичный синдром беспокойных ног (на основе обновленных диагностических критериев исследовательской группы СБН – IRLSSG от 2014 г.). Женщин – 56 человек (средний возраст - 52,1±10,3лет), мужчин – 12 человек (средний возраст – 50,3±9,4 лет). Годы образования - 16,1±4,9 года. Наблюдались у невролога и клинического психолога в период с апреля 2019 г. по август 2020 г. Большинство пациентов не желали дальнейшего увеличения дозы дофаминергических агонистов. В ряде случаев дальнейшее увеличение дозы, или изменение агонистов дофамина, или дополнительные

методы лечения (например, опиаты, бензодиазепины, СИОЗС, антиконвульсанты) привели к едва переносимым побочным эффектам или отсутствию терапевтического эффекта.

Критерии исключения: 1) вторичный СБН (из-за лежащего в основе заболевания которое, как известно, провоцирует СБН (например, железодефицитная анемия, уремия, почечная недостаточность, аутоиммунные расстройства); 2) серьезные сопутствующие соматические заболевания с возможным ухудшением качества жизни; 3) серьезные сопутствующие психические заболевания, которые на основе обследования, исключались врачом-психиатром; 4) тяжелые когнитивные нарушения, которые исключались в ходе обследования врачом-неврологом.

Методики исследования: Международная шкала оценки синдрома беспокойных ног (IRLS, Walters, LeBrosq, 2003); Индекс тяжести бессонницы (ISI, Bastien et al., 2001); Шкала дисфункциональных убеждений в отношении сна (DBAS-16, Morin, 2007); Анализ дневника сна. Актиграфия на протяжении 2 недель, с применением актиграфа SOMNOwatch plus RESP. Мы использовали программу Actiwatch Activity and Sleep 7.2. и action-W 2.6.2. для загрузки и анализа собранных данных, связанных со сном (TST, SOL, WASO, SE). Шкала оценки депрессии А. Бека (BDI, Beck et al., 1996); Шкала наличия и степени выраженности суицидального поведения (SBQ-R, Osman, 2001); Шкала оценки тревоги А. Бека (BAI, Beck et al., 1988).

Дизайн исследования. 37 пациентов были отнесены к *основной группе*, которая принимала дофаминергические агонисты пролонгированного действия (pramipexole, Мирапекс-ПД, 1,5 мг.) и получала протокол когнитивно-поведенческой терапии *RELEGS* (Restless Legs Skills program, Hornyak, Grossmann, [21]), который интегрирует в себя когнитивно-поведенческий протокол инсомнии (КПТ-И, [5]) и терапию усиления осознанности (Mindfulness-Based Stress Reduction, [1]). Регламент включал четыре еженедельных сессии по 60 минут, в ходе которой на постоянной основе пациенты вели дневник сна с отметкой симптомов беспокойных ног.

Контрольная группа состояла из 31 человека, которые получали только однократные общие сведения по гигиене сна, а также принимали дофаминергические агонисты пролонгированного действия. Разъяснение о гигиене сна было однократным на протяжении периода наблюдения.

Результаты. После лечения ($p < 0,05$) и на протяжении трехмесячного наблюдения ($p < 0,05$) в основной группе наблюдались и сохранялись незначительные изменения в выраженности симптомов беспокойных ног (IRLS). Снижился дискомфорт в ногах, необходимость двигаться, усталость и сонливость с тяжелой до умеренной степени выраженности. Длительность симптомов изменилась с 3-8 часов до 1-2 часов в сутки. После окончания лечения и спустя 3 месяца не наблюдалось изменений в выраженности симптомов беспокойных ног в основной и контрольной группе по сравнению с состоянием до и после лечения. Наблюдалось снижение тревожных руминаций (BAI), перестраховочного, избегающего поведения, катастрофизации в конце лечения ($p < 0,01$) и на протяжении 3 месяцев ($p < 0,001$). Положительный эффект сохранялся на протяжении 3 месяцев. На момент прохождения психотерапии в основной группе не наблюдалось выраженных изменений в симптомах выраженности депрессии. Сравнение эффективности лечения в конце и спустя 3 месяца показало снижение симптомов депрессии в основной по сравнению с контрольной группой. По окончании лечения и на протяжении 3 месяцев в основной группе снижился спектр суицидального поведения (по шкале SBQ-R, $p < 0,05$ и $p < 0,01$), включая самоповреждающее поведение в отношении дискомфортных ощущений в ногах. Восприятие пациентами основной группы симптомов беспокойных ног, как «попытки» с чувством беспомощности и безнадежности своего положения, в отличие от контрольной группы значительно улучшилось. В основной группе снижение форм суицидального поведения сохранялось на протяжении 3 месяцев наблюдения. В основной группе наблюдалось большее снижение степени выраженности симптомов инсомнии (ISI), в отличие от контрольной группы после окончания ($p < 0,01$) и спустя 3 месяца наблюдения ($p < 0,01$). После окончания лечения и спустя 3 месяца наблюдались положительные изменения в выраженности симптомов инсомнии в основной и контрольной группе по сравнению с состоянием до и после лечения.

Говоря про параметры сна, полученные с помощью актиграфии, в основной группе в конце лечения ($p < 0,001$) и спустя 3 месяца ($p < 0,001$) наблюдается снижение латентности до начала сна (SOL, $p < 0,01$) и сокращение времени пробуждений после начала сна (WASO, $p < 0,05$). Сравнение состояния до и спустя 3 месяца с помощью актиграфии выявило большую эффективность сна (SE, $p < 0,05$) в основной по сравнению с контрольной группой. По данным актиграфии, сравнение состояния в конце и спустя 3 месяца в основной группе показало улучшение в общем времени сна ($p < 0,01$), снижение латентности наступления сна (SOL, $p < 0,01$) и количества ночных пробуждений (WASO, $p < 0,05$).

Выводы. В рамках персонализированного комплексного подхода наряду с медикаментозным подходом и общими рекомендациями по гигиене сна, применение краткосрочной КПТ (4 сессии по 60 минут) позволяет значительно улучшить психическое благополучие, улучшить качество сна пациентов с СБН с коморбидной хронической инсомнией.

Литература

1. Мелёхин А.И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств сна. Практическое руководство. Москва, Гэотар-Медиа, 2020. 496 с.
2. Para K.S., Chow C.A., Nalamada K. Suicidal thought and behavior in individuals with restless legs syndrome. *Sleep Med.* 2019; 54(1): 1-7. doi: 10.1016/j.sleep.2018.09.019
3. Harrison E.G., Keating J.L., Morgan P.E. Non-pharmacological interventions for restless legs syndrome: a systematic review of randomised controlled trials. *Disabil Rehabil* 2018; 21(1): 19-27. doi: 10.1080/09638288.2018.145387561180/
4. Rinaldi F., Galbiati A, Marelli S., et al. Defining the phenotype of restless legssyndrome/Willis-Ekbom disease (RLS/WED): a clinical and polysomnographic study. *J Neurol* 2016; 39(4): 26-38. doi: 10.1007/s00415-015-7994-y.
5. Hornyak M., Grossmann C, Kohnen R. Cognitive behavioural group therapy to improve patients' strategies for coping with restless legs syndrome: a proof-of-concept trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2008; 79(7): 823-835. doi: 10.1136/jnnp.2007.138867.

Нелюбина А.С.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГИПОТЕТИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ КАК СИТУАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

РГГУ, Москва, Россия
nelubina-anna@mail.ru

Ключевые слова: поведение в ситуации болезни, неопределенность, эксперимент, гипотетическое поведение

Neliubina A.S.

EXPERIMENTAL STUDY OF HYPOTHETICAL BEHAVIOR OF A HEALTHY PERSON IN A SITUATION OF ILLNESS AS A SITUATION OF UNCERTAINTY

RSUH, Moscow, Russia

Keywords: illness behavior, uncertainty, experiment, hypothetical behavior

Несмотря на успехи в лечении новой коронавирусной инфекции и предпринимаемые профилактические меры, количество госпитализаций пациентов в четвертую волну эпидемии и смертность не уменьшаются [4]. Несвоевременное обращение за медицинской помощью, самолечение может приводить к ухудшению прогноза и осложнениям. Поэтому актуальным становится изучение того, как человек, попавший в ситуации болезни, будет действовать. Обратится ли он немедленно за медицинской помощью или будет оттягивать принятие решения? Будет ли заниматься самолечением? Привлечет ли к решению проблемы свое

социальное окружение? Чтобы предсказать возможное поведение респондентов, если они заболеют, чаще всего исследуют представления «гипотетических пациентов» о ковиде: путях его распространения, опасности, мерах профилактики и лечения, опасения по поводу последствий. Инструментом таких исследований служат социологические анкеты, опросы [5], психосемантические методы, методы свободных ассоциаций [1]. Или же исследуются смежные феномены, способные повлиять на поведение человека, если он столкнется с болезнью: копинг-ресурсы и копинг-механизмы, мотивационные аспекты, самоэффективность, локус контроля и пр.

В наших недавних исследованиях поведения человека в ситуации болезни [2; 3] был предложен эксперимент по типу классического патопсихологического эксперимента – специально создавались условия для выявления особенностей восприятия ситуации болезни и поведения в ней. На наш взгляд, этот эксперимент возможно применять для исследования гипотетического поведения лиц, с целью предсказания их возможного поведения в ситуации инфицирования SARS-CoV-2. Опишем суть эксперимента. Участниками исследования становились условно здоровые на момент обследования лица. Им давалась следующая инструкция: «Представьте, что Вы пришли сегодня домой и Вам стало плохо. Что Вы будете делать?». Если участник исследования уточнял, как именно ему стало плохо и какие у него жалобы, экспериментатор сообщал, что это телесное недомогание, но отмечал, что ощущения у каждого свои. Участнику исследования предлагалось записать свой вариант действия. После этого давалась вторая инструкция, которая оставалась неизменной до конца эксперимента: «Хорошо. Вы это сделали. Но Вам не стало лучше. Что Вы теперь будете делать?». В инструкции не было указания на ухудшение или улучшение самочувствия, только на то, что ситуация не меняется. После каждого повторения второй инструкции участнику исследования предлагалось записывать вариант действия. Если участник исследования интересовался, когда это закончится, экспериментатор говорил, что не знает, что в ситуации болезни никто наверняка не знает, когда она закончится. Если участник исследования спрашивал, почему не помогают те действия, которые он уже сделал, ведь эти действия всегда ему помогают и проверены временем, экспериментатор говорил, что так бывает в ситуации болезни, что никто не знает, почему не помогают принятые способы лечения. Если участник исследования спрашивал, имеет ли смысл продолжать писать ответы, экспериментатор отвечал: «Как Вы хотите. Это зависит от Вас». Т.е., при помощи инструкции создавалась ситуация неопределенности, ситуация, часто фрустрирующая человека. Выйти из эксперимента участник исследования мог только нарушив инструкцию, предложив ответ: «Я выздоровел», «Я умер» или сообщив, что он больше не знает, что еще сделать и будет повторять последнее предложенное действие. Если после завершения эксперимента участник исследования спрашивал, как нужно было решить эту задачу, то экспериментатор отвечал, что нет правильных или неправильных ответов и все они индивидуальны.

Обработка результатов предполагает качественный и количественный анализ. Количественный анализ заключается в подсчете количества действий (длины цепочки), а также в количестве неповторяющихся действий, так как некоторые участники исследования могли ригидно повторять одно действие несколько раз, хотя оно не давало положительного эффекта. Качественный анализ заключался в выделении основных видов действий, среди которых были: «действия по снижению неопределенности ситуации» (измерение температуры, медицинские анализы и т.д.), «обращение за медицинской помощью» (пойду к врачу, вызову скорую, госпитализируюсь, потребую консилиума), «самолечение», «обращение за социальной помощью» (сделаю то, что скажет мама, молодой человек и т.д.), «обращение к нетрадиционному лечению, магии, религии», «отсутствие действий, ожидание», «удовлетворение физиологических потребностей» (лягу спать, поем), «отвлечение на другую деятельность».

Релевантными изучаемым параметрам, на наш взгляд, являются толерантность к неопределенности – насколько гипотетический пациент способен выдерживать ситуацию неопределенности, стили принятия решения в ситуации неопределенности и, возможно,

степень оценки угрозы (прогрессирования заболевания) – воспринимается ли ситуация нездоровья как угрожающая жизни и стратегии совладания со стрессом, вызванным заболеванием. Сочетание этих параметров с экспериментом дает более полное понимание возможных причин действий участника исследования в возможной ситуации заболевания.

Литература

1. Донцов А.И., Зотова О.Ю., Тарасова Л.В. Социальные представления о коронавирусе в начале пандемии в России // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2021. Т. 18. № 2. С. 422–444. DOI: 10.22363/2313-1683-2021-18-2-422-444.

2. Нелюбина А.С. Ситуация болезни как ситуация неопределенности // XVII съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению», 15–18 мая 2021 года, Санкт-Петербург [Электронный ресурс www.psychiatr.ru/events/833]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021.- С. 870-871.

3. Нелюбина А.С. Стратегии поведения в ситуации болезни как ситуации неопределенности // Человек в ситуации изменений: реальный и виртуальный контекст: Материалы международной научной конференции / Редкол.: Т.Д. Марцинковская, В.Р. Орестова, О.В. Гавриченко, С.В. Преображенская. М.: РГГУ, 2021, С. 144-148.

4. Портал Стопкоронавирус.рф [Электронный ресурс]. URL: <https://xn--80aesfpebagmfblc0a.xn--p1ai/information/> (Дата обращения: 10.10.2021).

5. Решетников А.В., Присяжная Н.В., Павлов С.В., Вяткина Н.Ю. Восприятие пандемии COVID-19 жителями Москвы // Социологические исследования – 2020. – Номер 7 С. 138-143 [Электронный ресурс]. URL: <http://ras.jes.su/socis/s013216250009481-2-1> (дата обращения: 17.10.2021). DOI: 10.31857/S013216250009481-2.

Нестерова А.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ И СТРУКТУРЫ САМООЦЕНКИ У ЛИЦ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО В ДЕТСТВЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Российский государственный гуманитарный университет (РГГУ), Москва, Россия
avlnesterova@gmail.com

Ключевые слова: структура самооценки, отдаленные последствия противоопухолевого лечения

Nesterova A.V.

RESEARCH ON THE MOTIVATIONAL SPHERE AND SELF-ESTEEM STRUCTURE IN INDIVIDUALS IN THE LONG- TERM PERIOD CONDUCTING AFTER ANTINEOPLASTIC THERAPY IN CHILDHOOD

Russian state university for the Humanities,
Moscow, Russia, avlnesterova@gmail.com

Keywords: self-esteem structure, long-term outcomes anti-neoplastic treatment

Введение. Имя Сусанны Яковлевны Рубинштейн тесно связано с исследованием самооценки. Ее подход к методам изучения самооценки позволяет не только эффективно работать в клинике, но и обладает богатым диагностическим потенциалом, предоставляющим широкие возможности модификации метода [2] Поэтому первоначальный набор шкал, предложенный для исследования самооценки (методика Дембо - Рубинштейн), дополнялся различными авторами в зависимости от целей и задач исследования [3] Самооценка,

формируясь в деятельности и общении, способствует формированию личности, которая в свою очередь, представляет собой относительно устойчивую конфигурацию главных, внутри себя иерархизированных мотивационных линий (А.Н. Леонтьев 1975) [1]. Тесно связанная с мотивационной сферой самооценка является способом ее объективации, позволяющим исследовать механизмы формирования и изменения ведущих мотивов. Определение иерархического строения самооценки, ее структуры, а, следовательно, мотивационной сферы, решалось в нашем исследовании путем применения метода факторного анализа. Основанием для его применения стало предположение о том, что явления в какой-либо области, несмотря на свою разнородность и изменчивость могут быть описаны относительно небольшим числом переменных. Таким образом признавая самооценку иерархическим образованием, можно предположить, что существует ограниченное число независимых переменных (факторов), с помощью которых можно изучить закономерности ее структурно-иерархической организации [3].

Материал и методы. В данной работе нами был взят модифицированный вариант методики измерения самооценки Дембо - Рубинштейн с набором из 34 шкал [3]. Дополнительные шкалы подбирались таким образом, чтобы содержательно в них в равной степени присутствовали характеристики, относящиеся как к внешним (красота, удачливость), так и внутренним (активность, сдержанность и др.) аспектам. Исследование проводилось в два этапа. В начале необходимо было оценить свое актуальное состояние, а затем, оценить себя в будущем (через 5 лет). Исследование проводилось в Институте детской онкологии и гематологии Всесоюзного Онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина. Выборку составили пациенты, прошедшие противоопухолевую терапию по поводу новообразований детского возраста, находящиеся в клинико-гематологической ремиссии от 2-х до 17 лет (26 женщин, средний возраст 29 лет). В контрольную группу вошли здоровые испытуемые (27 женщин, средний возраст 28 лет).

Результаты. В результате измерения самооценки в каждой группе были получены по два крупных фактора, которые имели различное содержание. В контрольной группе (женщины) в актуальной самооценке наиболее крупный фактор получил название «фактор достижения материального благополучия», который включал в себя такие шкалы как: «материальная обеспеченность», «богатство», «агрессивность», «энергичность». Вторым по значимости фактор получил название «фактор счастья, благополучия» (шкалы: благополучие, настроение, удачливость, счастье и др.).

В группе бывших пациентов ведущим фактором был фактор «здоровья-трудоспособности» (шкалы: ум, здоровье, способности, трудоспособность, счастье). Вторым по значимости был отрицательно нагруженный «фактор трудностей контроля эмоциональной стабильности» (шкалы: характер, сдержанность, уравновешенность, организованность). Таким образом актуальная самооценка здоровых испытуемых характеризуется представлениями о необходимости достижения богатства, счастья и благополучия. В группе бывших пациентов актуальная самооценка определяется необходимостью достижения здоровья, которое тесно ассоциируется с категориями ума, счастья и трудоспособности, а также трудностями, связанными с эмоциональной саморегуляцией.

При оценке будущего в контрольной группе ведущим фактором стал «фактор здоровья-самочувствия» (шкалы: здоровье, способности, самочувствие и др.). Вторым фактором – отрицательно нагруженный «фактор утраты жизненной активности» (шкалы: память, воля, организованность, красота, энергичность, активность).

В группе бывших пациентов ведущим стал «фактор материального и эмоционального благополучия». Вторым по значимости «фактор здоровья – самочувствия».

Резюме. Таким образом было показано, что мотивационная сфера пациентов, лечившихся в детстве по поводу опухолевого заболевания, отличается от той, которая была обнаружена в контрольной группе. Меняется прежде всего ее содержательная сторона, оставляя саму структуру сходной. Это позволяет говорить, о том, что измененность мотивационной сферы не носит патологического характера, а во-вторых, что излечение само по себе не ведет

автоматически к адекватному восстановлению и формированию мотивационной сферы. Это относится как к актуальной, так и к проспективной самооценке. В норме у молодых взрослых наблюдается преобладание мотивов, связанных с материальной обеспеченностью, счастьем, благополучием, у бывших пациентов даже в отдаленном периоде после лечения ведущим остается фактор здоровья, а также фактор трудностей контроля эмоциональной стабильности.

В будущее проецируются также разные ожидания. В группе нормы будущее связано с категорией утраты, у бывших пациентов - с категорией «приобретения». Существует некая «зеркальность» самооценки в клинической и контрольной группах. Главное наблюдение, которое было сделано, заключается в том, что в группе бывших пациентов в будущее проецируются лучшие ожидания. В контрольной группе напротив наблюдается «мотив утраты», «катастрофическое» восприятие будущего, в него проецируются ожидания, связанные с потерей памяти, воли, активности, красоты. А также появляется фактор здоровья, хорошего самочувствия. Таким образом в группе здоровых испытуемых было выявлено особое отношение к будущему, имеющее негативный, связанный с потерями и угрозами смысл. Возможно, это является закономерным этапом развития личности и характерно для молодых женщин, находящихся на пике своего развития.

Литература

1. Нестерова А.В. Отдаленные психологические последствия проведенной в детском возрасте противоопухолевой терапии. Автореф. канд. дис. - М., 1998.
2. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. – М.: Медицина, 1970. – 214 с.
3. Тхостов А.Ш., Степанович Д.А. Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки/ Вопр. психологии. 1987. №2 с. 128-134
4. Nesterova A., Khrushchev S., Vybornykh D., Tkhostov A. Long-term changes in self-esteem and value orientations after antineoplastic therapy in childhood. *Psycho-Oncology*. 2017. T. 26. № S3. С. 109.

Оганесян Н.Ю.

НЕЙРОМОТОРНАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПОМОЩЬЮ УПРАЖНЕНИЙ НА ОПТИКО-МОТОРНУЮ КООРДИНАЦИЮ

СПБ КГУЗ ГПБ № 6 Санкт-Петербург Россия
anais_og@rambler.ru

Ключевые слова: нейромоторика, шизофрения, оптико-моторная координация

Oganesian N.Y

NEUROMOTOR CORRECTION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA USING EXERCISES FOR OPTICAL-MOTOR COORDINATION

City Psychiatric Hospital No. 6 of St. Petersburg Russia

Keywords: Neuromotorics, schizophrenia, opto-motor coordination

Введение. «Нейромоторика» представляет собой особый комплекс упражнений мелкой моторики, направленный на развитие и оптимизацию функциональных систем мозга. Основной принцип нейромоторики – это одновременная синхронная работа обеих рук, при этом каждая из которых выполняет свое задание. Именно при таких упражнениях тренируется согласованная работа двух полушарий мозга. Выполнение применяемых упражнений благоприятно влияет на развитие когнитивных (познавательных) способностей, межполушарное взаимодействие (взаимосвязь и согласованность работы правого и левого полушария), нейронные процессы (скорость работы мозга) и развитие речи [1]. Нейромоторные упражнения одинаково полезны как для детей, так и взрослых. При регулярном выполнении перекрестных движений образуются новые волокна, связывающие

полушария головного мозга, что способствует развитию высших психических функций, в особенности процессов мышления и речи. Быстрота двигательной реакции определяется, прежде всего, свойствами анализаторов, динамикой центральных нервных процессов и нервно-мышечных отношений [2]. Разные участки мозга тесно связаны с различными частями тела, таким образом, тренируя разные части тела, мы активизируем и тренируем новые участки своего мозга [3]. Координационные упражнения высокоэмоциональны, они понятны для пациентов. Пациенты сами устанавливают темп упражнения наиболее комфортный для них. Они сами видят динамику исполнения как самого упражнения, так и рассеянности зрительного внимания при трудности исполнения упражнения. Особенно надо отметить индивидуальный подбор контрастных упражнений, резко отличающихся по какому-либо параметру, например, по пространственному параметру [5]. Выделим пять координационных способностей:

- способность к реагированию;
- ритмическая способность;
- способность к равновесию;
- способность к пространственному ориентированию;
- способность к кинестетическому дифференцированию.

Как правило у больных шизофренией эти способности нарушаются [3]. Но необходимо отметить, что те пациенты, которые в детстве занимались какими-либо видами спорта, долго сохраняют координационные способности не зависимо от тяжести заболевания. У больных шизофренией чаще всего диагностируется двигательно-ритмическая заторможенность, что является побочным эффектом медикаментозной терапии. Хотя применение атипичных нейролептиков сглаживают этот эффект.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 90 пациентов, получающих лечение в ГПБ №6. Из них 50 женщин и 40 мужчин с диагнозом F 20.00 и F 20.01. Все являются инвалидами II группы. Возраст 28-56 лет. Из них при первичном обследовании моторных функций нарушение координации по шизофреническому типу было диагностировано у 57%, кататонические симптомы были выявлены у 6%, органические нарушения моторики у 37%. 20 пациентов обследовались с помощью психомоторных методик в состоянии обострения (с разрешения лечащего врача). Все пациенты получали фармакологическое лечение в соответствии с актуальным состоянием на момент исследования. С каждым пациентом проводились 10 индивидуальных сессий нейромоторной терапии два раза в неделю. Для объективизации результатов исследования использовалась методика «КМСЕ» Рамос Валерио [4], позволяющая оценить в комплексе коммуникативную, моторную, социальную и эмоциональную составляющие состояния пациентов. Использовался графический вариант методики, который отражался в истории болезни.

Результаты и их обсуждение. Единство мозга складывается из деятельности двух полушарий, тесно связанных между собой системой нервных волокон (мозолистым телом). Мозолистое тело необходимо для координации работы мозга и передачи информации из одного полушария в другое. Нарушение межполушарного взаимодействия искажает познавательную деятельность больных психическими заболеваниями. Нейромоторные упражнения представляют собой особый комплекс упражнений мелкой моторики и координации движений, часто нарушенной у больных шизофренией. Выполнение данных упражнений благоприятно влияет на их когнитивное развитие, межполушарное взаимодействие, нейронные процессы (скорость работы мозга). В группе больных шизофренией с нарушениями координации и пространственной ориентации по шизофреническому типу у 100% удалось получить наибольший эффект моторной коррекции. Также из 6 пациентов с кататонией у 4-х удалось провести коррекцию симптоматики. Что касается пациентов со стойкими органическими поражениями головного мозга, значительных успехов в динамике моторной сферы достичь не удалось, но эмоциональный фон и внимание значительно повысились. С помощью нейромоторной коррекции удалось открыть пациентов для вербальных контактов.

Заключение. Нейромоторные упражнения понятны для пациентов. Они могут сами отследить успешность и динамику их выполнения. «Что-то я сбился, давайте повторим ещё раз. Сегодня уже лучше получается. Мне сложно сконцентрироваться и т.д.». Необходимо отметить, что после двухнедельного перерыва в сессиях, навык стабильности воспроизведения упражнений терялся, были такие ошибки воспроизведения как сложности воспроизведения движений за терапевтом; снижение ритма, что влекло за собой потерю внимания. Но после двух занятий навык восстанавливался. К восьмой сессии уже можно вставлять танцевальные упражнения под музыку, таким образом повышая эмоциональную наполненность сессии и ритмичность воспроизведения. Для большего закрепления навыка необходима более длительная работа на протяжении всего времени пребывания в стационаре. Но это должна быть целенаправленная деятельность для конкретных больных, проводимая профессионалами.

Литература

1. Логвина Е. Н. Нейромоторика. 74 упражнения для развития межполушарного взаимодействия. Мелкой моторики и высших психических функций. 2021., 220 стр. <https://ridero.ru/books/neiromotorika/freeText>
2. Озерский Н.И., Гуревич М.О. Психомоторика. М.-Л.: Гос. Мед. Из-во, 1930. Ч.1.-169с.; Ч.2.- 174с.
3. Hirjak D., Thomann P.A., Kubera K.M., Wolf N.D., Sambataro F & Wolf, R.C. (2015). Motor dysfunction within the schizophrenia-spectrum: A dimensional step towards an underappreciated domain. *Schizophrenia Research*, 169(1-3), 217–233
4. Luis Elmer Ramos Valerio Методика КМСЕ в динамике антропософской танцевальной психотерапии. Теоретическое обоснование. Система диагностики. Оценка эффективности. LAP LAMBERT Academic publishing, 2019., 93 p.
5. Milena Adamkova & Bela Hatlova (Eds) Psychomotor Therapy in the Treatment of Sshizophrenia. University of J.E. Purkyne in Usti nad labem, Czech republic, 2012, 272p.

Павлиашвили Б.Г., Коваль-Зайцев А.А.

ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ МГППУ, Москва, Россия
rockforever1996@gmail.com
koval-zaytsev@yandex.ru

Ключевые слова: защитно-совладающее поведение, алкогольная и наркотическая зависимость

Pavliashvili B.G., Koval-Zaytsev A.A.

FEATURES OF PROTECTIVE AND COPING BEHAVIOR IN PERSONS SUFFERING FROM ALCOHOL AND DRUG ADDICTION

FSBSI MHRC, FSBEI MSUPE, Moscow, Russia
rockforever1996@gmail.com
koval-zaytsev@yandex.ru

Keywords: protective and coping behavior, alcohol and drug addiction

Введение. Проблема зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) уже на протяжении многих лет является одной из самых обсуждаемых проблем как в психологии, так и в смежных дисциплинах. Формирование аддикции от данных веществ на начальной стадии происходит незаметно как для самого зависимого, так и для окружающих его людей. В исследовании проводится сравнение особенностей конструктивного и неконструктивного характера проявления защитно-совладающего поведения у лиц, страдающих зависимостью от ПАВ в сравнении со здоровой нормой. Осуществлена попытка выявить взаимосвязь между

функционированием защитно-совладающего поведения личности и ее переходом к зависимому потреблению алкоголя и тяжелых наркотиков.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 3 группы испытуемых. Группа больных, зависимых от алкоголя с диагнозом «синдром хронической зависимости» (F10.2) составила 13 человек в возрасте от 25 до 50 лет, со сроком пребывания в стационаре от 7 до 14 дней. Группа больных, зависимых от тяжелых наркотиков (амфетамины, мефедрон, кокаин, Альфа-ПВП, соли) также с диагнозом «синдром хронической зависимости» (F10.2) составила 12 человек в возрасте от 25 до 50 лет, со сроком пребывания в стационаре от 7 до 14 дней. По характеристике употребляемого вещества группа была достаточно однородна, так как основным употребляемым наркотиком у всех больных в данной группе является амфетамин. Все больные полизависимы и до попадания в стационар употребляли сразу несколько видов ПАВ, в основном, относящихся к классу стимуляторов центральной нервной системы. Группа здоровой нормы: 25 человек – лица, не имеющие в анамнезе случаев клинической зависимости, в возрасте от 25 до 50 лет.

Для исследования защитно-совладающего поведения использовались: опросник Плутчика, Келлермана, Конте «Индекс жизненного стиля»; методика «Ways of Coping Questionnaire» Р. Лазаруса и С. Фолкман, адаптированная Т.Л. Крюковой и Е.В. Куфтык в 2003-2004 гг., методика «АРТ» – Ассоциативный рисуночный тест, разработанный во ВНИИ МВД Ю.Н. Кудряховым и В.П. Голубевым. Были использованы позиции теста АРТ, которые в наибольшей степени отражают проявление предмета нашего исследования – совладающего поведения личности, а именно, МПЗ и копинг- стратегий: *третья позиция (слон)*, которая отражает поведение человека в социуме, его отношение к ограничениям, которые накладывает на него социум, *седьмая позиция (наклонённая фигура)* отражает отношение индивида к конфликтной ситуации.

Результаты и обсуждение. Оказалось, что общая напряженность механизмов психологической защиты (МПЗ) личности в группе зависимых лиц значительно превышает данный показатель в группе здоровых лиц; общая напряженность МПЗ в группах лиц, зависимых от алкоголя, и лиц, зависимых от тяжелых наркотиков, не имеет значимых различий. Общая напряженность МПЗ у зависимых лиц действительно выше, чем у лиц здоровых, что связано с низкой способностью зависимой личности к адаптации к трудным жизненным обстоятельствам и неспособностью такой личности к конструктивному и адаптивному защитно-совладающему поведению, что и могло повлечь за собой уход в зависимость, а также отсутствие возможности конструктивно преодолеть трудности, связанные с лечением, уже находясь в зависимом состоянии. В группе зависимых лиц сильнее выражены такие механизмы психологической защиты, как «отрицание», «регрессия», «проекция» и компенсация.

В группах лиц, зависимых от тяжелых наркотиков, и лиц, зависимых от алкоголя, также были найдены различия в проявлении конструктивных и неконструктивных МПЗ. Механизм «Интеллектуализация» сильнее выражен в выборке лиц с алкогольной зависимостью, чем в выборке лиц с зависимостью от тяжелых наркотиков. Данный механизм считается механизмом с высокой конструктивностью. Механизм «Регрессия» сильнее выражен в выборке лиц, зависимых от тяжелых наркотиков. Данный механизм считается механизмом с низким уровнем конструктивности. Стоит отметить, что общий уровень напряженности МПЗ в группах лиц, зависимых от алкоголя, и лиц, зависимых от тяжелых наркотиков, не отличается и при этом превышает нормативные значения для данной шкалы как в одной группе, так и в другой, отдельные механизмы психологической защиты в эти двух группах все же проявляются по-разному. Преобладание в группе зависимых лиц механизма «Регрессия» может быть связано с особенностями течения зависимости при употреблении тяжелого наркотического вещества. Существует множество факторов, которые влияют на физическое и психологическое состояние больного. Например, гораздо ярче выраженный абстинентный синдром, чем при употреблении алкоголя.

В группе испытуемых, страдающих зависимостью, сильнее выражены такие копинг-стратегии, как «Избегание» и «Принятие ответственности». Из них стратегия «Избегание» считается стратегией с низкой конструктивностью. Стратегию «Принятие ответственности» многие авторы описывают как стратегию, которая может являться как конструктивной, так и неконструктивной.

В группе здоровых лиц имеет более яркую выраженность копинг-стратегия «Планирование решения проблемы», которая считается одной из самых продуктивных. Вместе с тем стратегия «Избегания», имеет более яркую выраженность в группе зависимых лиц и является сугубо неконструктивной копинг-стратегией, следовательно совладающее поведение в группе зависимых лиц действительно несет менее конструктивный характер, чем в группе здоровых лиц. В проявлении копинг-защит в группах, зависимых от алкоголя и зависимых от тяжелых наркотиков лиц, не было выявлено различий, что связано с тем, что проявление конструктивных и неконструктивных копинг-стратегий не связаны с видом употребляемого зависимой личностью вещества.

В группе лиц, страдающих зависимостью, в позиции «слон» теста «АРТ» чаще встречаются рисунки слона, выходящего за рамку. В группе здоровых лиц, напротив, в данной позиции значительно чаще встречаются рисунки слона, нарисованного строго в рамке. По-видимому, респонденты из группы лиц, страдающих зависимостью, испытывают определенное давление со стороны социума. Нормы и ограничения социума вызывают у респондентов из этой группы чувство дискомфорта. Такие взаимоотношения индивида с социумом могут также влиять и на отношение индивида к жизненным трудностям. Асоциальное поведение, недоверие к социуму не позволяют индивиду, например, использовать копинг-стратегии, связанные с обращением за помощью или поиском необходимой информации, так как данные копинг-стратегии требуют прямого взаимодействия с социумом.

Анализ эмпирических данных по позиции теста «АРТ» – «Наклоненная фигура» в выборках зависимых лиц и здоровых лиц не выявил статистически значимых различий, что, вероятно, связано с недостаточным количеством испытуемых, необходимым для подобного анализа. Но в результатах заметна тенденция к проявлению различий по позициям: «Рациональный подход», «Вытеснение» и «Агрессия и конфронтация», что может послужить мотивом для дальнейшего изучения особенностей отношения зависимой личности к конфликтной ситуации с помощью данной позиции методики «АРТ» на более многочисленной выборке испытуемых.

Заключение. Сравнительный анализ защитно-совладающего поведения лиц, страдающих зависимостью и здоровых лиц, показал, что как МПЗ, так и копинг-поведение, у лиц, страдающих зависимостью, носит менее конструктивный характер, чем у здоровых лиц. Данные, полученные в ходе исследования, могут использоваться для практического применения в области психотерапии зависимого поведения, где совладающее поведение личности, может выступать как терапевтическая мишень.

Польман А.

СОЧЕТАНИЕ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ В ИНТЕРАКТИВНОМ ДБТ-ТРЕНИНГЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Консультативный центр по вопросам зависимости,

Висбаден, Германия

alexandra.pohlmann@t-online.de

Ключевые слова: химическая зависимость, психообразовательные группы, ДБТ, психодрама

Pohlmann A.

THE COMBINATION OF PSYCHOEDUCATIVE AND DIAGNOSTIC ELEMENTS IN AN INTERACTIVE DBT-TRAINING FOR ADULTS WITH CHEMICAL ADDICTION

Suchthilfezentrum Wiesbaden, Wiesbaden Germany

Key words: chemical addiction, psychoeducative groups, DBT, psychodrama

В практике клинических психологов классической школы диагностический процесс занимает особое место, и в некоторых случаях он оторван от психокоррекционной работы психолога или других специалистов клинической команды. Качественная патопсихологическая диагностика служит уже многие годы вспомогательным инструментом для психиатров и медицинских психотерапевтов. Интересно, каким образом такое взаимодействие может проявляться в рамках клинической социальной работы? Пример работы консультативного центра для зависимых в Висбаден, Германии может послужить перспективой для развивающейся сферы социальной работы в России. Должность «консультанта по зависимости» примерно равнозначна таким должностям как социальный педагог или специалист по социальной работе, или психолог.

Задачи консультанта в центре для зависимых (Suchtberatungstelle – нем.) направлены на решение конкретных практических задач, а именно:

- Консультирование и прояснение мотивации клиента
- Амбулаторное сопровождение и направление на стационарное лечение.
- Постстационарное сопровождение
- Проведение психоэдукативных (психообразовательных) групп.
- Групповая и индивидуальная работа с семьями зависимых
- Амбулаторная реабилитация (при наличии квалификации «терапевт зависимостей»).

В данном контексте психологическая диагностика не является центральной задачей консультанта, но остается необходимым аспектом для оценки актуального состояния и планирования дальнейшей работы. Амбулаторное сопровождение лиц, страдающих химической зависимостью, включает в себя не только психологическое сопровождение и мотивационную работу, но и взаимодействие с другими помогающими организациями. Часто специалисты должны действовать быстро и использовать данные о клиенте, получаемые в процессе работы.

Сообщение посвящено возможности решения указанной задачи в рамках проведения психообразовательных групп. Инструментами диагностики в данном случае выступают обучающие материалы в сочетании с применением интерактивных упражнений. Диагностические материалы могут быть использованы и для эффективного ведения тренинга, и для индивидуальной работы.

В консультативном центре Suchthilfezentrum г. Висбаден, с 2017 года проводится регулярная психообразовательная группа-тренинг навыков на основе метода диалектически-бихевиоральной терапии (ДБТ) Марши Линехан³¹ [3] в сочетании с экспериментальными методами. Материалы тренинга были разработаны сотрудниками в клинике Геттинген под руководством Людеке [2].

Участниками данного тренинга являются люди, страдающие зависимостью, чья история осложнена проблематикой различных нарушений эмоционального спектра (пограничное расстройство личности, ПТСР, эмоциональное неустойчивое расстройство и тд.). В таком случае употребление ПАВ на начальных стадиях имеет функцию самолечения, что осложняет процесс изменения при принятии решения о ведении трезвого образа жизни.

³¹ Диалектически-бихевиоральная терапия - комплексная система когнитивно-поведенческой терапии, предназначенная для лечения сложных, трудно поддающихся терапии личностных и поведенческих расстройств ДБТ сочетает базовые стратегии поведенческой терапии с практиками осознанности (mindfulness). http://www.dbtrussia.org/dbt_about/

Таким образом, можно говорить о следующих целях тренинга: развитие и повышение уровня мотивации участников в достижении трезвого образа жизни, развитие новых копинг-механизмов в стрессовой ситуации, повышение уровня критики к собственному заболеванию, информирование о психологических и нейрофизиологических аспектах зависимости.

В данном случае автор ссылается на первый из пяти смысловых модулей программы, разработанных в Геттинген: «Зависимость 1», «Зависимость 2», «Зависимость и осознанность», «Зависимость и эмоции», «Зависимость и стрессоустойчивость»[2].

Тренинг состоит из нескольких тематических блоков: диагноз «зависимость», «качество жизни», влияние употребления ПАВ на различные сферы жизни, «явление амбивалентности», взаимовлияние эмоциональных и когнитивных аспектов, нейробиология зависимости. Особенность данной группы также заключается в использовании экспериментальных инструментов метода психодрамы Я.Л. Морено, дающих возможность сочетать диагностические задачи с психокоррекционными. Современные исследователи текстов Я. Л. Морено К. Хуттер и Х. Швемм [4] разделяют все элементы этого метода на два блока: «диагностику» и «интервенцию». Одним из диагностических направлений является «социометрия». Автор метода описывал его следующим образом: «Социометрия занимается математическим изучением психологических свойств популяции, экспериментальными методами и результатами применения количественных и качественных способов анализа».[1]. С помощью социометрии предполагалось, что конкретное действие в группе может быть впоследствии использовано для диагностики равно как группы в целом, так и ее участников.

Эта позиция имеет свое продолжение в исследованиях структурированного метода работы с травмой «Модели терапевтической спирали» («Therapeutic spiral Model» – англ. пер. автора) К. Хаджинс. Хаджинс и коллеги [4] обращаются к «методу спектрограмм» для оценки эмоционального состояния участников и профилактики рецидивов ПТСР в рамках процесса терапии. Участникам группы предлагается определить свое положение на скале, отвечая на целевые диагностические вопросы. Например: «Я очень взволнован быть здесь – я боюсь до смерти здесь находиться». За счет получаемой информации строится дальнейшая терапевтическая работа, так, чтобы каждый участник чувствовал себя комфортно и групповой процесс обладал стабилизирующим эффектом. Данный эффект стабилизации является не менее важным в работе с химически зависимыми клиентами со сложной структурой аффекта.

Примером многофункционального использования может послужить упражнение из рабочей тетради к указанной выше теме «качество жизни» (программа «Sucht I» клиники Геттинген, Германия). Данная методика направлена на исследование разных аспектов жизни участников группы: «основы выживания» (финансовое обеспечение, наличие постоянного места проживания и т.д.) семейная и социальная ситуация, трезвость, досуг, здоровье, правовая ситуация.

Завершающим шагом в проведении данного упражнения является оценка качества жизни по шкале от 0 до 10. После заполнения задания в рабочей тетради, участники группы приглашаются отметить свое положение на данной шкале тем, что они занимают определенную позицию относительно расположенной на полу шкалы (от 0 до 10).

Применение этой методики в интерактивной форме позволяет достичь несколько целей одновременно:

- Оценка социальной ситуации каждого из участников группы (при индивидуальном заполнении данного задания)
- Оценка восприятия «качества жизни» участниками в группе с применением метода спектрограмм («Как я оцениваю мой уровень качества жизни»)
- Психокоррекционная работа в формировании мотивации на выздоровление участников группы за счет соотношения собственной позиции с позицией других.

Таким образом, одновременно проводится психокоррекционная работа по развитию критики к заболеванию и сбор диагностического материала о каждом из участников (для

использования в индивидуальной работе) и группы в целом. Данный вариант сочетания психокоррекционного и обучающего процессов представляют собой возможность использования психологической диагностики не только в кабинете психолога, но и на стадии психокоррекции. Важно также отметить, что использование интерактивных методов позволяет проводить исследование эмоционально-мотивационного фона актуального состояния пациента непосредственно в процессе тренинга.

Литература

1. Гриншпун И.Б. Идеи Джексона Леви Морено в контексте развития западноевропейской и североамериканской психологии XX столетия. – М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2021
2. Материалы доклада «Dialektisch-behaviorale Therapie und Skillstraining in der Behandlung von Suchtpatienten mit psychiatrischer Komorbidität» Dipl. Psych. D. Mandrek-Ewers Psychologische Psychotherapeutin, Asklepios Fachklinikum Göttingen, Frankfurt a.M., 14./15.12.2016.
3. Linehan Marsha M., „Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder“ By – Jun 1993.
4. - Edited by Kate Hudgins and Francesca Toscani Healing world trauma with the therapeutic spiral model– Jessica Kingsley Publishers, 2013
5. Hutter C, Schwelm H - J.L. Morenos Werk in Schlüsselbegriffen-. – Springer, Wiesbaden, 2012
6. C.Lüdecke, U. Sassel, H. Faure „Sucht - Bindung - Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext “—2010.

Попова И.С.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ (VR) В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

МГППУ, Москва, Россия
popovais@fdomgppu.ru

Ключевые слова: виртуальная реальность (VR), диагностика в клинической психологии

Popova I.

APPLICATION OF VIRTUAL REALITY (VR) IN MODERN CLINIC-PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
popovais@fdomgppu.ru

Keywords: virtual reality (VR), diagnostics in clinical psychology

Современная клинико-психологическая диагностика все больше опирается на стремительно развивающиеся цифровые технологии, такие как искусственный интеллект, хорошо зарекомендовавший себя также и в медицинской диагностике. В частности, применяются иммерсивные технологии. С помощью VR создаются определенные, широко варьируемые сенсорные (визуальные, аудиальные, тактильные), эмоциональные и социальные стимулы, создающие эффект погружения в симулированную таким образом ситуацию и вызывающие реальные ответные физиологические, эмоциональные и поведенческие реакции, фиксируемые в режиме реального времени. Таким способом создаются иллюзии объектов, местоположения и социального присутствия. За двадцатилетнюю историю развития технологии VR многократно повысилось качество создаваемой иллюзии, что привело к увеличению глубины погружения. Кроме того, упростилось использование и снизилась стоимость технологии, что привело к расширению диапазона применения VR в клинической терапии и диагностике, а также экспериментальных исследованиях и обучении специалистов помогающих профессий. VR находит применение в диагностике таких нарушений, как

социофобия, посттравматические стрессовые расстройства, зависимости, когнитивные нарушения, болезнь Альцгеймера, шизофрения, паранойя, СДВГ, РАС, ОКР, РПП, расстройства настроения [1; 3].

Последние пять лет VR применяется также в судебно-психологической экспертизе. Смоделированная иллюзия дает возможность наблюдать обследуемого в ситуации, реализация которой в реальной жизни могла бы быть неэтичной, аморальной и даже опасной для третьих лиц. Так повышается экологичность такого рода исследований. В частности, проводится диагностика девиантного сексуального поведения, склонности к агрессии и жестокости, а также способность преступников к саморегуляции, что является ключевым фактором в профилактике рецидивов [1]. VR, как метод клинико-психологической диагностики, обладает рядом преимуществ по сравнению с традиционными методами. Точность диагностики с помощью VR повышается за счет устранения предвзятости воспоминаний и субъективности испытуемого, ретроспективности данных, а также предвзятости интервьюера, встречающихся в клинических интервью. Кроме того, данный метод исследования применим также в случаях затрудненности или даже отсутствия вербального контакта между испытуемым и психологом, в частности, при алекситимии, а также в педиатрической диагностике [2]. Реалистичность симулируемой ситуации делает исследование более точным и валидным по сравнению с лабораторным исследованием, а контролируемость – более безопасным для обследуемого по сравнению с реальной ситуацией. Цифровая основа VR позволяет конструировать практически бесконечное разнообразие ситуаций, адаптируя методику для конкретных случаев. Кроме того, появляется возможность исследования испытуемых в ситуациях, нереконструируемых в лабораторных условиях, как, например, природные или техногенные катастрофы, военные действия. Многообразие вариантов моделируемых ситуаций повышает их непрогнозируемость для обследуемого, что в комбинации с фиксацией физиологических реакций в режиме реального времени повышает объективность и надежность результата, а также снижает риск воздействия обследуемого на результат. Этот аспект является особенно важным, актуальным и социально значимым в контексте проблемы наличия в свободном доступе традиционных методик, включая ключи и интерпретации, что позволяет обследуемому заранее подготовиться к прохождению теста с желаемым результатом. Примером тому является случай Т. Бекмансурова, устроившего 20.09.2021 г. массовую стрельбу в Пермском университете. Возможность стандартизации ситуаций исследования повышает надежность метода. Другими достоинствами данного метода являются экономическая доступность и совпадение поставленных диагнозов с результатами традиционных методов клинико-психологической диагностики [3].

В качестве недостатков VR можно назвать недостаточную исследованность психологического и физиологического воздействия на обследуемых, непригодность ее для групповой диагностики, а также наличие таких противопоказаний, как психозы, эпилепсия и мигрень [2]. VR может применяться как в качестве самостоятельного метода клинико-психологической диагностики, так и в комбинации с традиционными и современными цифровыми методами.

Таким образом, VR представляется перспективным методом клинико-психологической диагностики. Однако, применение VR требует дополнительного рассмотрения этических аспектов и законодательного регулирования. Также необходимы дальнейшие исследования воздействия VR на психику обследуемых.

Литература

1. Barbe, H., Siegel, B., Müller, J.L. et al. Welches Potenzial haben virtuelle Realitäten in der klinischen und forensischen Psychiatrie? Ein Überblick über aktuelle Verfahren und Einsatzmöglichkeiten. [Электронный ресурс] // Электронный журнал «Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie». 2020. № 14, С. 270–277. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11757-020-00611-2> (дата обращения: 10.10.2021).

2. Felnhofer, A., Fischer-Grote, L. Einsatz neuer Medien in der pädiatrischen Psychosomatik. [Электронный ресурс] // Электронный журнал «Monatsschrift Kinderheilkunde. 2021. № 169, С. 628–632. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00112-021-01184-y> (дата обращения 05.10.2021).

3. van Bennekom Martine J., de Koning Pelle P., Denys Damiaan. Virtual Reality Objectifies the Diagnosis of Psychiatric Disorders: A Literature Review. [Электронный ресурс] // Электронный журнал «Frontiers in Psychiatry». 2017. № 8. С. 1-7. URL: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2017.00163> (дата обращения 08.10.2021).

Русина Н.А., Швецова С.В., Димова В.Н., Соловьева А.Д.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ КАК ФАКТОР «АУТОПСИХОТЕРАПИИ»

ФБГОУ ВО ЯРГМУ, Ярославль, Россия

ГБУЗ ЯО ОКОБ, Ярославль, Россия

rusinana@ysmu.ru; svshvec@yandex.ru; dimova@mail.ru; nastasya.Solo@mail.ru

Ключевые слова: онкологическое заболевание, стресс, жизнестойкость, совладание, посттравматический рост

Rusina N. A., Shvetsova S. V., Solovyova A.D., Dimova V.N.

POST-TRAUMATIC GROWTH OF CANCER PATIENTS AS A FACTOR OF "AUTOPSYCHOTHERAPY"

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

Yaroslavl Regional Clinical Hospital, Yaroslavl, Russia

E-mail: rusinana@ysmu.ru; svshvec@yandex.ru; dimova@mail.ru; nastasya.Solo@mail.ru

Keywords: cancer, stress, resilience, coping, post-traumatic growth

Введение. Рак воспринимается как опасное для жизни заболевание, которое усугубляется внезапным началом и неконтролируемым характером. Несмотря на значительные страдания, многие пациенты проявляют замечательную устойчивость. Одним из широко известных объяснений личностного роста после травмы является теория посттравматического роста (PTG). PTG - термин, введенный R.G. Tedeschi, используется для обозначения положительных психологических изменений, вызванных борьбой людей с трудными обстоятельствами [5]. Существуют различные модели PTG, в которых даются характеристики PTG [3]. Современные исследования PTG проводятся среди людей, перенесших различный травматический опыт, в результате которого происходят различные положительные изменения самовосприятия, включающее в себя ощущения силы и новых возможностей; изменение отношений с людьми и изменение философии жизни, включая изменение оценок и приоритетов; экзистенциальная переоценка в духовной сфере [2,4]. Исследования свидетельствуют: посттравматическое развитие — не универсальный феномен, и клиницист не должен ориентироваться на то, что позитивные изменения — это необходимый этап восстановления. Эти эффекты, которые очень напоминают эффекты посттравматического роста по принципу «не было бы счастья, да несчастье помогло», заставляют нас задуматься о том, что определяющим является именно то, что мы делаем с этими событиями, то, как мы сами с этими событиями справляемся, а не сами события, какими бы болезненными и травматичными они ни были [1].

Знаменательное исследование A.D. Weisman [6] конкретизировало экзистенциальное тяжелое положение рака, начиная с постановки диагноза и до тех пор, пока дистресс не исчезнет примерно через 100 дней после этого. Однако некоторые пациенты могут испытывать более неясное явление, которое нарастает и ослабевает на протяжении всего пути преодоления онкологического заболевания - усиление в переходных точках, для которых характерна большая неопределенность. Чтобы объяснить эти различия, исследователи предполагают, что степень дистресса, испытываемого пациентом, связана не с объективным

прогнозом, на который указывает гистологическая стадия рака, а, скорее, с оценкой угрозы жизни, связанной с раком. Похоже, что «экзистенциальное тяжелое положение рака» может относиться к тому, что известно в современной литературе как «поиск смысла» - нормативный, но тревожный психологический процесс.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 человек с онкологическими заболеваниями от 30 лет. 30 человек без онкологических заболеваний, в возрасте от 30 лет. Использовали тест экзистенциальных мотиваций, тест жизнестойкости, опросник «Способы совладающего поведения», критерий U Манна-Уитни, метод ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Выявлены значимые различия между группами условно здоровых и онкологических пациентов. Пациенты имеют более высокие показатели по признакам 1 фундаментальной мотивации, а именно «опора» ($p < 0,05$) и «пространство» и в целом 1ФМ ($p < 0,01$), чем здоровые респонденты, Это характеризует их как людей, которым необходимо пространство для жизни и развития, а также как имеющих по жизни надежную опору. Основное содержание 1ФМ — принять и выдержать. Принять означает дорасти до спокойствия в отношении существования, которое прежде вызывало бессильную ярость или желание бежать.

У больных значительно выше вовлеченность, контроль и общий показатель жизнестойкости ($p < 0,05$) в сравнении с условно здоровыми. Если рассматривать жизнестойкость как систему убеждений человека о себе, мире, отношениях с миром, то очевидно, что система убеждений больных устойчива. Важно отметить, что больные получают больше удовольствия от собственной деятельности, чем здоровые, как правило, сублимируют в работу. Работа является для них приоритетом в жизни, они успешны в своих достижениях, убеждены в том, что их активность позволяет повлиять на результат происходящего, даже если успех не гарантирован.

Различия между группами условно здоровых и онкологических больных показали, что здоровые респонденты чаще, чем пациенты, используют конфронтативные копинги для решения возникающих перед ними проблем ($p < 0,001$). Использование копинга «бегство – избегание» ($p < 0,05$) может означать, что в борьбе со стрессом здоровые предпочитают агрессивные усилия по изменению ситуации или мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы. Пациенты предпочитают предпринимать усилия по созданию положительного значения, фокусирования на саморазвитие ($p < 0,05$). Это подтверждает поиск ими новых смыслов.

Корреляционный анализ. Среди больных выявлена положительная взаимосвязь между шкалами ФМ и жизнестойкости: чем интенсивнее пациенты проявляют первое, тем сильнее они склонны ко второму. Возможно, стремление чувствовать самоценность и понимать свое бытие, видеть в нем смысл, усиливает жизнестойкость больных. Это подчеркивает мысль о том, что чем сильнее чувство экзистенциальной «исполненности» — глубокого удовлетворения, что задуманное сбывается, тем выше жизнестойкость пациентов. Такая сильная корреляция может говорить нам о том, что у больных на систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром сильно влияют возможность бытия в мире, ценность жизни, самоценность, а также философский (религиозный) смысл. Жизнь приобретает значимость, ценность и ясный порядок. У онкологических больных есть один вариант сохранения старых смыслов (и тогда быть в экзистенциальном кризисе) или второй - преобразовывать смыслы, выстраивать новые. Выявлена прямая корреляция между жизнестойкостью и совладающим поведением, а именно субшкалой «планирование решения проблемы». Можно предположить, что у больных, чем выше жизнестойкость, тем выше произвольные проблемно – фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к решению проблем. Кроме того, в результатах наблюдается сильная взаимосвязь между субшкалой жизнестойкости - «принятие риска» и 1, 3 и 4 ФМ, а именно: возможностью бытия в мире, нахождением в нём смысла. Можно предположить, что онкологические больные, рассматривающие жизнь как способ приобретения опыта и готовые действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, видят своим смыслом жизни возможность

самого бытия в мире. Они также стремятся чувствовать самоценность и принимать аутентичные решения. Стоит отметить, что пациентам необходимо осмысление ситуации, возможно, её религиозная составляющая, ведь известие о неизлечимой болезни заставляет задуматься о своём будущем. «Все то, что случается, способствует развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, - неважно, позитивного или негативного». Такое философское осмысление больных объясняет их жизнестойкость и принятие риска.

Наиболее высокие корреляционные связи в группе больных наблюдаются между субшкалами «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка». Субшкала «планирование решения проблемы» имеет среднюю корреляцию со 2 и 3 ФМ, а именно: соотнесение с жизнью как основа для переживания ценностных оснований и осознание права быть собой (индивидуальность, встреча как источник аутентичности). Это говорит о том, что, чем больше больные прибегают к произвольным проблемно – фокусированным усилиям по изменению ситуации, включающим аналитический подход к решению проблем, тем больше в жизни они стремятся к тому, чтобы им нравилось жить и радоваться жизни, а также к безусловному принятию себя. Наблюдается сильная прямая корреляция между положительной переоценкой и 2, 3 и 4 ФМ. Можно предположить, что в случае больных, чем большую ценность имеют сама жизнь, самоценность, а также философское осмысление жизни или религиозные убеждения, тем большую ценность имеет положительная переоценка. Это позволяет пациентам прибегать к попыткам преодоления негативных переживаний за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста.

Выводы. В группе онкологических больных в сравнении с группой здоровых респондентов значимо выше стратегия совладания «положительная переоценка». В группе больных в сравнении с группой здоровых респондентов значимо выше общий показатель 1 ФМ в целом, а также именно такие ее показатели, как «опора» и «пространство». В группе больных в сравнении с группой здоровых респондентов значимо выше показатели жизнестойкости, вовлеченности и контроля. Корреляция между жизнестойкостью и ФМ прослеживается для показателей всех четырех ФМ среди онкологических больных. Для группы онкологических пациентов была подтверждена гипотеза о наличии среди испытуемых переживаемого феномена посттравматического роста, о чем говорят их повышенные показатели жизнестойкости, экзистенциальных мотиваций. Можно считать, что это процесс «аутопсихотерапии».

Литература

1. Быховец, Ю.В. Феномен посттравматического роста / Ю.В. Быховец. // Психологические исследования личности: история, современное состояние, перспективы. - М.: Институт психологии РАН, 2016. - С. 214—226.
2. Зелянина, А.Н., Падун, М.А. К проблеме посттравматического личностного роста: современное состояние и перспективы / А.Н. Зелянина М.А. Падун. // Психологические исследования, 2017. – Т. 10, № 53. - С. 4. Режим доступа: <http://psystudy.ru/index.php/num/2017v10n53/1424-zelyanina53.html> (дата обращения 09.02.2018).
3. Леонтьев, Д.А. Удары судьбы как стимул личностного развития: феномен посттравматического роста / Д.А. Леонтьев. // Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты. - М.: Институт психологии РАН, 2016. - С. 144—158.
4. Толкачева О.Н. Социально-психологические факторы посттравматического роста личности. Дисс...канд. психол. н. / О.Н. Толкачева. - Саратов, 2017. - 244 с.
5. Calhoun L.G., Tedeschi R.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence / L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi. // Psychological Inquiry, 2004. V. 15. - P. 1—18.
6. Weisman, A. D. The existential plight in cancer: significance of the first 100 days / A. D. Weisman. // Int J Psychiatry Med.—1977. № 7(1). - P. 1—15.

Сагалакова О.А.¹, Труевцев Д.В.¹, Жирнова О.В.²

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ В АКТУАЛИЗАЦИИ И ПОДДЕРЖАНИИ СЛУХОВЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ ПРИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

¹Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия

²Алтайский государственный университет, Барнаул, Россия
olgasagalakova@mail.ru, truevtsev@gmail.com, olga.zhirnova.2015@mail.ru

Ключевые слова: слуховые галлюцинации, социальная тревога, психотические расстройства, самосфокусированное внимание

Sagalakova O.¹, Truevtsev D.¹, Zhirnova O.²

THE ROLE OF SOCIAL ANXIETY IN THE ACTUALIZATION AND MAINTENANCE OF AUDITORY HALLUCINATIONS IN PSYCHOTIC DISORDERS

¹National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

²Altai State University, Barnaul, Russia
olgasagalakova@mail.ru, truevtsev@gmail.com, olga.zhirnova.2015@mail.ru

Keywords: auditory hallucinations, social anxiety, psychotic disorders, self-focused attention

Слуховые галлюцинации (СГ), или «голоса», – психопатологическое явление, привлекающее повышенное внимание психиатров и клинических психологов, часто расходящихся в вопросе осмысления механизмов актуализации и поддержания феномена. Если в традиционной психиатрии «голоса» понимаются как «ложные восприятия», восприятия «без объекта», равно как и «без субъекта» [2] (продукт больного мозга), то по мнению отечественных патопсихологов, СГ возникают в результате напряженной деятельности тревожного прислушивания, а связь между стимулом и восприятием оказывается недоступна при использовании методов наблюдения и беседы, но может быть эксплицирована в эксперименте [1]. Часто пациенты со СГ сообщают не просто о «тревоге», а о «социальной тревоге» (СТ), чувствуют себя социально изолированными, отчужденными от социальных связей. Эти переживания, а также социальная уязвимость, страх, стыд ассоциированы с доминированием в клинической картине оскорбляющих и унижающих личность пациента СГ, контент которых согласуется с настроением слушающего. Тревога и СТ тесно связаны с симптомами психотических расстройств, определяя контент психотической продукции [4], данная связь осмысливается по-разному, однако очевидна роль тревоги в усилении СГ. Социальное тревожное расстройство (СТР) и СТ сопровождаются выраженным беспокойством о мнении других вследствие опасения быть униженным, отвергнутым. Симптомы усиливаются в социально значимых ситуациях, что приводит к избеганию мучительной тревоги и поведению, направленному на поиск безопасности (safety behavior). Чрезмерная самосфокусировка внимания и интенсификация руминаций могут играть важную роль в динамике патогенеза симптомов психоза. Исследуется переход СТР при усилении симптомов в бредовое параноидное расстройство, когда на смену страху унижения и избеганию приходят симптомы отчуждения переживаний, угроза перерождается в преследователей, недоброжелательных наблюдателей. Симптомы СТР являются преморбидной основой развития параноидного бреда и специфических СГ. Пациенты с СТР характеризуются наличием самореферентных убеждений, самосфокусированным вниманием, являющихся типичными и для пациентов с бредом преследования [4].

СГ могут иметь разный контент и специфику. Иногда «голос» отдает приказы причинить вред другому, однако часто именно пациент является объектом галлюцинаторных высказываний, человек реагирует на СГ в терминах межличностного взаимоотношения – «голос» «враждебный», «оскорбляющий», а не «негативный», что подчеркивает переживание СГ как социального, нередко персонифицированного субъекта. Пациент со СГ при актуализации галлюцинаций находится в позиции «Я – объект оценивания», что в контексте

психологических механизмов патогенеза соотносится с СТ / СТР. Вмешательство, нацеленное на СТ, нередко снижает тяжесть и частоту СГ, однако рано говорить об однозначности роли СТ при «голосах» и бреде. СТ, социальная изоляция и общая тревога – предикторы, предрасполагающие к возникновению СГ. Взаимоотношение человека с «голосами» аналогично его поведению в процессе общения: социальное окружение воспринимается как угнетающее, не удовлетворяющее социальные потребности, человек ощущает себя пассивным, уязвимым к интерсубъективной угрозе. СТ при коммуникации способствует напряженному ожиданию негативной оценки, что объясняет высокий риск появления СГ не только в тишине, но и при скоплении людей. Переживание травмы влияет на психотические и субпсихотические симптомы (паранойя, галлюцинации) через аффект, в частности, тревогу и негативные убеждения о себе. Переживание травмы может создать негативные представления о себе, усилить СТ и депрессию, являющихся факторами риска развития параноидного бреда.

Выявлены условия, определяющие повышенный риск актуализации «голосов»: (а) самосфокусированное внимание в тишине или при слабо дифференцируемых шумах, а также (б) направленное вовне внимание в шумном контексте [3]. «Голос», возникающий в последних условиях, определяется как «сверхбдительная галлюцинация», что акцентирует широту возможностей интерпретации стимулов в перегруженной шумами среде, позволяет условно разделить «голоса внутри головы» и «голоса настоящие». Такая попытка классификации галлюцинаций как сложных явлений, имеющих нелинейную историю развития, может свестись к их сортировке по триггерам, условиям актуализации, что не приближает к закономерностям формирования «голоса», которые едины при различной локализации галлюцинации. Авторы сконцентрировались на рассмотрении тревоги как значимого фактора внешних СГ, когда, например, на основе сверхбдительности внешние раздражители, например, трудно различимый разговор соседей, провоцируют «голос». С.Я. Рубинштейн предполагала, что все галлюцинации функциональные, а классическая типология явлений на внутренние и внешние лишь усложняет выход к осмыслению распада психической деятельности при СГ и закрывает адекватные пути к психологическому вмешательству.

Распространенные навязчивые дисфункциональные мысли, цикл которых может запускаться СТ, не всегда переживаемые как СГ, указывают на близость рассматриваемых феноменов, но обнажает сложность поиска путей осмысления механизмов отчуждения мыслей. М. Ratcliffe, S. Wilkinson осмысливают роль СТ в контексте возникновения галлюцинаций, оперируют в терминах «внешний», «внутренний», «отчуждение». «Чуждое» не равно «внешнему», расположенному во внешнем физическом пространстве, напротив, феномены «внутренней» жизни, телесные органы как принадлежащие субъекту также могут переживаться как «отчужденные» [5]. Распространенное при СГ восприятие себя как неспособного, пассивного может иррадиировать не только на социальную жизнь, но и на мыслительные процессы: для формулирования мысли нужно прилагать усилия, которые ранее не требовались – опроизвольный навык становится «непрозрачным». Таким образом, слушающие «голоса» зачастую воспринимают СГ как объекты «внутренней» жизни, но все же чуждые, ставящие проблему сложности их произвольной регуляции. Наряду с СТ, изоляцией обнаруживается сложность получения привычного опыта общения, которое выступает средством интериоризации, что на фоне актуальности социальных потребностей стирает границу того, что человек продуцирует («я пришел к этой мысли») и что может получить в готовом виде («мне это сказали»), а это искажает дистанцию между «мышлением о явлении» и «восприятием явления» [5].

Возникновение СГ определяется тем, что содержание собственного мыслительного потока становится объектом тревоги, способствуя восприятию мыслей как «чуждых». Предполагается замкнутый круг тревоги, связанный с факторами актуализации и поддержания СГ: искаженные восприятия неприятны, воспринимаются как внешние, интенсифицируют тревогу; ожидание негативных мыслей предрасполагает к переживанию их как чуждых [5]. Стыд и унижение, межличностная угроза и беспомощность, вина и ненависть к себе, тесно связанные с СТ, сообщаются при СГ, сопряжены с определенным контентом «голосов», фоном

настроения, соответствуют различным психиатрическим диагнозам. Связь СТ с симптомами психоза позволяет лучше понять механизмы интериоризации и отчуждения психической деятельности в норме, например, феномен внутренней речи, имея сжатый характер, в условиях тревожного ожидания, вынесения ее источника во «внешний» контекст может расширяться до галлюцинации.

Литература

1. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальное исследование обманов слуха [Текст] / С.Я. Рубинштейн // Вопросы патопсихологии. – Москва, 1970. – С. 55–69.
2. Сагалакова, О.А., Жирнова, О.В., Труевцев, Д.В. AVATAR-терапия: патопсихология трансформации отношений с «голосом» при слуховых галлюцинациях / О.А. Сагалакова, О.В. Жирнова, Д.В. Труевцев // Консультативная психология и психотерапия. – 2021. – Т. 29. – № 2. – С. 62–99. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290204>
3. A preliminary investigation into the existence of a hypervigilance subtype of auditory hallucination in people with psychosis / L. Garwood, G. Dodgson, V. Bruce, S. McCarthy-Jones // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2013. – Vol. 43. – № 1. – P. 52–62. DOI: 10.1017/s1352465813000714
4. Paranoid delusional disorder follows social anxiety disorder in a long-term case series / A.B. Veras, T.G. Souza, T.G. Ricci et al. // The Journal of Nervous and Mental Disease. – 2015. – Vol. 203. – № 6. – P. 477–479. DOI:10.1097/nmd.0000000000000311
5. Ratcliffe, M., Wilkinson, S. How anxiety induces verbal hallucinations / M. Ratcliffe, S. Wilkinson // Consciousness and Cognition. – 2016. – Vol. 39. – P. 48–58. DOI: 10.1016/j.concog.2015.11.009

Семенова Н.Д.

К ВОПРОСУ ОБ «ОТРАБОТАННОЙ» ПРОСТОТЕ: ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ И ПРЕДМЕТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ В РЕАЛИЗАЦИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

МНИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия
niyami2020@gmail.com

Ключевые слова: психосоциальная терапия, психически больные, личностно-ориентированное обучение, предметно-ориентированное обучение

Semenova N.D.

ON THE ISSUE OF "WORKED OUT" SIMPLICITY: PERSONALITY-ORIENTED AND SUBJECT-ORIENTED LEARNING IN THE IMPLEMENTATION OF PSYCHOSOCIAL THERAPY FOR MENTALLY ILL PATIENTS

Moscow Research Institute of Psychiatry – a branch of V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Keywords: psychosocial therapy, mentally ill, personality-oriented learning, subject-oriented learning

Современные тенденции развития психиатрической помощи таковы, что лечение психически больных определяется разумным комбинированием фармакотерапии с психосоциальной терапией. С.Я. Рубинштейн [2], рассуждая о специфике психиатрической клиники и о тех требованиях, которые в этой связи предъявляют психологу, указывала на особое, более совершенное построение эксперимента. «Необходима очень большая, «отработанная» простота инструкции, видеоизмененная мотивировка заданий, особая тщательность протоколирования опыта» [2]. Об «отработанной» простоте, видеоизмененной

мотивировке и особой тщательности протоколирования опыта следует говорить и применительно к реализации психосоциальной терапии.

За последние годы психосоциальная терапия развивалась активно, ее удельный вес в комплексном лечении психических расстройств неуклонно возрастал, совершенствовались подходы и приемы. На передний план вышли модели, имеющие обширную доказательную базу. Среди них те, что предполагают, наряду с традиционными «поддержкой» и разного рода «психосоциальным сопровождением», – полноценное «обучение» пациента [3].

Для различных моделей психосоциальной терапии разрабатывались и формулировались объединяющие теоретические основания и методические принципы реализации. Осуществляя «обучение» (в виде медико-психологического просвещения пациентов и их родственников, когнитивно-поведенческих технологий, когнитивной ремедиации и т.д.), специалисты опирались и опираются на обширное психолого-педагогическое наследие. Речь идет о привлечении концепций мотивации учебной деятельности, типов обучения и т.п. Так, например, положения П.Я. Гальперина [1] о третьем типе обучения и об ориентировочной основе действия легко вычитываются из текстов Til Wykes [6], Alice Medalia [4], Steffen Moritz [5], – ведущих мировых специалистов, рассуждающих о принципах обучения при когнитивной ремедиации, о так называемом «стратегическом мониторинге», направляющем активность пациента в нужное русло, о воспроизводстве навыка и переносе его в реальную, повседневную жизнь.

Рассматривая вышеприведенные психосоциальные подходы и привлекая собственный опыт, включающий обширную супервизию занятий по психосоциальной терапии в рамках различных психиатрических служб, могу утверждать, что в плане практической реализации во многих из представленных программ нет той самой «отработанной» простоты, и разумный баланс между предметно-ориентированным и личностно-ориентированным обучением соблюдается недостаточно. Так, например, при реализации наиболее распространенной формы психосоциальной терапии психически больных – медико-психологического просвещения пациентов и их родственников (психообразования) наблюдается «крен» в сторону предметно-ориентированного обучения при недостаточном внимании и недостаточном учете личностно-ориентированной составляющей, хотя при этом общая структура, план проведения, а также конкретные темы занятий могут вполне отвечать современным стандартам.

Личностно-ориентированное обучение в групповом формате реализации психосоциальных программ предполагает не только адаптацию материала к потребностям пациента, не только учет эмоциональных и когнитивных особенностей психически больных, но и учет собственно группового *процесса*, групповой динамики или, как говорят, «дыхания группы». Это означает, что ведущий, соблюдая временной и организационный регламент занятия (вводная часть, рабочее время, обсуждение), поддерживает здоровый и позитивный климат в группе, работает над ее сплочением, конструктивно и с пользой для всех участников прорабатывает проблемные ситуации, пациентам дается не отсроченная и адресная обратная связь, в работу эффективно включаются замкнутые и отстраненные участники. Психосоциальная образовательная стратегия при этом будет задавать правильный способ переработки соответствующего предметного материала. Тогда как предметная ориентация ведущего ограничивается лишь работой на уровне *содержания*.

«Отработанная» простота – это способность ведущего одновременно управлять и содержанием, и процессом, разумно балансировать между предметно-ориентированным и личностно-ориентированным обучением, что, безусловно, повышает качество реализации психосоциальной программы. Необходимо совершенствовать подготовку специалистов, осуществляющих психосоциальную терапию, повышать их психолого-педагогическую компетентность. Разработка персонализированных, контекстуальных и гендерно-сенситивных подходов в современной психосоциальной терапии и реабилитации требует и привлечения «потребителей помощи», психически больных, для которых болезнь выступает одновременно и объектом изучения, и личным опытом переживания. Привлечение

потребителей помощи и особая тщательность протоколирования их опыта предполагает и новые формы сотрудничества. Преимуществами такого сотрудничества могут стать новые направления работы в области психосоциальной терапии, новые критерии оценки качества такой работы, новые темы групповых занятий, и, что важно, новые ориентиры в плане сочетания и взаимных переходов предметно-ориентированного и личностно-ориентированного обучения.

Литература

1. Гальперин П.Я. Методы обучения и умственное развитие ребенка. М., МГУ, 1985.
2. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики и опыт применения их в клинике //М.: Апрель-Пресс, издательство Института Психотерапии. – 2004, с. 16.
3. Семенова Н.Д. К вопросу о развитии и современном состоянии психосоциальной терапии больных шизофренией //Российский психиатрический журнал. – 2019. – №. 5. – С. 40-44.
4. Medalia A., Freilich B. The neuropsychological educational approach to cognitive remediation (NEAR) model: practice principles and outcome studies //American Journal of Psychiatric Rehabilitation. – 2008. – Т. 11. – №. 2. – С. 123-143.
5. Moritz S., Woodward T. S. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention //Current opinion in psychiatry. – 2007. – Т. 20. – №. 6. – С. 619-625.
6. Wykes T. et al. Improving patient experiences of mental health inpatient care: a randomised controlled trial //Psychological medicine. – 2018. – Т. 48. – №. 3. – С. 488-497.

Сыроквашина К.В.

ПОСМЕРТНЫЙ АНАЛИЗ ИНФОРМАЦИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЙ ЛИЧНОСТЬ И СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКА ПЕРЕД САМОУБИЙСТВОМ, КАК КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД

ФГБУ «НМИЦПН им.В.П.Сербского» Минздрава России
syrovkashina@mail.ru

Ключевые слова: посмертный анализ, судебно-психологическая экспертиза, самоубийство, подростковый возраст

Syrovkashina K.V.

POSTHUMOUS ANALYSIS OF INFORMATION CHARACTERIZING THE PERSONALITY AND STATE OF A TEENAGER BEFORE SUICIDE AS A CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL METHOD

V.Serbsky NMRCPN
syrovkashina@mail.ru

Keywords: posthumous analysis, forensic psychological examination, suicide, adolescence

Посмертный анализ информации в рамках судебной экспертизы имеет прикладное значение и основан на методе ретроспективного исследования данных. В качестве источника информации используются материалы, представляемые эксперту следователем в рамках уголовного дела. В рамках уголовного законодательства одним из типов дел, в ходе производства которых может быть привлечена экспертиза – дела о самоубийствах. Правовым основанием метода ретроспективного анализа являются рамки комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы и соответствующие нормы права – преимущественно, это статья 110 УК РФ (включая изменения 2017 года), регулирующая ответственность за доведение до самоубийства. Методологически посмертный ретроспективный анализ информации, характеризующей личность и состояние подростка перед самоубийством следует рассматривать как метод «единичного случая». Чаще всего метод «единичного

случая» рассматривается в координатах «единичное–всеобщее», вместе с тем, это не исчерпывает его потенциал. Координаты «явление–сущность» позволяют перейти от внешних проявлений к внутренним механизмам, от функциональных к структурно-генетическим особенностям объекта исследования [4]. Объяснение единичного случая требует возможности рассмотрения его как отдельного проявления типа процессов с определяемыми закономерностями организации функционирования и динамики. Проявления анализируемого свойства в конкретном случае, определение причинно-следственных и структурно-функциональных связей будет результатом работы исследователя [1].

Предметом анализа эксперта психолога является психическое (эмоциональное) состояние несовершеннолетнего в период, предшествовавший смерти, и причинно-следственная связь этого состояния с действиями обвиняемого [2]. На практике, помимо выявления указанных феноменов и решения экспертных задач, при экспертизе несовершеннолетних происходит выяснение связи состояния подростка не только с действиями обвиняемого, но и с другими факторами, которые могли способствовать или сопутствовать его возникновению. Наиболее часто следствие интересуется в качестве одного из таких факторов индивидуально-психологические особенности подростка. Также посмертный анализ имеет ценность как источник понимания спектра причин и факторов формирования суицидального поведения у подростка, как для судебно-следственных органов, так и для психологических исследований.

Обстоятельства возросшего объема исследований в рамках экспертиз по делам о суицидах подростков обусловили необходимость разработки алгоритма психологического экспертного анализа. В алгоритме анализа психолога-эксперта выделены этапы, в ходе реализации которых эксперт получает возможность прийти к экспертному решению. В рамках предварительного анализа экспертом рассматриваются основные факторы развития подростка, которые оказывают влияние на его интеллектуальное становление, формирование индивидуально-психологических особенностей, формирование личности в целом. Экспертом выделяются внешние (средовые) и внутренние (исходящие от самого подростка) факторы, и рассмотреть отдельные источники такого влияния в их рамках. Также в предварительный анализ включается рассмотрение динамики состояний подростка во временной перспективе. В качестве экспертных единиц здесь выступают эпизоды дисрегуляции эмоциональных переживаний подростка, в которых выделяются, ситуативные обстоятельства, вызывающие эмоциональную реакцию (характеристики ситуации, включая степень ее травматичности, субъективной оценки со стороны подростка), и специфика их проживания (длительность переживания, степень его вовлеченности, способы совладания со стрессовой ситуацией). Кроме того, экспертными единицами являются значимые межличностные отношения, особенно характеризующиеся конфликтностью. На завершающем этапе анализа квалифицируется основное экспертное понятие «психическое состояние», включающее не только эмоциональную составляющую, но и субъективную сферу подростка с соответствующими смысловыми компонентами. В рамках «психического состояния», предшествовавшего суициду, можно выделить такие эмоционально окрашенные и связанные между собой явления, как осмысление подростком сложившейся ситуации, смысловое восприятие самого себя и понимание смысла смерти [3]. Качество реализации метода зависит от полноты предоставленной эксперту следственными органами информации. Кроме того, для эксперта важно не копировать или дублировать эту информацию, а проделывать аналитическую работу, давая психологическую трактовку феноменам, описанным в деле.

К основным преимуществам метода можно отнести возможность анализа поведения и психологического состояния, наиболее приближенного к реализованному суицидальному поступку, от появления замысла до завершённого акта самоубийства, в отличие от большинства исследований, в которых основными объектами являются суицидальные мысли или попытки. Ограничениями являются невозможность более объективного исследования конкретных индивидуально-личностных черт и состояний, необходимость опираться на свидетельства окружающих, принимая в расчет неизбежные искажения и предвзятость таких данных.

Литература

1. Корнилов А.П., Корнилова Т.В. Специфика патопсихологического эксперимента как метода «анализ единичного случая» // Методы исследования в психологии: квазиэксперимент: Учеб. пособие для вузов. М.: Издат. группа «Форум»–«Инфра-М», 1998. С. 138–171.

2. Сафуанов Ф.С. Комплексная судебная психолого–психиатрическая экспертиза лица, окончившего жизнь самоубийством // Медицинская и судебная психология. Курс лекций. 3–е изд. М.: Генезис, 2009. 606 с.

3. Сыроквашина К.В. Психологический анализ в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по делам о самоубийстве несовершеннолетних: алгоритм, факторы, основные элементы [Электронный ресурс] // Психология и право. 2020. Том 10. № 3. С. 248–259. doi:10.17759/psylaw.2020100317

4. Харламенкова Н.Е. Case study как метод исследования личности // Экспериментальная психология в России: традиции и перспективы / под ред. В. А. Барабанщикова. - Москва : Ин-т психологии РАН, 2010. С.747-752.

Труевцев Д.В.¹, Сагалакова О.А.¹, Жирнова О.В.²

Типичность и специфичность патопсихологических симптомов и синдромов в диагностике психических расстройств

¹Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия

²Алтайский государственный университет, Барнаул, Россия

truevtsev@gmail.com, olgasagalakova@mail.ru, olga.zhirnova.2015@mail.ru

Ключевые слова: патопсихология, типичность и специфичность симптомов и синдромов, психическая деятельность

Truevtsev D.¹, Sagalakova O.¹, Zhirnova O.²

Typicity and specificity of pathopsychological symptoms and syndromes in the diagnosis of mental disorders

¹National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

²Altai State University, Barnaul, Russia

truevtsev@gmail.com, olgasagalakova@mail.ru, olga.zhirnova.2015@mail.ru

Keywords: pathopsychology, typicity and specificity of symptoms and syndromes, mental activity

Проблема соотношения патопсихологических нарушений мышления и нозологии имеет давнюю историю, начиная с ранних исследований особенностей нарушения психической деятельности на материале разных психических болезней. Первые данные по соотношению с нозологией психологических симптомов носили подчеркнуто вероятностный характер, прямых доказательств в сторону типичности, специфичности того или иного симптома или синдрома определенному психическому расстройству не может быть по причине того, что методологическая и методическая основа двух типов логик имеет различные истоки, понимание сущности психического и патогенеза нарушений психики, методы изучения и выходы на решение практических задач.

Проблема соотношения типичных и специфических нарушений психики при разных болезнях рассматривалась в трудах Б.В. Зейгарник, Б.С. Братуся, С.Я. Рубинштейн, А.Я. Ивановой, Т.И. Тепеницыной и др. Б.В. Зейгарник приходит к важному выводу, который не следовало бы забывать современным специалистам: «...нет прямого и безусловного соответствия между тем или иным видом нарушения мышления и определенной формой болезни. Экспериментальные факты не выявляют единого расстройства мышления, специфичного, например, для всех форм и видов шизофрении. ...не может быть однозначного,

прямолинейного использования данных экспериментально-психологических исследований для целей диагностики» [3, с. 207].

При анализе психической деятельности пациента с эпилепсией и последующей операцией на головном мозге С.Я. Рубинштейн обнаруживает у него особенности мышления, подобные тем, которые типичны для шизофрении или просто одинаковые с ними, однако встречаются и при других психозах. «Если предполагать подобие - возникает задача определения признаков различия... Если же считать, что нарушения мышления одинаковы, возникает еще более трудная... задача выявления... механизмов их формирования». [4, с. 88]. Если нарушения мышления связаны с психотическим расстройством вообще (не шизофренией), то эти симптомы теряют свое диагностическое значение. Анализируя пример сложной психопатологической симптоматики подростка с эпилепсией, А.Я. Иванова приходит к аналогичным выводам. В период психотического состояния у пациента возникали «шизофреноподобные» нарушения мышления, которые сглаживались при улучшении состояния [4 с. 106]. Выявив нарушение умственной деятельности, патопсихологи пытаются «однозначно связать его с определенным психическим заболеванием, забывая о многообразии и многозначности этих связей» [4 с. 106].

Нарушения психической деятельности часто носят характер развития и компенсации в условиях болезни, это не прямое следствие последней и не первичный ее симптом. Изучение механизмов развития психопатологических симптомов и синдромов в современной патопсихологии часто не только подменяется гиперболизацией единичных проявлений в ущерб анализу целостной картины психической деятельности, но и замещается логикой упрощенных сопоставлений, смело именуемых, например, «шизофреническим мышлением», создавая иллюзию объяснения сложности системных перестроек психики в условиях болезни. Расстройства, при которых вероятность обнаружения типичных, тем более специфических симптомов и синдромов снижается, либо они не выступают явно внешне наблюдаемыми, не находят воплощения в практике специалистов. Непопулярные для российской диагностики категории расстройств (психотические расстройства нешизофренического спектра) искусственно прилаживаются к наиболее вероятному шаблону психологических проявлений, приводя к игнорированию более тонких нарушений и сохранных сторон психики, к гипердиагностике одних расстройств в ущерб другим.

Выделение в патопсихологии т.н. симптомокомплексов усугубило тупиковую логику прямого соотнесения психических расстройств с типичными нарушениями психической деятельности, уводя психологов от синдромного анализа, решения задач по восстановлению и реабилитации личности и психики, способствуя размыванию границ профессиональной компетенции на уровнях методологической концептуализации и понятийной квалификации состояния психики. Смещение акцентов, преувеличенное внимание к единичным случаям латентных признаков предметов вне целостного контекста свойств психической деятельности и мотивов личности, вне понимания психологического генеза симптома и его вклада в синдром, приводит к тому, что патопсихология, по меткому выражению Б.С. Братуся, становится на путь «нозологического обслуживания». Значительная часть данных о «вероятностной» типичности поведенческих и нозологических свойств получена на материале пациентов с психиатрическими диагнозами, выставленными по старым критериям диагностики, зачастую несоответствующим мировой практике. Став удобным инструментом и живучим способом упрощения диагностики в рутине больничного конвейера, логика однозначных состыковок остается стабильной.

Б.С. Братуся связывает вероятные изменения в развитии патопсихологии с тем, какую позицию займет психиатрия в понимании природы болезни [2]. Современная психиатрия отказалась от нозологического категориального подхода, в ответ на ограничения которого предложен дименсиональный подход и разработанный Национальным институтом психического здоровья США (NIMH) проект Исследовательских критериев доменов (Research Domain Criteria, RDoC), способный выступить связующим звеном между психологическим и

психиатрическим взглядами. Обнадеживающе выглядят новые модели и логика к пониманию природы психических нарушений, развиваемых в подходе RDoC.

В логике психиатрии внутренняя причина порождает одинаковые феномены болезни [1], что создает риск каузальной стыковки поражений мозга и психологических симптомов, смещения внимания на обнаружение нарушенного, а не сохранного, которое однозначно предопределено болезнью; «причина поражения мозга не может однозначно определять симптом болезни» [6, с. 17]. Проблема соотношения развития и распада психики – одна из важнейших, в рамках которой «болезнь не есть негатив развития», психологические симптомы не есть прямое следствие болезни; «...в подавляющем большинстве случаев психопатологический симптом, симптом болезни не может быть прямо выведен из признаков болезни...» [5]. Болезнь создает новую социальную ситуацию развития, которая может стать источником как приспособительных новообразований, так и негативных изменений, но траектория этих изменений не предначертана и не специфична определенной болезни.

Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн отмечают, что однозначно соотнести болезнь и тип характера, «рубец в мозгу» и «эпилептоидные черты» означает впасть в радикальный редуccionизм, что не развивает науку, а способствует ее деградации. С.Я. Рубинштейн показывает, что личностные опросники, разработанные в такой логике, называть психологическими как минимум спорно [5]. Сущность психического нет смысла искать в физиологическом, понять природу психической деятельности невозможно без анализа системы отношений человека. Нет и не может быть однозначных соотнесений психологических нарушений и нозологии, тем более что последняя претерпевает значительные трансформации, а используемая ей методология не может идти в параллели с патопсихологией. Разноплановость, искажение процесса обобщения, бессодержательные связи не являются обязательным «спутником шизофрении», часто встречаются при психозах, психопатиях, органических поражениях мозга. Данное положение, по мысли Б.С. Братуся, было предано забвению, не получило должной теоретической разработки вероятно потому, что это не вписывалось в удобную клиническую модель постановки «правильного» диагноза.

Литература

1. Братусь, Б.С. Аномалии личности. Психологический подход [Текст] / Б.С. Братусь. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Никая, 2019. – 912 с.
2. Братусь, Б.С. Место патопсихологии в изучении природы болезни [Текст] / Б.С. Братусь // Вопросы психологии. – 1994. – № 3. – С. 38-43.
3. Зейгарник, Б.В. Патология мышления [Текст] / Б.В. Зейгарник. – Москва: Изд-во Моск. ун-та, 1962. – 244 с.
4. Рубинштейн, С.Я. О диагностическое значимости экспериментальных данных. Сборник трудов по патопсихологии [Текст] / С.Я. Рубинштейн. – Москва: Изд-во Моск. ун-та, 1974. – С. 76-88.
5. Рубинштейн, С.Я. Понятие «характера» в психологии и психиатрии. Психология индивидуальных различий: Хрестоматия [Текст] / С.Я. Рубинштейн; ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романов. – Москва: ЧеРо, 2000. – 776 с.
6. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство) [Текст] / С.Я. Рубинштейн. – Москва: Апрель-Пресс, изд-во Института Психотерапии, 2004. – 224 с.

Филатова-Сафронова М.А., Шутов Б.А.

Оценка психологических особенностей людей с наркотической зависимостью с применением проективной методики «Рисунок теплохода»

Казанский инновационный университет
имени В.Г. Тимирязова, Казань, Россия
fsm07@mail.ru

Ключевые слова: диагностика, проективные методики, психологические черты

Filatova-Safronova M., Shutov B.

Assessment of psychological features of people with drug addiction using the projective technique «Ship drawing»

Kazan Innovation University
named after V.G. Timiryasov, Kazan, Russia
fsm07@mail.ru

Keywords: diagnostics, projective methods, psychological features

Введение. В клинической психологии остро стоит вопрос диагностики [1]. Принимая во внимание тот факт, что многие личностные опросники являются объемными, процесс диагностики становится долгим и утомительным. Особенно это проявляется при работе с наркозависимыми, проходящими курс реабилитации, находящимися в состоянии астении [2]. Следовательно, актуальным становится вопрос использования экспресс-диагностики наркозависимых людей.

Материал и методы. Объектом исследования выступила диагностика психологических особенностей людей с наркотической зависимостью. Предметом исследования - апробация проективной методики «Рисунок теплохода» для оценки психологических особенностей людей с наркотической зависимостью. Было предположено, что использование проективной методики «Рисунок теплохода» поможет «открыть» истинные психологические черты людей с наркотической зависимостью.

В исследовании приняло участие 15 человек с наркотической зависимостью в возрасте 20-30 лет. Исследование проводилось в Республиканском Наркологическом Диспансере г. Ижевска [3]. Основу эмпирического инструментария составил проективный тест «Рисунок теплохода» (М.А. Филатова-Сафронова) [4]. Для его проведения использовались белые неглянцевые листы бумаги и карандаши средней мягкости. Испытуемым была предложена инструкция: «Если бы я был теплоходом, я был бы таким теплоходом...». По окончании рисования каждый респондент придумал теплоходу имя, дал ему характеристику. Среднее время выполнения теста - 10 минут. При интерпретации пристальное внимание обращалось на наиболее диагностичные особенности рисунка:

- Пространственное расположение фигуры, направление движения теплохода;
- Содержательные характеристики (анализ отдельных частей и их значения);
- Графические признаки: характер линий, контур фигур;
- Название теплохода;
- Жизненный сценарий.

Результаты. При обработке результатов выявлено, что в большинстве рисунков теплоходы нарисованы маленькими (80%), в нижней части листа (87%) и тонкими, едва видимыми линиями (74%). Это свидетельствует о неуверенности, подавленности, нерешительности и низкой самооценке испытуемых. Почти поровну распределились результаты, свидетельствующие об организации психики: 33,5% теплоходов нарисованы с одной палубой, 40% - с двумя, 27% рисунков содержат более двух палуб. Количество палуб свидетельствует об умении человека рефлексировать. Результаты вполне логичны, т.к. у пациентов, проходящие реабилитацию в клинике много свободного времени, чтобы размышлять и думать

о своих поступках, которые привели его к такому положению. Важным элементом анализа рисунка является наличие/отсутствие якоря и штурвала. Выявлено, что только у 13% респондентов на рисунках присутствовали оба элемента и это свидетельствует о таких качествах личности, как «умение контролировать свою жизнь», «активная жизненная позиция», «волевое поведение», «способность говорить себе в нужных ситуациях «СТОП»». 87% испытуемых не изобразили якорь, у 15% из них был нарисован один штурвал. Отсутствие якоря и штурвала на рисунке могут свидетельствовать о стратегии человека «плыть по течению», находить причины «не делать что-то в своей жизни», быть пассивным. Следовательно, большинство людей с наркотической зависимостью используют жизненную стратегию «Плыть по воле волн». Имя (название) теплохода также имеет диагностическое значение. Как правило, оно свидетельствует об идентификации автора с тем, чье имя носит теплоход. Дополнительным критерием для оценки идентификации служит характеристика теплохода. Теплоходы наркозависимых в большинстве были названы именами детей (20%), родителей (27%) или жен (27%) с характеристиками «Больной» (33,5%), «Несчастный» (33,5%). Наиболее вероятно, это связано с созависимостью, неудовлетворенностью, неприятием собственной личности.

Выводы. Таким образом, исследование показало, что использование проективной методики «Рисунок теплохода» позволяет выявить психологические черты людей с наркотической зависимостью за короткое время.

Литература

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / М50 В.Д.Менделевич. – 6 е изд. – М.: МЕДпресс информ, 2008. – 432 с.
2. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей / Г. В. Старшенбаум. - Москва: Когито-Центр, 2006. - 366 с.
3. Шутов Б.А. Психологические особенности людей с наркотической зависимостью / материалы Международной научно-практической конференции студентов и аспирантов «Казанские научные чтения студентов и аспирантов имени В. Г. Тимирязова – 2020» – Казань: Изд-во «Познание» Казанского инновационного университета, 2020. – С.297-298.
4. Филатова-Сафронова М.А. Психологический клуб «М.А.Р.Г.О.»: практикум. - Казань: Изд-во «Познание» Казанского инновационного университета, 2019. - 60 с.

Шведовская А.А., Калантарова М.В., Хромов А. И., Рощина И.Ф.

ПРОГРАММА «КОГНИТИВНАЯ СТИМУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ» ПРИ КОГНИТИВНЫХ ДЕФИЦИТАХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: АДАПТАЦИЯ В РОССИИ

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Россия

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Электронный адрес: anna.shvedovskaya@mgppu.ru, kalantarovamv@mgppu.ru,
hromovai@mgppu.ru, ifroshchina@mail.ru

Ключевые слова: пожилой возраст, когнитивная стимулирующая терапия

Shvedovskaya A.A., Kalantarova M.V., Khromov A.I., Roshchina I.F.

THE PROGRAM "COGNITIVE STIMULATING THERAPY" FOR COGNITIVE DEFICITS IN THE ELDERLY: ADAPTATION IN RUSSIA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Email address: anna.shvedovskaya@mgppu.ru, kalantarovamv@mgppu.ru,
hromovai@mgppu.ru, ifroshchina@mail.ru

Keywords: CST, Cognitive Stimulation Therapy, older adults

Введение. По общим оценкам, доля населения в возрасте 60 лет и старше с деменцией на какой-либо момент времени составляет от 5% до 8%. Сейчас во всем мире насчитывается около 50 миллионов людей с деменцией. А по прогнозам, общее число людей с деменцией составит около 82 миллиона человек в 2030 году и 152 – к 2050 году. В России число больных с деменцией оценивается в 1,85 млн человек (по данным 2019 года). В связи с этим остро стоит проблема сохранения благополучия и активного долголетия в поздних возрастах. В мировой клинической практике работы с пожилыми людьми с деменцией разработаны ряд подходов, один из которых основан на стимуляции когнитивной сферы пожилых людей в различных формах.

В систематическом обзоре психосоциальных подходов к лечению деменции, опубликованном в рамках Всемирного отчета о болезни Альцгеймера (World Alzheimer Report, 2011), указано, что когнитивная стимуляция обладает наиболее убедительными доказательствами преимуществ в терапии деменции. Когнитивная стимуляция при деменции определена как вовлечение отдельных лиц (обычно в группе) в ряд мероприятий и дискуссий, направленных на общее улучшение когнитивного и социального функционирования.

Материалы и методы. Наиболее популярной и широко используемой версией когнитивной стимуляции в работе с деменцией в Великобритании является Когнитивная стимулирующая терапия (КСТ) (Cognitive Stimulation Therapy, CST). Это краткое, основанное на фактических данных групповое вмешательство, направленное на стимуляцию и реализацию когнитивных навыков в социальной среде (Spector et al., 2003). Когнитивная стимулирующая терапия (CST) вошла в рекомендации Национального института здравоохранения и качества ухода (NICE) для людей с деменцией легкой и средней степени (NICE, 2018) в Великобритании. Подход прошел адаптацию и применяется в 30 странах мира. Подход строится на пяти руководящих принципах:

1. Эмпирическое обучение, включающее использование всех пяти чувств для стимулирования когнитивной стимуляции и процессов памяти.
2. Целенаправленное психологическое вмешательство, направленное на преодоление трудностей повседневной жизни.
3. Учет эмоциональной жизни и улучшение когнитивных навыков людей с деменцией.
4. Неявное, а не прямое «обучение». Наиболее эффективным считается обобщение важной информации о себе и своем мире.
5. Взаимный процесс, в котором люди с деменцией и те, кто о них заботится, узнают больше о способностях и уязвимости друг друга.

Результаты. Было установлено положительное влияние Cognitive Stimulation Therapy (CST) на измерения поведенческих и психологических симптомов при деменции и улучшение качества жизни у тех, кто уже проходит лекарственную терапию деменции (Woods, Aguirre, Spector, & Orrell, 2012). Показано, что подход CST экономически эффективен (Knapp et al., 2006). Также было показано, что CST оказывает положительное влияние на психоневрологические симптомы (Niu, Tan, Guan, Zhang, & Wang, 2010) и переживание одиночества (Capotosto et al., 2017), хотя доказательства его влияния на депрессивные симптомы неоднозначны (Apostolo, Cardoso, Rosa, & Pau I, 2014; Capotosto et al., 2017; Orrell et al., 2017) и показано отсутствие его влияния на тревожность (Lobbia et al., 2019).

Выводы. Начиная с 2019 года в рамках научно-практического проекта «Профилактика когнитивных дефицитов у лиц пожилого и старческого возраста» на базе Московского государственного психолого-педагогического университета (МГППУ) проводится адаптация CST в России. В 2022 году планируется к завершению культурная адаптация стимульного материала тренинга и готовится к печати методическое пособие на русском языке для ведущих групп "Making a difference" Aimee Spector, Bob Woods, Charlotte R. Stoner и Martin Orrell (МГППУ, 2022 год).

Литература

1. Aguirre E. et al. Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia—who benefits most? //International journal of geriatric psychiatry. – 2013. – Т. 28. – №. 3. – С. 284-290.
2. Apóstolo J. L. A. et al. The effect of cognitive stimulation on nursing home elders: A randomized controlled trial //Journal of Nursing Scholarship. – 2014. – Т. 46. – №. 3. – С. 157-166.
3. Capotosto E. et al. Cognitive stimulation therapy in the Italian context: Its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia //International Journal of Geriatric Psychiatry. – 2017. – Т. 32. – №. 3. – С. 331-340.
4. Gibbor L. et al. Cognitive stimulation therapy (CST) for dementia: a systematic review of qualitative research //Aging & mental health. – 2021. – Т. 25. – №. 6. – С. 980-990.
5. Knapp M. et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis //The British Journal of Psychiatry. – 2006. – Т. 188. – №. 6. – С. 574-580.
6. Lobbia A. et al. The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild-to-moderate dementia //European Psychologist. – 2018.
7. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People with Dementia and Their Carers in Health and Social Care. Leicester (UK): British Psychological Society; 2007. PMID: 21834193.
8. Niu Y. X. et al. Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer’s disease: a randomized controlled trial //Clinical rehabilitation. – 2010. – Т. 24. – №. 12. – С. 1102-1111.
9. Spector A. et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial //The British Journal of Psychiatry. – 2003. – Т. 183. – №. 3. – С. 248-254.
10. World Alzheimer report. Alzheimer’s Disease International (ADI) – 2011.

Шевеленкова Т.Д.

ОСОБЕННОСТИ КАПИТУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ В АНАМНЕЗЕ

Институт психологии им. Л.С. Выготского РГГУ, Москва, Россия
shevelenkova@gmail.com

Ключевые слова: диагностика феномена капитуляции, суицидальные пациенты с шизофренией

Shevelenkova T.

FEATURES OF SURRENDER OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH A HISTORY OF SUICIDAL ATTEMPTS

Institute of Psychology named after L.S. Vygotsky,
Russian State University for the Humanities, Moscow, shevelenkova@gmail.com

Keywords: diagnosis of surrender phenomenon, suicidal patients with schizophrenia

Цель данной работы - показать возможности экзистенциального подхода к исследованию феномена суицида при шизофрении. Экзистенциальный подход в клинической практике развивается в ответ на осознание необходимости выхода клинической психологии на новый

уровень описания проблем человека и его взаимоотношений с окружающим миром, отвечая фундаментальным тенденциям изменения психологической науки в XX веке: движению от естественнонаучной парадигмы к гуманитарной, от объясняющего подхода к понимающему, от изучения человека как изолированного объекта к рассмотрению неразрывной связи человека и мира. В экзистенциальном понимании смерть – самая очевидная угроза бытию, человек осознает, что умрет, однако решающим вопросом является его отношение к этому знанию. Как отмечал К. Ясперс, «самоубийство – это единственное действие, которое освобождает от всех дальнейших действий» [1]. К. Ясперс отрицает понимание суицида при шизофрении как следствие психоза, подобно тому, как температура не является следствием инфекционного заболевания, поскольку только у некоторых больных в «душевных связях, развившихся на почве болезни», возникает суицидальное поведение. Иными словами, если в одних случаях может казаться достаточной причинность психотического состояния, то в других - психически больной человек может реагировать на болезнь согласно своему собственному бытию, которое сохраняется и в случае самоубийства. Поэтому так важно сравнить экзистенциальные переживания пациентов, страдающих шизофренией и имеющих ряд суицидальных попыток с переживаниями пациентов с шизофренией, но без суицидальных попыток в анамнезе [1].

Людвиг Бинсвангер, создавший теорию экзистенциального анализа – Daseinsanalyse, связал воедино трактовку суицида и феномена капитуляции при шизофрении как выхода из невыносимой ситуации, принимающего форму «экзистенциального отступления», в том числе и форму суицида [1]. Он рассматривал феномен капитуляции как процесс (динамику шизофренической экзистенции), начинающийся с нарушения согласованности естественного опыта, приводящего к переживанию безысходности и порождающее желание «конца», что ведет к формированию экстравагантных идеалов, выдаваемых за жизненную позицию, но совершенно не соответствующих жизненной ситуации, борьбе за их сохранение и следовании им. Когда экстравагантный идеал окончательно сформирован, эмпирический опыт оказывается расколотым на альтернативы: больной балансирует между экстравагантным идеалом и его противоположностью, охватывающей все, что этому идеалу противоречит, порождая то, что Бинсвангер называл «сокрытием» всех ужасов тревоги, которые вызывает другая сторона альтернативы. Последняя стадия - кульминация антиномических напряжений, - стадия «стирания существования», принимающая форму экзистенциального отступления, стремления больного к беспроblemному существованию, названную капитуляцией. Формы капитуляции – смерть; отказ от активной социальной жизни; подчинение Dasein чуждым ему экзистенциальным силам; пассивное страдание; уход в умопомешательство, а также возможно сочетание разных форм капитуляции [1].

Наши теоретические построения есть модель, конструкция той реальности, которую мы хотим исследовать (безотносительно к тому, создаем ли мы или нет вместе с моделью и реальность), это карта, по которой мы в исследовании должны пройти по территории предмета эмпирического исследования, для чего необходимо иметь исследовательский инструмент, соответствующий избранной нами карте. Исследовательские методы клинической психологии, сложившиеся в классический период ее развития, во многом заимствованные из естественнонаучной исследовательской парадигмы, не отвечают сложности ее проблемного, в том числе и в рамках экзистенциальной парадигмы. Поиск методических решений остается важной задачей, поскольку сама идея экспериментальной экзистенциальной психологии никогда не рассматривалась как возможная, настолько эти два подхода – экспериментальный и экзистенциальный – мыслились как противоположности в широком поле психологии [4].). В данной работе предложен новый исследовательский инструмент и намечены возможности его для проникновения в экзистенциальные переживания суицидальных пациентов, страдающих шизофренией.

Методика исследования - методика «10 сказок» [2; 3]. Респонденту предлагаются последовательно 10 вариантов начала сказок и историй, которые обрываются на моменте, где главному герою необходимо справиться с возникшей ситуацией (принудительное замужество,

угроза жизни, болезнь родственника и т.д.). На первом этапе пациенту нужно продолжить историю, поставив себя на место главного героя. На втором этапе предлагаются те же 10 историй и 9 готовых вариантов окончаний каждой сказки, из которых респондентам предлагается выбрать тот вариант, который кажется им наиболее подходящим, а также тот, который неприемлем для них. Готовые варианты окончаний включают: сюжеты нормы - «Самостоятельная борьба», «Борьба с помощью других», «Компромисс»; пограничный сюжет «Борьба без решения»; сюжеты «капитуляции»: «Смерть», «Отказ», «Игнорирование», «Пассивное страдание», «Захваченность сверхъестественными силами». При анализе самостоятельно предложенных респондентом окончаний они относятся исследователем к тем же 9 вариантам сюжетов. Каждая сказка затрагивает определенные экзистенциальные переживания: угрозы собственной смерти и смерти другого (хворь старухи, болезнь, охота, мудрец), свободы и ответственности (замужество, путешествие, война), экзистенциальной изоляции (любовь, необитаемый остров, отшельник).

В данном исследовании приняли участие 68 пациентов, больных шизофренией с суицидальными попытками в анамнезе и без них, находящихся на момент исследования на стационарном лечении в ГБУЗ ПКБ№1 им. Н. А. Алексеева. Основные критерии отбора: сведения в истории болезни о наличии в анамнезе суицидальных мыслей и попыток, а также отсутствие отстрой психотической симптоматики. Респонденты определены в две группы: группа 1 - 32 респондента без суицидальных попыток в анамнезе, не высказывавших суицидальные мысли; группа 2 – пациенты, больные шизофренией с суицидальными поступками в анамнезе.

Анализ данных, показал, что при самостоятельном продолжении историй у испытуемых обеих групп сюжеты нормы имеют наименьшую представленность. Однако, если группа пациентов с суицидальными попытками, представляя себя героями сказок дают при их окончании по большей части сюжеты капитуляции, то пациенты без суицидальных попыток – пограничные сюжеты. В качестве неприемлемых вариантов испытуемые обеих групп больше всего использовали сюжеты капитуляции. Однако, если пациенты с суицидальными попытками при выборе неприемлемых вариантов в 82% случаев указывали сюжеты капитуляции и в 10% случаев – сюжеты нормы, то пациенты без суицидальных попыток в 50% случаев указывали сюжеты капитуляции и в 35% случаев – сюжеты нормы. Исследованные группы пациентов при выполнении методики использовали разные стратегии. Пациенты с суицидальными попытками демонстрируют высокий уровень капитуляции, который заметно снижается при выборе наиболее подходящего для них варианта развязки, и максимально повышается при выборе неприемлемого варианта, что позволяет говорить о том, что испытуемые с суицидальными попытками не удовлетворены своим существованием в мире. Более того, их оценка своего существования в реальности совпадает с нежелательным вариантом – их собственный выбор и нежелательный результат, в конечном счете, совпадают.

Капитулирующий сюжет «смерть» отсутствовал при выборе наиболее подходящего варианта продолжения историй в ответах испытуемых с суицидальными попытками только как отрицаемый ими при выборе неприемлемого варианта, а при выборе наиболее предпочитаемого варианта отсутствует. Однако он присутствовал в ответах испытуемых без суицидальных попыток. Данный результат свидетельствует о попытках создания пациентами с суицидальным поведением своего собственного мира – «мира без смерти». У пациентов без суицидальных попыток данный сюжет представлен как при выборе подходящего варианта, так и при отрицании неприемлемого варианта продолжения историй.

В качестве неприемлемых вариантов пациенты с шизофренией чаще всего выбирали сюжеты, где герои умирали, испытывая страдания от беспомощности и одиночества, то есть тема экзистенциальной изоляции и одиночества является фрустрирующей для всех респондентов. Однако если пациенты с суицидальными попытками испытывают страдания от одиночества, утраты возможности обрести близкого другого и неспособности вернуться в потерянный для них мир (сказка «отшельник»), сопровождающиеся обнажившимся страхом

смерти, то для второй группы пациентов (без суицидальных попыток) аутизироваться и остаться в своем мире является их выбором.

В заключение отметим, что исследование особенностей капитуляции пациентов с шизофренией, основанное на идеях экзистенциального анализа, дает возможность провести тонкий анализ экзистенциальных переживаний данных пациентов и создать новую эффективную систему профилактики суицида.

Литература

1. Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология. //Логос, №3, 1992
2. Бинсвангер Л. Шизофрения: введение. // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире: избранные статьи. М.: Рефл-Бук, Ваклер, 2000
3. Петракова Г.В., Шевеленкова Т.Д. Капитуляция DASEIN и особенности экзистенциальных переживаний больных шизофренией // Новые теоретико-методологические подходы к исследованию в клинической психологии. М.: ЛЕВ, 2013. С. 114–148.
4. Тимофеева-Герасимова К.В., Илизарова М.Б. Методика исследования феномена капитуляции при шизофрении // Новые теоретико-методологические подходы к исследованию в клинической психологии. М.: ЛЕВ, 2013. С. 149–170.
5. Handbook of Experimental Existential Psychology. New York-London: Guilford Press. 2004.

Якимов С.С., Шелюк О.Н., Беда В.В.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ «ДИЗАЙНЕРСКИЕ» ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА – «СОЛИ»

БУ ВО «Сургутский государственный университет»
БУ ХМАО-Югры Сургутская клиническая психоневрологическая больница
Сургут, Россия
stas.yakimov.09@mail.ru

Ключевые слова: синтетические катиноны, высшие психические функции, нарушения мышления, психоактивные вещества, наркотическая зависимость

Yakimov S.S., Shelyuk O.N., Beda V.V.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PEOPLE USING "DESIGNER" PSYCHOACTIVE SUBSTANCES – "SALTS"

Surgut State University, Surgut, Russia
Surgut Clinical Neuropsychiatric Hospital, Surgut, Russia

Keywords: synthetic cathinones, higher psycho functions, impaired thinking, psychoactive substances, drug addiction

Введение. Употребление синтетических катинонов или «солей» уже несколько лет является одной из ключевых тем исследования в практике врачей-наркологов и смежных специалистов. Изучаются разнообразные аспекты: эффекты при употреблении [2, 3], особенности психического статуса [1], схожесть острой психотической симптоматики с таковой при шизофрении [4], изменения личности и её структурных компонентов [6], типология психических расстройств [5] и т.д. Для построения реабилитационных программ, ведения терапии необходимо учитывать множественные факторы, одним из которых становится актуальное состояние высших психических функций лиц, употребляющих синтетические катиноны. В свете этого одним из студентов кафедры психологии, под руководством практикующих медицинских психологов на базе Сургутской клинической психоневрологической больницы было инициировано исследование патопсихологических характеристик у зависимых лиц.

Цель работы заключается в выявлении структуры нарушений психической деятельности, описании патопсихологического синдрома, оценке степени выраженности нарушений психической деятельности при употреблении синтетических катинонов с помощью патопсихологического эксперимента.

Материалы и методы. Выборка состоит из трех групп пациентов с выставленными диагнозами: а) сформированный синдром зависимости вследствие употребления синтетических катинонов (26 человек; возраст от 23 до 42); б) сформированный синдром зависимости вследствие употребления каннабиоидов (11 человек; возраст от 19 до 35); в) сформированный синдром зависимости от алкоголя (15 человек; возраст от 25 до 65). Группы Б и В являются контрольными группами. Все пациенты мужского пола, состоят под диспансерным наблюдением.

В работе были использованы метод клинической беседы и методики патопсихологического обследования высших психических функций: «10 слов», запоминание двух фраз, пересказ текста; таблицы Шульце, отсчитывание от ста; «4-й лишний», сравнение понятий, трактование метафор (поговорок).

Результаты. По общим данным патопсихологического обследования в контрольной группе Б (пациенты с синдромом зависимости от алкоголя) были выявлены преимущественные нарушения объема долговременной памяти (67%) и мышления по типу снижения уровня обобщений (73%); у трети испытуемых отмечается наличие истощаемости протекания психических процессов, а также соскальзываний. Контрольная группа В (пациенты с установленным диагнозом, связанным с употреблением каннабиоидов) отличается меньшим количеством нарушений; так, только у половины исследуемых (55%) наблюдается истощаемость психических процессов, и у 45% отмечаются соскальзывания, что, тем не менее, не несёт выраженного негативного влияния на протекание мнестических и мыслительных процессов.

В экспериментальной группе А (пациенты, употребляющие синтетические катиноны) обращает на себя внимание разнообразие выявляемых нарушений ВПФ, их широкая представленность у испытуемых. Так, 62% демонстрируют инертность при произвольном запоминании; более половины (54%) – истощаемость психических процессов; у 65% отмечаются нарушения мышления по типу снижения уровня обобщений (берут за основу конкретно-ситуативные признаки); 38% указывают в соответствующих условиях как основной латентный признак предмета или явления (искажение процесса обобщений); треть испытуемых (35%) допускают соскальзывания. Отметим, что 23% выделяли при проведении соответствующих проб и конкретно-ситуативные, и латентные признаки. Другими словами, нарушения протекания психической деятельности у лиц, употребляющих синтетические катиноны, выявляются практически в каждом аспекте. На фоне инертности и истощаемости работоспособности в целом наблюдаются снижение мнестических способностей в части динамики запоминания; выраженные нарушения мышления, охватывающие все три его компонента – динамический (инертность), операциональный (как снижение уровня обобщений, так и искажение), и чуть в меньшей степени, личностный (соскальзывания и разноплановость).

Кроме того, обратим внимание на то, что возрастной диапазон испытуемых в группе А по сравнению с контрольной группой Б гораздо короче (от 23 до 42 лет/от 25 до 65, соответственно), что, тем не менее, не определяет большую эффективность протекания психических процессов у более молодых испытуемых из экспериментальной группы А. Косвенным выводом также может служить мысль о преобладающем выборе психоактивных веществ (алкоголь, каннабиоиды, синтетические наркотики) в зависимости от возраста респондента, что само по себе может стать отдельной темой для изучения.

Резюме. Результаты данного исследования ярко демонстрируют, что зависимость от употребления синтетических катинонов наиболее пагубна по своим последствиям для таких психических функций как память, умственная работоспособность, мышление (по сравнению с зависимостью от алкоголя и каннабиоидов). Разнообразие нарушений свидетельствует о

большой деструктивной силе указанных психоактивных веществ, тотальности воздействия на психику. Указанные нарушения в результате могут вывести из строя трудоспособную часть населения (мужчины, не пенсионного возраста), ограничивая их возможности к полноценной жизнедеятельности.

Другой вывод связан с необходимостью учета выявляемых у зависимых пациентов нарушений протекания психических процессов при организации какой-либо реабилитационной деятельности и/или терапии. Так, кажется логичным опираться на остающиеся относительно сохранными возможности удерживать новую информацию, беря при этом во внимание общую истощаемость и склонность к оперированию конкретными фактами и признаками.

Кроме того, дальнейшее исследование может быть связано с выявлением не только патопсихологического синдрома, но и нейропсихологического, с возможностью более детального описания как нарушенных звеньев психической деятельности, так и сохранных компонентов – для использования этих данных в дальнейшей реабилитации. Так же было бы значимо исследовать личностные особенности лиц, употребляющие синтетические катиноны с вниманием к тому, что является преморбидными свойствами, а что оказывается сформированным в результате формирования зависимости.

Литература

1. Абросимова Ю.С. Особенности психического статуса потребителей дизайнерских наркотиков / Абросимова Ю.С., Барыльник Ю.Б., Гостюнина Л.С., Вязовченко В.А.. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30767579> – Загл. с экрана

2. Анцыборов, А.В. Психоактивные эффекты и токсические реакции, связанные с употреблением мефедрона и метилона (обзор литературы) / А.В. Анцыборов, А.Р. Асадуллин. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29992088> – Загл. с экрана.

3. Мрыхин В.В., Анцыборов А.В. Психиатрические аспекты употребления дизайнерских наркотиков и новых психоактивных веществ *Интерактивная наука* | 12 • 2017//стр. 64-69. Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/314109072_Psychiatric_aspects_of_designer_drugs_and_new_psychoactive_substances_consumption - Загл. с экрана.

4. Пятаева, И.В. Дифференциальная диагностика эндогенных и интоксикационных (солевых) психозов / И.В. Пятаева, В.А. Куташов, Т.Ю. Хабарова. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27452051> – Загл. с экрана.

5. Ракитин, С.А. Типология психотических расстройств, развившихся на фоне употребления современных синтетических психоактивных веществ / С.А. Ракитин, Г.М. Усов. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44685245> – Загл. с экрана.

6. Романовская, В.Г. Изменение личности и ее структурных компонентов у больных наркотической зависимостью в рамках третичной профилактики / В.Г. Романовская. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41652782> – Загл. с экрана.

РАЗДЕЛ 5. КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ В МЕДИЦИНСКОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ

Балашова Е.Ю.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ РАЗВИТИЯ МЕТОДОЛОГИИ СИНДРОМНОГО АНАЛИЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия
Научный центр психического здоровья, Москва, Россия
Психологический институт РАО, Москва, Россия
elbalashova@yandex.ru

Ключевые слова: синдромный анализ, фактор, нейропсихология, патопсихология

Balashova E. Yu.

SOME ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF THE METHODOLOGY OF SYNDROME ANALYSIS IN CLINICAL PSYCHOLOGY

Moscow State Lomonosov University, Moscow, Russia
Psychological institute of Russian academy of education, Moscow, Russia
Mental Health Research center, Moscow, Russia
elbalashova@yandex.ru

Keywords: syndrome analysis, factor, pathopsychology, neuropsychology

Развитие различных направлений той проблемной области, которую сегодня принято называть клинической психологией, в каком-то смысле похоже на развитие психических функций. Оно, без сомнения, характеризуется гетерохронностью, гетеротопностью и гетеродинамичностью. Различные направления клинической психологии возникали в разное время, в разных странах мира, складывались с неодинаковой скоростью. В их развитии периодически возникали кризисные периоды, обусловленные как внутренними, так и внешними (прежде всего, социально-историческими и идеологическими) причинами. Можно сказать, что в эти периоды обострялась борьба идей, существующая на всех этапах развития любой науки, появлялись новые теоретические и методологические подходы к исследованию сложной реальности разнообразных патологических проявлений психики и поведения.

В рамках одной статьи едва ли возможно логично и непротиворечиво описать все драматические перипетии развития клинической психологии. Эта сложная задача пока вообще, к сожалению, далека от реализации. По крайней мере, в России еще нет монографий или учебников, специально посвященных истории клинической психологии или ее отдельных направлений. В лучшем случае история личностей, идей, методов представлена в отдельных главах некоторых книг. Когда мы начинаем знакомство с фундаментальным учебником по патопсихологии Б.В. Зейгарник, то видим, что его первая глава посвящена истории развития отечественной патопсихологии [Б.В. Зейгарник, 1986]. Интересно, что в этой главе упоминаются и имена многих зарубежных ученых. В качестве другого примера можно привести подробнейший обзор взглядов ученых разных эпох на проблему соотношения мозга и психики в монографии А.Р. Лурии «Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга», первое издание которой увидело свет в 1962 году [А.Р. Лурия, 1962]. Можно только выразить сожаление, что такой исторический экскурс, касающийся развития нейропсихологических идей и исследований в 60-е – 80-е гг. прошлого века, отсутствовал в более позднем учебнике «Нейропсихология» Е.Д. Хомской, впервые изданном в 1987 году и впоследствии неоднократно переиздававшемся [Е.Д. Хомская, 1987].

Разговор об истории развития клинической психологии не является праздным. То понятие, которое вынесено в заголовок данной статьи, немыслимо вне определенного исторического контекста. И также – вне других составляющих понятийного аппарата не только клинической психологии в целом, но и патопсихологии и нейропсихологии, в частности.

Привычный взгляд на синдромный анализ связан с представлением о том, что он возник как метод в середине прошлого века в контексте нейропсихологических исследований. Но хорошо известно, что привычные взгляды не всегда соответствуют исторической реальности. Более вероятным представляется, что предвестники этого метода применялись и на заре становления клинической психологии, в частности, в патопсихологических исследованиях. Речь идет, прежде всего, о работах С.С. Корсакова, посвященных нарушениям психических функций при алкогольном полиневрите [С.С. Корсаков, 1956]. Как известно, Сергей Сергеевич в своих работах (в первую очередь, в докторской диссертации) глубоко анализировал не только нарушения памяти, но и изменения других аспектов психической деятельности при этом заболевании. В структуре мнестической функции он выделял поврежденные и сохранные звенья: дефицит запоминания самой разнообразной текущей информации и достаточную сохранность памяти на прошлые события. Он также отмечал наличие у больных дезориентировки в месте и времени, особых изменений личности и эмоциональной сферы (наличие благодушия, снижение критичности и т.п.). Сергей Сергеевич также высказывал ряд интересных идей об отношениях между психическими функциями. В частности, он писал о том, что дезориентировка в месте и времени является амнестической, т.е. обусловленной нарушениями памяти; что мышление больных первично не нарушено, но приобретает несколько рутинный, стереотипный характер, потому что из-за расстройств памяти перестает обогащаться новыми впечатлениями [С.С. Корсаков, 1956]. Фактически, мы видим здесь старт развития психологических идей о межфункциональном взаимодействии, которые спустя десятилетия вновь отчетливо прозвучали в исследованиях Л.С. Выготского, а еще раньше – в работах З.Фрейда и других ученых психоаналитического направления. Эти идеи, безусловно, стали предпосылкой синдромного анализа, поскольку в контексте отечественной клинической психологии синдром определяется как закономерный, иерархически организованный комплекс симптомов [Е.Д. Хомская, 1987].

Подчеркнем, что в разработанной в 70-е-80-е годы прошлого века классификации видов диагностических задач, которые могут решать клинические психологи, одно из центральных мест занимает определение структуры и степени выраженности дефекта. Фактически, это построение синдрома нарушений психических функций, психической деятельности и личностно-мотивационной сферы.

В фундаментальных работах Б.В. Зейгарник также содержатся идеи, тесно связанные с методологией синдромного анализа [Б.В. Зейгарник, 1986]. Они касаются, например, принципов построения патопсихологического обследования: в обширный список этих принципов включено обоснование т.н. комплексного экспериментального подхода. Именно использование комплекса специально подобранных методик позволяет выявить тот или иной патопсихологический синдром. Другой пример: возможность (с опорой на общепсихологические представления о структуре различных психических функций, психической деятельности и личности) выделить иерархически организованный комплекс симптомов их нарушений или особенностей [Б.В. Зейгарник, 1986]. Если говорить о психических функциях, то эта возможность, по нашему мнению, в максимальной степени реализована в патопсихологии мышления и восприятия [Б.В. Зейгарник, 1986; С.Я. Рубинштейн, 1976].

Один из важных вопросов, касающихся методологии синдромного анализа – это вопрос о факторной обусловленности синдрома и о понимании того, что же такое фактор. И о том, совпадает ли понимание фактора в различных направлениях клинической психологии.

Первое определение фактора мы находим в работах А.Р. Лурии [А.Р. Лурия, 1962, 1973]. Он определяет фактор как первичный дефект, определяющий структуру синдрома, как физиологический принцип работы определенного участка мозга. Дальнейшее развитие этих

идей позволило разработать подробную, иерархически организованную классификацию нейропсихологических факторов [Е.Д. Хомская, 1987]. Отметим, что в нейропсихологическом сообществе до сих пор не прекращаются дискуссии о содержательном наполнении понятия «фактор», предлагаются различные определения этого понятия и различные варианты классификации нейропсихологических факторов. Несмотря на эти разногласия, нейропсихологи едины в одном – фактор достаточно четко связан с работой определенной зоны мозга, и представления о каждом факторе складывались в процессе многолетних исследований.

Разработанная в нейропсихологии методология синдромного анализа уже давно представляется перспективной и для других областей клинической психологии, в частности, для патопсихологии. Однако здесь структурирование синдромов сталкивается с рядом трудностей вследствие определенной разноплановости тех факторов, которые могут детерминировать патопсихологические синдромы. Если синдром строится по нозологическому принципу, то приходится использовать для обоснования его происхождения и развития ряд факторов, представления о которых сформированы не в патопсихологии, а в других областях знания. Это генетические, биохимические и другие факторы. Кроме того, пока недостаточно конкретизированы и факторы психологического уровня – интерпсихические и интрапсихические. Перед современной патопсихологией стоит комплекс сложных и интересных задач. Он включает не только описание, структурирование и определение факторной детерминации патопсихологических синдромов при основных психических и поведенческих расстройствах, но и реализацию возможности построения таких синдромов по психологическим основаниям.

Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Моск. гос. университет, 1986.
2. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Моск. гос. университет, 1962.
- Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Моск. гос. университет, 1973.
3. Рубинштейн С.Я. Патология слухового восприятия. М.: Моск. гос. университет, 1976.
4. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М.: Моск. гос. университет, 1987.

Быченко И.В.

ДЕПРЕССИВНАЯ СИМПТОМАТИКА У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

РНПЦ психического здоровья, Минск, Беларусь
ugvmc@mail.ru

Ключевые слова: соматоформные расстройства, депрессия, симптом, развитие

Bichenko I.

DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH SOMATOFORM DISORDERS

Republican Scientific and Practical Center of Mental Health, Minsk, Belarus
ugvmc@mail.ru

Keywords: somatoform disorders, depression, symptom, development

Введение. Распространенность соматоформных расстройств составляет от 10% до 26% среди пациентов общесоматической сети [2,4]. Соматоформные расстройства представляют собой группу расстройств, главным признаком которых является постоянное предъявление соматических симптомов одновременно с настойчивыми и повторными медицинскими обследованиями. Отрицательные результаты медицинских обследований, которые свидетельствуют об отсутствии соматической патологии в причинах их жалоб, не удовлетворяют пациентов, лишь усиливают убежденность в поиске новых причин и

проведении дополнительных обследований. Пациенты с соматоформными расстройствами отказываются принимать заверения врачей о психологической составляющей жалоб [3]. Описанные представления о специфичности данных расстройств представляют определенные трудности в дальнейшем лечении пациентов. Соматоформные расстройства входят в рубрику F45 по МКБ-10, в которую входят соматизированное расстройство, недифференцированное соматоформное расстройство, ипохондрическое расстройство, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, устойчивое соматоформное болевое расстройство и другие соматоформные расстройства.

Пациенты с соматоформными расстройствами могут иметь сопутствующие психические расстройства, например тревогу и депрессию [1]. Депрессивная симптоматика чаще всего сопровождается экзацербацией признаков психического заболевания [1]. На первых этапах депрессивная симптоматика представляет собой пессимистическую оценку дальнейшего развития своего расстройства. Для данных пациентов характерны самообвинения и самоупреки в содержании депрессивной симптоматики.

На сегодняшний день стоит открытым вопрос о первичности или вторичности депрессивной симптоматике у пациентов с соматоформными расстройствами. В одном ретроспективном исследовании произвели оценку временного приоритета начала соматоформных расстройств с тревожными и депрессивными расстройствами. Более 78 % респондентов с сопутствующей депрессивной симптоматикой и болевым расстройством сообщили, что болевое расстройство возникло раньше, чем депрессивное расстройство [4]. Можно предположить, что депрессивная симптоматика является вторичной по отношению к соматоформным расстройствам.

Материалы и методы исследования. Основными методами исследования являлись клиничко-психопатологический метод, психометрический и клиничко-статистический. Клиническая верификация и диагностика соматоформных расстройств проводилась квалифицированными специалистами в соответствии с диагностическими (исследовательскими) критериями МКБ-10 для рубрики F45. Для выявления выраженности депрессивной симптоматики использовались шкала депрессии А. Бека в адаптации Н.В. Тарабриной и шкала самооценки депрессии Цунга. Исследование социальных факторов проводилось с помощью авторской анкеты для изучения социальных факторов у пациентов с соматоформными расстройствами. Статистическая обработка результатов исследования производилась при помощи статистического пакета программы SPSS 23.0. Различия между группами по статистическим показателям считали значимыми при $p < 0,05$.

В исследование были включены 125 респондентов, разделенных на основную (ОГ) и контрольную группы (КГ), где в основную группу вошли пациенты с соматоформными расстройствами, в группу контроля – потенциально здоровые лица. Средний возраст респондентов в исследуемых группах не имел статистически значимых отличий и составил, соответственно: в ОГ – $41,7 \pm 2,5$ лет; в КГ – $36,5 \pm 1,4$ лет. Из них 35,9% мужского пола и 64,1% женского пола в ОГ, 23,3% мужского пола и 76,7% женского пола в КГ. Статистически значимых отличий по долевого распределению респондентов в зависимости от гендерного фактора между ОГ и КГ не выявлено ($\chi^2 = 2,16$; $p = 0,14$).

Респонденты, включенные в ОГ, являлись пациентами с соматоформными расстройствами, находившимися на стационарном лечении в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».

Результаты и обсуждение. Для выявления среднегрупповых различий выраженности депрессивной симптоматики с помощью шкалы депрессии Цунга в ОГ и КГ применили однофакторный дисперсионный анализ. В результате проведенной статистической обработки были получены следующие данные выраженности депрессивной симптоматики: ОГ = $47,38 \pm 1,5$ и КГ = $35,12 \pm 0,8$ ($F = 57,36$; $p < 0,001$). Респонденты из ОГ имеют достоверно выше показатели выраженности депрессивной симптоматики по сравнению с КГ. Показатели среднегрупповых значений в группах находятся в пределах нормативных значений по данной

шкале. Для установления различий в структуре депрессивной симптоматики применили шкалу депрессии А. Бека.

С помощью однофакторного дисперсионного анализа произвели среднегрупповые различия по трем шкалам: «когнитивно-аффективные проявления депрессии», «соматические проявления депрессии» и «общий показатель депрессии». Были выявлены статистически достоверные различия по трем шкалам в ОГ и КГ среднегрупповых значений в баллах: «когнитивно-аффективные проявления депрессии» в ОГ = $8,26 \pm 0,7$, в КГ = $5,29 \pm 0,5$ ($F = 12,59$; $p < 0,001$); «соматические проявления депрессии» в ОГ = $8,54 \pm 0,5$, в КГ = $3,10 \pm 0,3$ ($F = 89,59$; $p < 0,001$) и общий показатель депрессии составил в ОГ – $16,79 \pm 1,1$, в КГ – $8,40 \pm 0,7$ ($F = 44,56$; $p < 0,001$). В группе здоровых респондентов показатели депрессивной симптоматики находятся на уровне нормативных значений. Однако в структуре депрессии для них характерна когнитивно-аффективная сторона депрессии, которая определяет негативные мысли и чувства. Данная разница в шкалах в КГ определяется тем, что для здорового человека более характерно выражение депрессивных симптомов в виде плохого настроения или переживания негативных чувств в когнитивной сфере, а не соматической.

Для респондентов из ОГ выраженности по шкалам когнитивно-аффективных и соматических проявлений находится на одинаковом уровне. Для них характерно проявление депрессивной симптоматики как в мыслях, чувствах, так и через телесное выражение. По шкале общего показателя депрессии среднегрупповые значения в ОГ находятся в пределах умеренной депрессии по нормативным показателям теста. Телесные проявления депрессивной симптоматики могут быть результатом общего соматического состояния пациентов, которые испытывают тяжелые и гнетущие болевые ощущения в теле.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о достоверных различиях в выраженности депрессивной симптоматики у пациентов с соматоформными расстройствами и здоровыми людьми. Для здоровых лиц характерно когнитивно-аффективное переживание негативных событий. Пациенты с соматоформными расстройствами имеют одинаковые проявления в структуре депрессии по шкале когнитивно-аффективных и соматических проявлений. Уровень депрессии пациентов с соматоформными расстройствами находится в пределах умеренной депрессии по показателям нормативных значений шкалы А. Бека. Полученные результаты могут быть использованы в качестве факторов-мишеней при проведении психотерапии и психологической коррекции данной группы пациентов.

Литература

1. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2010. – 592 с.
2. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства. Руководство для практических врачей. – М.: МЕДпресс, 2019. – 496 с.
3. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология. – Минск: «Вышэйшая школа», 2016. – 431 с.
4. Lieb, R. Epidemiology of the Association Between Somatoform Disorders and Anxiety and Depressive Disorders: An Update / R. Lieb, G. Meinlschmidt, R. Araya // Psychosomatic Medicine, 2007. – Vol. 69, №9. – P. 860-863.

Быченко И.В.

УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЙ РАЗВИТИЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

РНПЦ психического здоровья,
Минск, Беларусь
ugvmc@mail.ru

Ключевые слова: соматоформные расстройства, локус контроля, факторы, развитие

Bichenko I.

THE LEVEL OF SUBJECTIVE CONTROL AS A PSYCHOLOGICAL FACTOR CAUSING THE DEVELOPMENT OF SOMATOFORM DISORDERS

Republican Scientific and Practical Center of Mental Health,
Minsk, Belarus
ugvmc@mail.ru

Keywords: somatoform disorders, locus of control, factors, development

Введение. На сегодняшний день наблюдается дефицит исследований, направленных на раскрытие механизмов развития соматоформных расстройств, что определяет актуальность изучения данной патологии. Соматоформные расстройства представляют собой группу расстройств, главным признаком которых является повторяющееся предъявление соматических жалоб одновременно с настойчивостью пациентов о новых медицинских обследованиях, несмотря на заверения врачей об отсутствии у них соматической патологии и отрицательные результаты повторных обследований [3]. Большая часть пациентов с соматоформными расстройствами не получают специализированной медицинской помощи находясь в поле зрения врачей в общемедицинской сети [1]. Стойкая убежденность пациентов в соматической природе их жалоб и категорическое отвержение убеждений о наличии у них психологических проблем, а также отсутствие единой концепции на этиопатогенез соматоформных расстройств создает трудности в диагностике и лечении данных пациентов. По мнению некоторых авторов, ведущими причинами в возникновении соматоформных расстройств следует отнести социально-психологические. Одними из психологических особенностей соматоформных расстройств является экстернальный тип локуса контроля [2].

Материалы и методы исследования. Общая выборка состоит из 125 респондентов. В соответствии с целью и задачами общая выборка была разделена на основную (ОГ) и контрольную группы (КГ). В ОГ вошли пациенты с диагнозом соматоформное расстройство (F45), в КГ были включены потенциально здоровые люди, не имеющие психиатрического диагноза. Средний возраст исследуемых обеих групп составил $38,1 \pm 1,27$ лет. В ОГ средний возраст респондентов составил $41,67 \pm 2,54$ лет, у респондентов из КГ составил $36,5 \pm 1,42$ лет. Статистически значимых отличий по показателям возраста между ОГ и КГ не выявлено ($F=3,647$; $p=0,58$). В исследуемой выборке приняло участие 72,8% женщин (Ж) и 27,2% мужчин (М). Статистически значимых отличий по долевого распределению субъектов в ОГ и КГ в зависимости от гендерного фактора выявлено не было ($\chi^2=2,17$; $p=0,141$). Соотношение мужчин и женщин выглядело следующим образом: в ОГ - 64,1% (Ж) и 35,9% (М), в КГ – 76,7% (Ж) и 23,3% (М). В зависимости от населенного пункта проживания, респонденты ОГ и КГ, распределились следующим образом: в сельской местности проживали 17,9% субъектов ОГ и 2,3% КГ, в городе, соответственно, 82,1% и 97,7%. Демографические сведения о пациентах были собраны посредством структурированного интервью. Верификация диагноза (F45) производилась в соответствии с исследовательскими критериями МКБ-10. Для верификации психического состояния применялось структурированное клиническое психиатрическое интервью. Респонденты после предоставления полной информации о цели исследования и предполагаемых результатах давали согласие на участие в исследовании. Критерии исключения:

1. выраженные когнитивные нарушения и интеллектуальная недостаточность,
2. острые и хронические психические и поведенческие расстройства,
3. период обострения хронических соматических заболеваний,
4. отчетливые признаки установочного поведения.

Для проведения исследования был использован следующий перечень методов и методик: авторская анкета для изучения социальных факторов; Международная классификация болезней 10 пересмотра; Методика «Уровень субъективного контроля» (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М.). Статистическая обработка результатов производилась с

помощью программы SPSS-23.0. Статистическая значимость различий принималась при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования были получены следующие результаты. С помощью U-критерия Манна-Уитни произвели расчет полученных данных методики «Уровень субъективного контроля» для определения различий выраженности субъективного контроля в группах. Статистически значимые различия между ОГ и КГ были выявлены по шкале в области «Достижений» $U = 1061,500$; $Z = -3,31$; $p = 0,000934$; по шкале в области «Семейных отношений» $U = 1201$; $Z = -2,57$; $p = 0,010186$; и по шкале «Общего показателя» $U = 864,500$; $Z = -4,36$; $p < 0,001$. В ОГ показатели средних рангов по выявленным шкалам были ниже, чем в КГ. Для лучшего восприятия полученных данных по выявленным шкалам, произвели расчет средних значений и стандартного отклонения: шкала «Достижений» - $4,52 \pm 0,35$ = в ОГ; $6,02 \pm 0,24$ = в КГ; шкала «Семейные отношения» - $4,05 \pm 0,32$ = в ОГ; $5,05 \pm 0,22$ = в КГ и по «Общему показателю» - $3,03 \pm 0,31$ = в ОГ; $4,76 \pm 0,20$ = в КГ.

Полученные результаты свидетельствуют о выявленной разнице между пациентами с соматоформными расстройствами и здоровыми людьми в уровне субъективного контроля в области достижений успеха, семейных отношениях и по общему уровню субъективного контроля. Пациенты с соматоформными расстройствами имеют экстернальный тип локуса контроля по данным шкалам. Они приписывают свои достижения внешним причинам (удаче, помощи других людей и т.д.), в семейных отношениях себя отводят на задний план, находя в партнере причину возникающих ситуаций в семье. Показатель общего уровня субъективного контроля находится в пределах экстернальности у пациентов с соматоформными расстройствами и здоровых людей, однако показатель средних значений выше у здоровых респондентов. Экстернальный тип общего уровня локуса контроля свидетельствует о том, что люди с данным типом не склонны оценивать свои действия и поступки, как их личные, которые приводят к разным событиям в их жизни. Они видят происходящие события, как результат внешних обстоятельств, на которые они не оказывают никакого влияния. Особенность экстернального типа локуса контроля у здоровых людей может быть объяснена сложившейся ситуацией, которая вызвала эпидемия COVID-19, где человек столкнулся с проблемой, которую он не может контролировать или каким-либо образом повлиять на происходящую ситуацию.

Выводы. Были выявлены различия в уровне субъективного контроля у пациентов с соматоформными расстройствами и здоровыми людьми. Для пациентов с соматоформными расстройствами характерен экстернальный тип локуса контроля в области достижений, семейных отношений и общего показателя уровня субъективного контроля. Полученные результаты могут быть использованы в качестве психотерапевтических мишеней и диагностических критериев в проведении лечебно-диагностических мероприятий у пациентов с соматоформными расстройствами.

Литература

5. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2010. – 592 с.
6. Чижова, А.И. Особенности личности больных с соматоформными расстройствами // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2012. - № 8. – С. 123-129.
7. Чуркин, А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – Москва: Триада-Х, 1999. – 232 с.

Василенко Т.Д., Блюм А.И.

ПРЕДИКТОРЫ АЛЛЕРГИИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

КГМУ, Курск, Россия

Электронный адрес: frau.blum2013@yandex.ru

Ключевые слова: аллергия, психосоматическая симптоматика, отношения матери и ребенка

Vasilenko T.D., Blum A.I.

PREDICTORS OF ALLERGIES OF UNKNOWN ORIGIN IN EARLY CHILDHOOD

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Email address: frau.blum2013@yandex.ru

Keywords: allergy, psychosomatic symptoms, mother-child relationship

Введение. Несмотря на достижения фармакологии, заболеваемость аллергией возрастает, и за последнее десятилетие интерес к анализу роли психологических факторов в возникновении и течении заболевания привлекает внимание отечественных и иностранных исследователей [2,3].

Работы В.В. Николаевой (1987), Г.А. Ариной (1995) доказали, что для детей, имеющих аллергические реакции, характерна качественно иная, по сравнению со здоровыми, особая социальная ситуация развития, которая может определяться ограничением внутренней и внешней активности ребенка, прерывистостью его социальных отношений вне семьи, т.е. дефицитарными условиями развития личности. При этом особую значимость приобретает изучение родительского отношения к детям с аллергией, специфика которого может стать пусковым механизмом формирования деформаций в психическом и личностном развитии ребенка, а также причиной дальнейших нарушений его соматического статуса [1, 4,5].

Целью исследования выступает изучение особенностей отношений в диаде мать-ребенок при проявлении аллергии неясного генеза.

Материалы и методы. В ходе исследования выборка разделилась на три группы. Матери относительно здоровых детей (21 человек), средний возраст детей составил – 2 года 1 месяц, 8 девочек (38,10%), 13 мальчиков (61,90%). Матери детей с аллергическими заболеваниями (21 человек), средний возраст детей составил – 2 года 6 месяцев, 5 девочек (23,81%) 16 мальчиков (76,19%). Матери детей с аллергией неясного генеза (21 человек), средний возраст детей составил – 2 года 1 месяц, 6 девочек (28,57%), 15 мальчиков (71,43%).

В нашем исследовании мы использовали: Тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столин. Методика ОРО, опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Методика АСВ) (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. В.), опросник эмоциональных отношений в семье Е.И. Захаровой (методика ОДРЭВ).

Результаты исследования. Используя опросник «Родительского отношения» при сравнении трех независимых групп нами были получены результаты, которые свидетельствуют о том, что матери детей относительно здоровых (ОЗ) и матери детей с аллергическими заболеваниями (АЗ), а также матери детей с аллергией неясного генеза (АНГ) отличаются по ряду критериев: «Кооперация», «Симбиоз», «Контроль».

Критерий «Кооперация» обнаружен на уровне статистической значимости – $p=0,035$, поэтому можно сделать вывод о том, что матери детей ОЗ и матери детей с АЗ более сотрудничают со своими детьми, ориентированы на взаимодействие, искренне заинтересованы и участливы со своими детьми, что полностью противопоставлено результатам матерей детей с АНГ, которые дистанцируются в контакте со своими детьми, что приводит к ухудшению психосоматического здоровья в виде аллергических реакций неясного генеза. Критерий «Симбиоз» обнаружен на высоком уровне статистической значимости –

$p=0,005$, поэтому можно сделать вывод о том, что матери детей с АНГ устанавливает границы в контакте с ребенком, отстраняются, это выражено в неприятии, которое относится не на прямую к ребенку, а к его определенным поступкам, что полностью обратно пропорционально результатам матерей детей с ОЗ. Такие матери привязаны к своим детям, стараются быть ближе и проводить достаточно много времени друг с другом, что в свою очередь, благополучно влияет на психосоциальное здоровье. Критерий «Контроль» обнаружен на высоком уровне статистической значимости ($p=0,000$). Это говорит о том, что матери детей с АНГ устанавливают строгие дисциплинарные рамки для своего ребенка, требуя безоговорочного послушания. Часто наблюдается воспитание по типу гипопротекции, обусловленный отвержением ребенка.

При анализе опросника «Анализ семейных взаимоотношений» обнаруженные различия свидетельствуют о преобладании в группе матерей детей с АЗ «Гипопротекция» ($p=0,005$) и «Потворствование» ($p=0,011$). Такие матери чрезмерно заботятся о своем ребенке и стремятся угодить во всех аспектах, дабы снизить проявления болезни. Ситуация с наличием установленного диагноза поддерживается дисгармоничным типом воспитания - гиперпротекцией. В группе матерей детей с АНГ были обнаружены статистически значимые различия по типу «Гипопротекция» ($p=0,00$) и «Игнорирование потребностей ребенка» ($p=0,033$). Данные результаты свидетельствуют о том, что неудовлетворенность потребностей вкупе с недостаточным вниманием и заботы к ребенку способствуют проявлению психосоматической симптоматики в виде кожных заболеваний (обозначение проявлений именно как психосоматической симптоматики обусловлено тем, что диагноз не установлен, результаты анализа на иммуноглобулин Е (IgE) у данной группы низкий).

Критерий «Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания» был обнаружен на высоком уровне статистической значимости ($p=0,000$), поэтому можно сделать вывод о том, что вовлечение в конфликтные отношения значимых людей приводит к нарушению здоровья у детей. В группе матерей детей с АЗ и в группе матерей с АНГ заболевание ребенка приводит к стабилизации отношений в семье, ведь болея, ребенок неосознанно останавливает на время конфликт родителей, также дети при болезненном состоянии получают долгожданное внимание от своих родителей.

При анализе опросника «Эмоциональные взаимоотношения в семье» были получены статистически значимые различия по показателям «Способность воспринимать состояние ребенка» ($p=0,039$), «Понимание причин состояния» ($p=0,004$) в блоке чувствительности. Особенно степень выраженности значимо различается у матерей двух исследуемых групп: у матерей детей с АЗ и матерей детей с АНГ. Обнаруженные различия свидетельствуют о том, что для матерей детей с АНГ характерна более низкая способность воспринимать состояние ребенка, то есть рефлексировать его чувства, настроение и состояние. Это сочетается с более низким уровнем понимания причин состояния ребенка, чем у матерей детей с ОЗ. То есть матери детей с АНГ менее правильно оценивают эмоциональное состояние собственного ребенка. Матери детей с АЗ более высоко оценивают свою способность воспринимать состояние ребенка, но это расходится с низким показателем по критерию «Понимание причин состояния».

Выводы. Таким образом, проведенное эмпирическое исследование позволяет сделать следующие выводы. В трех группах были обнаружены статистически значимые различия и установлена степень влияния готовности к беременности на опыт материнства. Данный критерий рассматривался в рамках принятия себя в качестве родителя: матери детей ОЗ готовы поддерживать ребенка, придавать ему уверенности в своих силах; у матерей детей с АЗ преобладает высокая степень оценки себя как родителя, такие матери переоценивают себя в родительской позиции; у матерей детей с АНГ преобладает негативные отношения к себе как к родителю, это, тем самым, притупляет чувствительность взрослого, вызывает отрицательные эмоции и создает негативный фон во взаимодействии с ребенком. Такие дети испытывают дефицит общения на эмоциональном уровне, которое находит отражение в чувстве незащищенности, выражающейся в недостатке эмоциональной поддержки. Также

нами были обнаружены статистически значимые различия и установлена степень влияния внутрисемейных отношений на ребенка. У матерей детей с АЗ имеется вовлечение в конфликтные отношения ребенка, тем самым, заболевание ребенка приводит к стабилизации отношений в семье; у матерей детей с АНГ преобладает нестабильные внутрисемейные отношения, где главенствует недоверие, разобщенность в семье и борьба за лидерство. Внутрисемейные конфликты характеризуются более открытым поведением в выяснении разногласий между супругами, выражающийся в недовольстве друг другом. Кроме этого, в трех группах были обнаружены статистически значимые различия и установлена степень влияния материнского отношения к ребенку через анализ типов воспитания. У матерей детей с АЗ преобладает гиперпротекция и потворствование; у матерей детей с АНГ преобладает гипопротекция и игнорирование потребностей ребенка. Данные результаты свидетельствуют о том, что неудовлетворенность потребностей вкупе с недостаточным вниманием и заботы к ребенку способствуют проявлению психосоматической симптоматики в виде кожных заболеваний.

Литература

1. Арина Г. А. Особенности становления ВКБ в детском возрасте [Текст] / Г. А. Арина // Психосоматика: Телесность и культура; под ред. Николаевой В. В. - М.: Академический проект, 2009. - С. 162-175.
2. Галицына Е. Ю. Особенности семейного функционирования в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой различной степени тяжести // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – Том XXIII. – № 3. – 2016. – С. 44-46.
3. Доманецкая Л.В. Взаимосвязь родительского отношения и развития общения соматически больного ребенка старшего дошкольного возраста (на примере часто болеющих и слабослышащих детей) / Л.В. Доманецкая // Вестник Бурятского государственного университета - Улан-Удэ, 2008. - Психология, социальная работа Выпуск 5. - С. 192-198.
4. Исаев, Д. Н. Психосоматические расстройства у детей [Текст] / Д. Н. Исаев. - Спб., 2000. - 512 с.
5. Николаева, В. В. Личность в условиях хронического соматического заболевания [Текст] : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Николаева Валентина Васильевна. - М., 1992. - 400 с.

Горбачевская Н.Л.^{1,2}, Салимова К.Р.², Данилина К.К.², Тюшкевич С.А.², Переверзева Д.С.², Митрофанов А.А.¹.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОПРОВОЖДЕНИЮ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ FX. КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ГЕНА *FMR1*

¹Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

²Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
gorbachevskaya@yandex.ru

Ключевые слова: синдром FX, премутация, сопровождение семей, PAC

Gorbachevskaya N.L.^{1,2}, Salimova K.R.², Danilina K.K.², Tyushkevich S.A.², Pereverzeva D.S.², Mitrofanov A.A.¹.

MODERN APPROACHES TO SUPPORTING FAMILIES RAISING CHILDREN WITH FX SYNDROME. CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS WITH IMPAIRED *FMRI* GENE

¹Mental Health Research Centre, Moscow, Russia,

²Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia

gorbachevskaya@yandex.ru

Key words: FX syndrome, premutation, family support, ASD

Исследование выполнено в рамках госзадания Министерства просвещения РФ, проект № 073-00041-21-05 «Комплексное сопровождение детей с РАС на основе доказательного подхода».

Введение. Нарушение функционирования гена *FMRI* при полной мутации (более 200 повторов в промоторе этого гена) приводит к значительному дефициту белка FMRP и проявляется выраженными интеллектуальными нарушениями и аутистическими проявлениями у лиц мужского пола и более мягкими формами нарушений у лиц женского пола (Синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X, ФРАХ синдром, FXS). У носителей премутации (количество повторов от 50 до 200) наблюдаются проблемы, связанные с этим генетическим заболеванием: у детей – трудности школьного обучения, расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, нарушения речевого развития; у взрослых - тревожные расстройства, синдром тремора и атаксии, сходный по клиническим проявлениям с паркинсоническим синдромом (FXTAS), психические и поведенческие проблемы (FXSD), у женщин, кроме всего перечисленного встречается с высокой частотой (20%) ассоциированная с ломкой хромосомой X первичная овариальная недостаточность (FXPOI) [1-5]. Частота премутации у лиц женского пола высока и составляет 1 случай на 155 в общей популяции. Ранняя диагностика и понимание нейробиологических основ этих нарушений позволит найти подходы к организации адекватной помощи семьям, воспитывающим детей с различными вариантами этого синдрома. Трудности помощи заключаются в том, что родители (чаще всего матери), которые являются носительницами премутации, сами могут испытывать значительные трудности функционирования, поэтому планирование работы с семьей должно включать понимание психологических особенностей всех ее членов.

В настоящем исследовании мы тестировали возможности ранней диагностики членов семей, воспитывающих детей с FXS с помощью нейрофизиологических и психологических методов исследования.

Материалы и методы исследования. Были исследованы 15 семей, в которых воспитывались дети с синдромом FX (15 детей и подростков с генетически подтвержденным диагнозом FXS в возрасте от 3-х до 19 лет, 15 матерей этих детей, 4 сибсов детей с синдромом FX, и двух бабушек). По данным генетического исследования 2 матери детей с FXS, имели полную мутацию гена *FMRI*, тогда как у 13 матерей наблюдалась премутация. Сибсы мужского пола (3 чел.) имели полную мутацию этого гена, одна девочка мутаций не имела. У двух бабушек была выявлена премутация этого гена. Всем членам этих семей проводилось ЭЭГ-исследование, включающее спектральный и дискриминантный анализ ЭЭГ.

Результаты. Исследование детей с полной мутацией гена *FMRI*.

Психологическое тестирование (тест интеллекта Кауфманов, 2 изд.) выявило снижение интеллекта у всех исследованных детей, при этом значения IQ были в границах от 48 до 53 ед.). У всех детей, кроме одного, наблюдались выраженные аутистические нарушения. Все дети с полной мутацией имели сходный рисунок ЭЭГ, который характерен для этой патологии выраженный дефицит возрастного альфа-ритма, повышенное содержание высокочастотной

тета-активности (6-8 Гц) с фокусом в лобно-центральных отведениях и повышенное содержание бета-активности. Трое сибсов мужского пола имели сходный с описанным выше паттерн ЭЭГ. По данным дискриминантного анализа ЭЭГ всех этих детей была отнесена к категории FXS. У девочки с отсутствием мутации в гене *FMR1* таких нарушений в ее ЭЭГ не было обнаружено, однако наблюдалось существенно повышенное содержание медленной активности в теменно-затылочных зонах коры, что, как было в последствии установлено, было связано с выраженными дисциркуляторными нарушениями в бассейне позвоночных артерий. Клинико-психологическое исследование матерей с полной мутацией гена *FMR1* выявило умеренно сниженный интеллектуальный уровень (IQ 75 и 80 соответственно). В группе матерей с премутацией достоверного снижения уровня интеллекта не было выявлено, однако по результатам выполнения отдельных субтестов экспериментальная группа строго разделилась на две подгруппы: «высокофункциональную» и «низкофункциональную». Когнитивный профиль высокофункциональной подгруппы был схож с профилем женщин из контрольной нормативной группы, когнитивный профиль низкофункциональной группы имел достоверные отличия (более 2 ст.откл.) в субтестах, при выполнении которых требовалась высокая способность к планированию, абстрактно-логическому и пространственному мышлению, а также в заданиях на восприятие фрагментированных (незавершенных) изображений. Результаты диагностики тревожности, депрессии и социофобий показали достоверно значимые различия с нормой только по последнему параметру. В своих самоотчетах женщины с премутацией отмечали проблемы с памятью, вниманием, головные боли, эпизоды повышенного давления. В двух случаях у женщин с премутацией отмечалась овариальная недостаточность (FXPOI), в связи с чем их дети с полной мутацией появились с помощью ЭКО. ЭЭГ женщин с премутацией во всех случаях, кроме одного, характеризовалась наличием хорошо сформированного альфа-ритма в затылочных зонах коры, при этом в подавляющем числе случаев в лобно-центральных или теменно-центральных отведениях отмечались отдельные короткие всплески ритмической тета-активности в полосе 6-8 Гц и повышенное содержание бета-активности. Сравнение спектральных характеристик ЭЭГ с возрастной нормой не выявило значимых различий только у одной из матерей детей с FXS. Также не были выявлены нарушения ЭЭГ у одной из бабушек ребенка с FXS. В остальных случаях сравнение с нормативной базой данных выявило повышенное содержание высокочастотной тета-активности в теменно-центральных зонах коры и бета-активности преимущественно в лобно-центральных отведениях. В 12 случаях из 13 ЭЭГ матерей с премутацией по данным дискриминантного анализа была отнесена к категории ФРАХ. ЭЭГ 2-х матерей с полной мутацией гена отличались достоверным увеличением значений спектральной плотности в тета-полосе частот максимально в полосе 6-8 Гц частот практически во всех зонах коры г.м., однако максимально эта активность была представлена в теменных отведениях (P3 и P4). При этом в затылочных зонах коры у них регистрировался альфа-ритм.

Выводы.

1. Проведенное исследование показало, что практически все матери детей с синдромом FX, помимо трудностей, которые связаны с воспитанием этих детей, имеют дополнительно серьезные психологические, психиатрические и неврологические проблемы, которые требуют помощи специалистов, что необходимо учитывать при организации сопровождения этих семей.

2. В связи с наличием у матерей детей FXS случаев овариальной недостаточности (в нашей выборке у 2 из 15 обследованных), которая явилась причиной их обращения к специалистам по экстрагемпоральному оплодотворению, необходимо рекомендовать специалистам этого профиля направлять всех женщин с овариальной недостаточностью, которым планируется процедура ЭКО, на генетическое тестирование, позволяющее выявлять у них наличие премутации гена *FMR1*.

3. Пилотное тестирование программы дискриминантного анализа ЭЭГ у этой небольшой группы испытуемых показало ее эффективность, однако требует расширение выборки с более

четким ее разделением на отдельные подгруппы в связи с разными формами выявленных кинических нарушений.

Литература

1. Данилина К.К., Горбачевская Н.Л. Исследование адаптивного статуса и аутистических проявлений у разновозрастных групп пациентов с моногенной формой расстройств аутистического спектра – синдромом Мартина–Белл [Электронный ресурс] // *Клиническая и специальная психология*. 2020. Том 9. № 2. С. 79–98. doi:10.17759/cpse.202009020

2. Тюшкевич С.А., Переверзева Д.С., Мамохина У.А., Данилина К.К., Салимова К.Р., Горбачевская Н.Л. Комплексное сопровождение семей, воспитывающих детей с синдромальными формами РАС. Синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой х. Методические рекомендации/Под общей ред. А.В. Хаустова. Москва, 2018. ISBN: 978-5-94051-182-3

3. Wheeler AC, Bailey DB, Berry-Kravis E, et al. Associated features in females with an *FMRI* premutation. *J Neurodev Disord*. 2014;6

4. Tassone F, Greco CM, Hunsaker MR, et al. Neuropathological, clinical and molecular pathology in female fragile X premutation carriers with and without FXTAS. *Genes Brain Behav*. 2012;11(5):577–85

5. Тюшкевич С.А., Переверзева Д.С., Мамохина У.А., Данилина К.К., Салимова К.Р., Горбачевская Н.Л. Психологические и нейрофизиологические корреляты когнитивных нарушений у лиц с премутацией гена *FMRI*// Восьмая международная конференция по когнитивной науке: Тезисы докладов. Светлогорск, 18–21 октября 2018 г. / Отв. ред. А.К. Крылов, В.Д. Соловьев. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2018. С. 1150-1152.

Кошанская А.Г.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ, СВЯЗАННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

ФГБОУ ВО АГУ, ФГБОУ ВО МГТУ, Майкоп, Россия

E-mail: koangen@list.ru

Ключевые слова: сахарный диабет 2 тип, тревога, депрессия, алекситимия, самостигматизация.

Koshanskaya A.G.

PECULIARITIES OF EMOTIONAL EXPERIENCES OF PATIENTS ASSOCIATED WITH THE DISEASE OF DIABETES MELLITUS TYPE II

Adygeyan State University, Maykop State Technological University, Maykop, Russia

E-mail: koangen@list.ru

Keywords: diabetes mellitus type 2, anxiety, depression, alexithymia, self-stigma.

В настоящее время наблюдается высокий уровень заболеваемости населения сахарным диабетом II типа (СД), а также следующие за этим диспансеризация и инвалидизация с возникновением микро и макро сосудистых осложнений. В России на диспансерном учете (на 01.01.2021 года) состоит 4 799 552 пациентов с диабетом, что составляет 3,23% населения РФ, из них 92,5% (4,43 млн) приходится на СД II [1]. Длительность течения диабета может вызывать переживания, связанные с заболеванием, что соответственно влияет на эмоциональное состояние пациента. Знание особенностей эмоциональной сферы поможет сформировать эффективные модели комплексной психотерапевтической помощи пациентам СД II типа, направленные на профилактику его осложнений.

Цель. Изучить особенности эмоциональных переживаний пациентов, связанных с заболеванием сахарным диабетом II типа при различных вариантах и длительности его течения.

Материал. Обследовано 409 больных СД II типа: из них 284 женщины и 125 мужчин, средний возраст - $56,08 \pm 1,26$ лет ($39 \div 75$ лет), средняя продолжительность заболевания $10,04 \pm 0,99$ лет ($0,5 \div 36$ лет). Группу разделили на две подгруппы: I подгруппа инсулиннезависимым СД (ИНСД), принимающие сахароснижающие препараты – 268 человек: из них 87 мужчин и 181 женщина; II подгруппа – пациенты с инсулинпотребным СД (ИПСД), получающие инсулин – 141 человек: из них 141 женщина и 38 мужчин.

Методы. Исследование проводилось при помощи шкалы А. Бека для самооценки уровня тревоги (BAI), опросника депрессии А.Бека (BDI), Торонтской алекситимической шкалы (TAS), опросника «Когнитивная регуляция эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга (адапт. Писаревой О.Л., Гриценко А.), опросника самостигматизации (ОСС – адапт. В.А. Михайловым). Полученные данные обработаны при помощи статистической программы SPSS 20.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что для большинства пациентов СД II типа независимо от варианта течения заболевания важна положительная социальная репутация, уважение и высокая оценка других людей. Пациенты склонны к обязательности, ответственности, у них развиты морально-этические нормы и чувство долга. Так как средняя продолжительность заболевания составила $10,04 \pm 0,99$ лет, то группы пациентов были разделены на подгруппы с длительностью до 10 лет и более 10 лет. При этом подгруппа длительностью заболевания от одного до десяти лет оказалась самая многочисленная в группе ИНСД и одновременно самая слабо мотивированная на соблюдение терапевтического режима, что может быть связано с неприятием статуса «больного» и необходимостью изменения образа жизни. Наибольшее количество пациентов с длительностью заболевания более 10 лет в группе ИПСД, что возможно определяет «привычность» проводимого лечения, но, в то же время, накопление негативного влияния СД на сердечно-сосудистую систему с развитием диабетических осложнений. Как было показано в ряде научных исследований, приверженность лечению связана с развитием соматических осложнений, которые значимо снижают качество жизни [2, 4], оказывая более негативное отношение к болезни. Сосредоточенность на болезненных ощущениях ассоциировано со снижением качества жизни и ухудшением эмоционального состояния – повышением уровня алекситимии ($p = 0,032$), ростом тревоги и депрессии ($p = 0,048$). Пациенты с длительностью заболевания более 10 лет при ИПСД становятся раздражительными, ранимыми, наблюдаются колебания настроения, соматические жалобы усиливаются, образуя, «порочный круг» с дезадаптивным отношением к болезни.

При длительном течении заболевания изменяется отношение к болезни, затрагивающие всю систему отношений человека, что усиливает эмоциональные переживания, особенно при смерти супруга или «ухода» из семьи детей. По мнению длительно болеющих пациентов СД II типа, со временем болезнь все более затрудняет возможность полноценной социальной жизни. Пациенты чаще склонны скрывать чувство раздражения и досады, критическое отношение к себе сочетается с общим тревожно-депрессивным фоном настроения, с постепенным нарастанием, как уровня тревоги, так и депрессии. Тревожно-депрессивные переживания подавляются, не осознаются, скрываясь за высоким уровнем алекситимии при осложненном (декомпенсированном) течении СД. Уровень безнадежности при этом низкий, что указывает на крайне редкое осознанное, разрешенное самому себе, пропущенное собственной цензурой переживание отчаяния и пессимизма по поводу будущего. На фоне декларируемой приверженности социуму в более близких социальных контактах пациенты избирательны, недоверчивы, насторожены, и, как правило, стремятся скрывать собственную потребность в близости, поддержке и любви. Уровень стигматизации в обеих группах пациентов СД II типа низкий ($49,2 \pm 7,157$ балла): психологически они не готовы принять роль

больного, позиционировать себя в качестве объекта помощи и поддержки со стороны других людей. Поведение при необходимости следовать указаниям врача также неоднозначно: формально пользуясь поддержкой родственников и друзей, заболевание от окружающих не скрывают, декларируют надежду на улучшение состояния здоровья, но при этом не соблюдают терапевтический режим, диету с контролем употребления углеводов и физическую нагрузку. На практике пациенты ограничиваются лишь регулярным приемом сахароснижающих препаратов и измерением уровня сахара в крови. Большинство считают, что они про свою болезнь все знают и не хотят посещать школу диабета. При помощи опросника «Когнитивная регуляция эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга было выявлено преимущественное использование продуктивных когнитивных стратегий регуляции аффективных переживаний больными СД II типа, которые способствуют успешной адаптации: «принятие» того, что случилось, «позитивная перефокусировка» с отвлечением мыслей на приятные события, «фокусирование на планировании», «рассмотрение в перспективе». Использование деструктивных стратегий чаще отмечалось у больных ИПСД с длительностью заболевания более 10 лет ($p < 0,05$), в частности, таких как «самообвинение» с чувством вины за случившееся; «руминации» со склонностью к постоянным размышлениям о пережитой трудной ситуации; «катастрофизации» с обдумыванием глобальных размеров произошедшего события и его отрицательных последствий; «обвинение других» с перекладыванием вины за окружающих. При увеличении длительности заболевания отношение к нему приобретает более дезадаптивный характер, опасаются пациенты не отвержения со стороны окружающих, а угрозу стать обузой для близких, или попасть от них в зависимость [3]. Эти опасения вызывают стремление быть более активным в соблюдении терапевтического режима.

Таким образом, с увеличением длительности заболевания отношение к болезни становится более дезадаптивным, соматические жалобы усиливаются, растет эмоциональность, а также, тревожно-депрессивное состояние и алекситимия, менее значимой становится самореализация, отношения в семье видятся как менее благополучные и болезнь воспринимается как затрудняющая нормальное течение социальной жизни. Использование психокоррекционной помощи поможет снизить уровень эмоциональных переживаний, позволит повысить качество жизни и психологическое благополучие пациентов, а также, возможно, будет косвенно способствовать и компенсации СД посредством изменения образа жизни и соблюдения ими терапевтического режима.

Литература

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинко-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета на 01.01.2021 // Сахарный диабет. - 2021. - Т. 24. №3. - С. 204-221. DOI: [10.14341/DM12759](https://doi.org/10.14341/DM12759)
2. Емельянов Е.С., Хохлов А.Л., Побединцева М.В., Туркина М.В. Приверженность лечению в терапии сахарного диабета 2 типа. // Медицинская психология в России. - 2013. - № 4 (21). - С.10.
3. Мотовилин О.Г., Лунякина О.В., Суркова Е.В., Шишкова Ю.А., Мельникова О.Г., Майоров А.Ю. Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа. // Сахарный диабет. - 2012. - №15(4). С.51-58. DOI: [10.14341/2072-0351-5538](https://doi.org/10.14341/2072-0351-5538)
4. Яркова Н.А., Боровков Н.Н. Приверженность к лечению больных сахарным диабетом 2-го типа и пути ее оптимизации // Клиническая медицина. - 2016. - 94(9). - С. 688-692. DOI: [0023-2149-2016-94-9-688-692](https://doi.org/10.0023-2149-2016-94-9-688-692)

Куртанова Ю.Е., Ровнова А.А.

ДИАГНОСТИКА САМОСОЗНАНИЯ ПОДРОСТКОВ, ПЕРЕНЕСШИХ СОСТОЯНИЕ КОМЫ

МГППУ, Москва, Россия

Электронный адрес: ulia.kurtanova@yandex.ru

rovnova.anastasiya@yandex.ru

Ключевые слова: самосознание, подростки, диагностика, околосмертные переживания, состояние комы

Kurtanova Yu.E., Rovnova A.A.

DIAGNOSTICS OF SELF-AWARENESS OF ADOLESCENTS WHO HAVE UNDERGONE A COMA

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia

Email address: ulia.kurtanova@yandex.ru

rovnova.anastasiya@yandex.ru

Keywords: self-awareness, adolescents, diagnostics, near-death experiences, coma

Введение. До недавнего времени признаком смерти являлось отсутствие сердцебиения и дыхания. Однако с развитием современной медицины стало возможным возвращать к жизни людей, чье сердце и дыхание перестало функционировать. Эти обстоятельства создают необходимость исследования и разработки новых определений жизни и смерти, а также исследования личностных особенностей и психологического опыта пациентов, перенесших состояние комы, ибо работа с такими пациентами затрагивает вопросы профессиональной этики и специфики оказания комплексной помощи в реабилитации после выхода из клинической фазы умирания. Следовательно, актуальность исследования состоит в важности изучения особенностей самосознания подростков, перенесших состояние комы, и обусловлена теоретической и эмпирической значимостью проблемы психологических аспектов околосмертного опыта. Самосознание является важной составляющей в развитии личности, и чаще всего именно в самосознании происходят изменения при развитии подростков в условиях жизненных перемен.

Объект – особенности самосознания подростков, перенесших состояние комы.

Предмет – особенности самооценки, «Образа Я», уровня рефлексии, самоотношения, околосмертного опыта у подростков, перенесших состояние комы.

Цель – изучение особенностей самосознания подростков, перенесших состояние комы.

Задачи:

1. Провести анализ литературы по теме исследования;
2. Подобрать блок методик для диагностики особенностей самосознания подростков, перенесших состояние комы;
3. Выявить особенности самосознания подростков, перенесших состояние комы.

Гипотеза – существует своеобразие в содержании самосознания у подростков, перенесших состояние комы.

Материал и методы. Методический инструментарий включил в себя комплекс психодиагностических методик, позволяющих сформировать наиболее целостное представление об особенностях самосознания у подростков, перенесших состояние комы. В качестве мишеней для исследования были выделены самооценка, самоотношение, уровень рефлексии, «Образ Я», отношение к околосмертному опыту.

Диагностические методики:

1. Методика М. Куна, Т. Макпартленда «Кто Я», модификация Т.В.Румянцевой; [3]
2. Методика изучения самооценки Дембо-Рубинштейн, модификация А.М. Прихожан; [2]
3. Опросник самоотношения В.В. Столина, С.Р. Пантелеева; [1]

4. Опросник для изучения околосмертного опыта Кеннета Ринга. [5]

Математические методы: «Хи-квадрат» Пирсона для анализа значимых различий качественных методик; Критерий Стьюдента для анализа значимых различий результатов между группами. [4]

Вся выборка исследования была разделена на две группы:

1. Экспериментальная группа – 7 подростков в возрасте 14-17 лет, перенесших состояние комы, среди которых 5 мальчиков и 2 девочки. В экспериментальной группе длительность состояния комы составляет от нескольких часов до одного месяца, а давность околосмертного опыта от нескольких месяцев до девяти лет (в среднем до трех лет, только у двух подростков более давний опыт);

2. Группа сравнительного анализа – 17 подростков в возрасте 12-16 лет, не имеющих околосмертного опыта, среди которых 13 девочек и 4 мальчика.

Результаты. 1. У подростков, перенесших состояние комы, более высокий уровень рефлексии, чем у их сверстников, не имеющих околосмертный опыт; 2. В изучении самооценки подростков, перенесших состояние комы, не было обнаружено значимых различий с их сверстниками, не имеющих околосмертного опыта; 3. Подростки в экспериментальной группе чаще осознают себя через «Физическое Я», «Рефлексивное Я» и «Социальное Я»; 4. Между экспериментальной группой и группой сравнительного анализа были обнаружены статистически значимые различия по таким исследуемым параметрам, как интегральный показатель согласия со своим «Я», самоуважение, аутосимпатия, самоинтерес, отношение других, самопринятие, самообвинение. Все эти параметры были выше в группе сравнительного анализа, кроме самообвинения. Параметр самообвинения выше в экспериментальной группе; 5. Околосмертный опыт в подростковом возрасте чаще всего характеризуется прекращением телесной боли, осознанием умирания, опытом «пребыванием в туннеле», опыт «выхода из тела». Реже всего подростки отмечали ощущение «границы между мирами», «наличия проводника». Подростки, перенесшие состояние комы, не отмечали нежелание возвращаться обратно в тело и опыт просмотра собственной жизни. Отрицательные эмоции подростками в околосмертном опыте переживались чаще, чем положительные. После выхода из состояния комы подростки обсуждали свой околосмертный опыт с близкими людьми. В результате исследования околосмертный опыт влияет на самосознание подростков, перенесших состояние комы. Благодаря этому опыту у них меняется отношение к жизни и смерти, отношение к себе, своему здоровью, по их мнению, они стали более ответственными, но и более тревожными.

Выводы. Гипотеза, которая была поставлена в начале работы, подтвердилась. Действительно, существует своеобразие в содержании самосознания подростков, перенесших состояние комы. Выявленные особенности самосознания помогут разработать рекомендации для родителей и медицинских работников по формированию адекватных условий реабилитации, а также составить рекомендации самим пациентам по техникам самопомощи. Работа психолога с данной категорией подростков должна заключаться в диагностике, коррекции, психотерапии и профилактике эмоционально-личностных нарушений. Также необходима работа психолога с родителями и медицинским персоналом. Психологическая помощь должна быть направлена на помощь подросткам в самоанализе, переживании околосмертного опыта, рефлексии своего психологического состояния. Проводиться данная работа должна в центрах психологической помощи, школах, больницах, реабилитационных и реанимационных центрах. Предлагаемый блок методик диагностики позволит углубленно изучить особенности самосознания и может применяться при обследовании как подростков, перенесших состояние комы, так и их сверстников, не имеющих околосмертного опыта.

Литература

1. Глуханюк Н.С. Практикум по психодиагностике. – М., 2005. – 216с.
2. Прихожан А.М. Применение методов прямого обследования в работе школьного психолога// Научно-методические основы использования в школьной психологической службе конкретных психодиагностических методик. – М., 1998. – с.110-128.

3. Румянцева Т.В. Психологическое консультирование. – СПб., 2006. – 103с.
4. Урбах В.Ю. Математическая статистика для биологов и медиков. – М., 1963. – 320с.
5. Ring, K. Lessons from the light. New York: Plenum, 1998.

Николаева В.В., Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю.

**ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ
БИБЛИОТЕКИ**

ЧГУ им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия
lex0794@gmail.com

Ключевые слова: сотрудники библиотеки, диагностика, эмоциональное выгорание

Nikolaev V.V., Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu.

DIAGNOSIS OF EMOTIONAL BURNOUT IN LIBRARY STAFF

ChSU named after I.N. Ulyanova, Cheboksary, Russia
lex0794@gmail.com

Keywords: library staff, diagnostics, emotional burnout

На основе имеющихся исследований эмоционального выгорания выявлены основные факторы риска, требующие пристального внимания и изучения для комплексной диагностики эмоционального выгорания сотрудников библиотеки. Первым фактором, на который необходимо обратить внимание, является эмоциональный интеллект. Эмоциональный интеллект подразумевает способность распознавать свои эмоции и эмоции окружающих, управлять этими эмоциями и успешно ориентироваться в социальной среде. Так как эмоциональное и рациональное поведение неразрывно связаны, то есть основания, чтобы рассматривать эмоции как способ организации поведения. Эмоции являются способом переработки информации и выработки на нее ответа. Анализ ситуации через эмоциональную составляющую принципиально отличается от способа реагирования через рациональную составляющую, где изменяется общее понимание ситуации и схема выработки ответа. Профессия библиотечного работника – это принятие решений и создание конструктивных связей, обеспечивающих эффективное взаимодействие сотрудника с коллегами и читателями [1,2,5]. Часто проблемы в межличностном общении являются проблемой адекватного восприятия общей и эмоциональной информации человеком. И проблема в правильном понимании эмоциональной окраски информации ведет к неправильной трактовке фактов. Такой неправильно налаженный межличностный контакт может стать причиной появления стрессов, как на работе, так и дома [2,6]. В связи с чем недостаточное развитие эмоционального интеллекта может являться предвестником эмоционального выгорания и психосоматических расстройств. При этом эмоциональный интеллект состоит из гибкого набора навыков, которые могут быть улучшены в процессе практической работы [1].

Диагностика алекситимии может оценить способность сотрудников осознавать и вербализировать свои эмоции. Опросник запрет на выражение чувств позволяет выявить особенности проявления эмоциональных реакций сотрудниками библиотеки. Навык эффективного взаимодействия между людьми возможно оценить с помощью опросника межличностных отношений и методики В. Смекала и М. Кучера «Направленность личности». Опросник Смекала-Кучера предназначен на определение направленности человека: личностной (на себя), деловой (на задачу), коллективистской (на взаимодействие).

Вторым важным фактором является стресс на рабочем месте и полученные в связи с ним негативные эмоции. В небольших дозах стресс имеет положительное значение для человека, вызывая такие эмоции, на которые в обычном состоянии тот был бы просто неспособен. Такой стресс помогает человеку быстрее адаптироваться, искать быстрый выход из сложившейся ситуации и повышает производительность труда. Но постоянный стресс, из-за которого

работник вынужден постоянно находиться в напряженном состоянии, может навредить человеку, неся опасность для здоровья. Профессиональный стресс (дистресс) подразделяется на виды: информационный, эмоциональный и коммуникативный. Библиотечный специалист является как раз тем работником, который ежедневно подвергается воздействию стрессов всех видов. У библиотечных работников он связан с рабочей нагрузкой и плохими взаимоотношениями с начальством и коллегами, использованием новых информационных технологий, и отсутствие престижа работы [5]. По данным исследований Remco Polman [3] сотрудники, характеризующиеся хорошей личностной интеграцией менее склонны к эмоциональному выгоранию. Исследование способов совладания со стрессовыми ситуациями позволит оценить, насколько используемые стратегии совладания являются эффективными для сохранения психологического благополучия и работоспособности сотрудников. Исследование копинг-стратегий с помощью опросников Хайма и проактивного совладающего поведения, механизмов психологических защит с помощью опросника индекс жизненного стиля. Оценка индивидуальных психических качеств может быть проведена при помощи опросника SCL-90, адаптированного Н.В. Тарабаевой. Низкая производительность на рабочем месте может объясняться отсутствием навыка управления стрессом, для диагностики которого может быть использован опросник «стиль саморегуляции поведения». В исследовании сотрудников публичных библиотек в штате Индиана было показано, что большинство предикторов коррелируют с уровнем выгорания. Эмоциональное истощение было положительно связано с рабочим давлением и негативно связано с автономией, четкостью ролей, поддержкой коллег и умением восстанавливаться с помощью релаксации и расслабления, квалификацией и контролем. Аналогичные паттерны были обнаружены для цинизма и снижения эффективности [4].

Резюмируя сказанное о возникновении синдрома эмоционального выгорания, можно прийти к выводу, что ключевая роль при появлении симптомов профессионального выгорания связана с затрудненным взаимоотношением в системе «человек – человек». Особенно актуально эта проблема для людей ответственных или тех, кто вынужден работать с трудным контингентом.

Исследование взаимосвязей характеристик факторов риска эмоционального выгорания с уровнем выраженности эмоционального выгорания позволит выявить основные взаимосвязи, играющие роль в увеличении уровня эмоционального выгорания у библиотечных сотрудников. Диагностика эмоционального выгорания может быть проведена при помощи методики Маслач, которая позволяет выявлять структуру эмоционального выгорания и опросник Бойко, определяющей стадию эмоционального выгорания.

Таким образом, на первом этапе диагностики эмоционального выгорания сотрудников библиотеки производится оценка навыков успешности управления своими эмоциями и эмоциями других людей и эффективного функционирования в социальной среде. На втором этапе исследования проводится исследование индивидуальных психологических качеств библиотекарей, помогающих противостоять стрессовым нагрузкам. На третьем этапе проводится исследование структуры и стадии эмоционального выгорания. Четвертый этап включает анализ взаимосвязей факторов риска выгорания и уровня выгорания сотрудников библиотеки для создания психопрофилактических и психокоррекционных программ эмоционального выгорания сотрудников библиотеки.

Литература

1. Agyei D.D., Aryeetey F., Obuezie A.C., & Nkonyeni S. The prevalence of occupational burnout among librarians in three African countries // *Prevalence*. 2019. Vol. 1. P. 19-2019.
2. Martini M., Viotti S., Converso D., Battaglia J., & Loera, B. When social support by patrons protects against burnout: A study among Italian public library workers // *Journal of Librarianship and Information Science*. 2019. Vol. 51(4). P. 1091-1102. <https://doi.org/10.1177/0961000618763716>
3. Polman R., Borkoles E., Nicholls A.R. Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support // *Health Psychology*. 2010. Vol.15(3). P. 681-696.

4. Salyers, M. P., Watkins, M. A., Painter, A., Snajdr, E. A., Gilmer, L. O., Garabrant, J. M., & Henry, N. H. Predictors of burnout in public library employees // *Journal of Librarianship and Information Science*. 2019. Vol. 51(4). P. 974-983. <https://doi.org/10.1177/0961000618759415>
5. Simon K. Emotional Labor, Stressors, and Librarians Who Work with the Public // *School of Information Student Research Journal*. 2020. Vol. 10(1). P. 6.
6. Vraimaki E. et al. Employee reactions to user incivility in academic libraries // *The Journal of Academic Librarianship*. 2019. Vol. 45(5). P. 102043. <https://doi.org/10.1016/j.acalib.2019.06.001>

Рощина И.Ф., Селезнева Н.Д.

МИШЕНИ ДЛЯ ТРЕНИНГА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ (МСИ)

ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ, Москва

Ключевые слова: синдром мягкого когнитивного снижения, когнитивные функции, нейропсихологическое исследование

Roshchina I.F., Selezneva N.D.

TARGETS FOR TRAINING COGNITIVE FUNCTIONS IN PATIENTS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI)

MHRC, MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: mild cognitive impairment, cognitive functions, neuropsychological research

Введение. Современные эпидемиологические и клинические исследования показывают, что постоянная высокая умственная 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 (1). С этой точки зрения именно когорты пожилых лиц с синдромом мягкого когнитивного снижения (МСИ) должны быть целевой группой для проведения клиничко-психологических тренингов когнитивной сферы.

В отечественной нейрогеронтопсихологии анализ и описание структурно-функциональных особенностей познавательной сферы при нормальном старении и когнитивном снижении в позднем возрасте осуществляется с использованием концепции трех структурно-функциональных блоков мозга (ФБМ) А.Р. Лурии (3, 5). Эта модель позволяет рассматривать возрастные изменения в рамках единой методологии, описать типологию нормального старения, а также особенности (нарушения) психической деятельности при различных вариантах мнестико-интеллектуального снижения в позднем возрасте (3).

Цель работы – комплексная клиничко-нейропсихологическая диагностика когорты пожилых лиц с синдромом мягкого когнитивного снижения с целью разработки и проведения в дальнейшем когнитивного тренинга, специфичного для этой группы лиц пожилого и старческого возраста. Исследование является частью мультидисциплинарного исследования особенностей когнитивной и эмоционально-личностной сферы у кровных родственников пациентов с болезнью Альцгеймера (БА), самостоятельно обратившихся в отдел гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ.

Участники исследования. Обследовано 62 амбулаторных пациента с синдромом МСИ (шифр по МКБ-10 – F06.7) из когорты кровных родственников пациентов с БА в возрасте от 60 до 84 лет (средний возраст 71,9±6,7 г.).

Методы исследования. 1. Клиничко-психопатологический (карта клиничко-психопатологической оценки состояния пациента); 2. Комплексное нейропсихологическое исследование и «Экспресс-методика оценки мнестико-интеллектуальной сферы в пожилом возрасте» с количественной и качественной оценкой различных составляющих психической

деятельности (2); 3. Психометрический (шкалы MMSE, MoCA, CGI и тесты, дифференцированно оценивающие различные когнитивные функции); 4. Статистический.

Результаты. В результате комплексного нейропсихологического обследования выделено четыре подгруппы пациентов в зависимости от структуры когнитивной недостаточности. Первую подгруппу составили 32 пациента, которые были отнесены к «энергетическому» варианту нормального старения (1 блок мозга по А.Р. Лурии, 4). У этих пациентов на первый план выступал следующий комплекс симптомов: 1. бóльшая, чем при нормальном физиологическом старении, тормозимость следов при запоминании под влиянием интерферирующей деятельности по модально-неспецифическому типу; 2. сужение объема психической деятельности и замедление темпа деятельности, особенно на этапе ее инициации (латентность), при этом наиболее отчетливо эти симптомы проявлялись при извлечении информации из систем хранения в памяти; 3. изменения в нейродинамических параметрах психической деятельности наиболее отчетливо проявлялись в дефицитарности кинетического праксиса, где необходима плавность перехода от одного элемента двигательной программы к другому.

У второй подгруппы пациентов (11 пациентов) наиболее выраженными были отчетливые дефициты симультанности в переработке информации («пространственный вариант»), что соответствовало варианту старения с усилением симптомов со стороны зоны ТРО правого полушария. У пациентов этой подгруппы особые трудности вызывали задания, требующие переработки пространственных характеристик информации, например, актуализации зрительно-пространственных представлений (рисунок, расстановка стрелок на часах без циферблата), запоминания и отсроченного воспроизведения последовательности трудновербализуемых контурных фигур и др.

В третьей подгруппе (10 пациентов) на первый план выступали симптомы, указывающие на отчетливую дефицитарность со стороны лобных систем мозга. Пациенты этой подгруппы обнаруживали снижение произвольной регуляции деятельности в таких ее звеньях, как прогнозирование результата, самостоятельное построение программ, адекватных задаче и своим возможностям, недостаточность контроля, импульсивное принятие решений («регуляторный» вариант).

Результаты нейропсихологической диагностики показали, что у четвертой подгруппы пациентов (9 пациентов) наблюдалась дефицитарность и отчетливое сочетание двух нейропсихологических факторов: нейродинамического обеспечения психической активности и ее произвольной регуляции. Этот вариант нейропсихологического синдрома можно рассматривать как неблагоприятный, он может усугубляться и приводить к усилению мнестико-интеллектуального снижения.

Заключение. Результаты нейропсихологической диагностики пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения, обнаруживающие у них разные варианты когнитивной недостаточности, должны быть использованы при построении программ комплексной когнитивной стимуляции (тренингов) с учетом индивидуальных мишеней дефицитарности различных параметров психической деятельности.

Литература

1. Spector A., Orrell M., Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;25(12):1253-1258.
2. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2009;№2:44-50.
3. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Когнитивные функции при нормальном и патологическом старении (глава в монографии) «Нейродегенеративные заболевания». *Фундаментальные и прикладные аспекты*. Под ред. акад. М.В. Угрюмова. М.: Наука. 2010; Ч.2, гл.4:304-312.

4. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Концепция А.Р. Лурии о трех функциональных блоках мозга и нейропсихологический синдром нормального старения / Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: ООО «Сам Полиграфист»; 2018;203-211. <http://www.medpsy.ru/library/library238.pdf>

5. Корсакова Н. К. Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология: учебное пособие для вузов 2-е изд., испр. и доп. Москва: Издательство Юрайт. 2019;165 с.

Суркова К.Л., Сергиенко А.А., Зверева Н.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

www1-11@narod.ru

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, детский возраст, логопедические методы исследования

Surkova K.L., Sergienko A.A. , Zvereva N.V.

THE USE OF SPEECH THERAPY DIAGNOSTIC METHODS IN THE NEUROPSYCHOLOGICAL STUDY OF PRESCHOOL CHILDREN

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

www1-11@narod.ru

Keywords: neuropsychological diagnostics, childhood, speech therapy research methods

Нейропсихологическое обследование детей является востребованным направлением научно-исследовательской и практической работы среди специалистов, занимающихся разными аспектами детского развития. Качественный анализ, который предлагает нейропсихологический метод исследования, наряду с дифференцированным относительно возраста подходом в диагностической оценке психических функций позволяет на раннем этапе выявить их нарушения и спланировать эффективную программу коррекции выявленных расстройств. Нейропсихологическое обследование чаще всего проводится с детьми старше пятилетнего возраста, поскольку именно в этом возрасте можно предъявить ребенку большую часть нейропсихологических проб и выявить возможную дефицитарность работы головного мозга. Диагностика детей младше пятилетнего возраста с помощью нейропсихологических проб носит ограниченный характер. Это происходит, во-первых, из-за трудностей, а порой и невозможности понимания сложной инструкции ребенком, во-вторых, из-за недостаточной разработанности специальных проб, направленных на ранний возраст, в арсенале нейропсихологических методик. Как следствие, картина выявленных нарушений и компенсаторных возможностей ребенка может быть неполной. Здесь, как нам представляется, могут значительно помочь методы исследования, используемые в логопедии и дефектологии. И логопедия, и дефектология имеют средства и значительный опыт проведения обследования такого контингента детей, особенно в возрасте до 4 лет. Представляется, что в этом возрасте важно проводить совместное обследование нейропсихологическими, дефектологическими и логопедическими методами или включать в исследование элементы логопедических средств диагностики, с последующим нейропсихологическим анализом результатов полученных проб.

Приемы и методы нейропсихологического исследования детей дошкольного возраста разрабатывались многими авторами: Т.В. Ахутина с соавт. (нейропсихологическое обследование детей 6 лет), Н.Г. Манелис (дети 5 лет), А.В. Семенович (дети 4 лет), Ж.М. Глозман и соавт. (дети 3-х лет), Цветкова Л.С. [1,2,3,5,6]. Результаты исследований показали, что применение даже избирательных нейропсихологических проб, а еще лучше полного

нейропсихологического обследования детей младшего и среднего дошкольного возраста позволяет, во-первых, выявить нарушения развития, и во-вторых, предупредить аномальное психическое развитие с помощью методов коррекции или формирующего обучения, и, следовательно, предупредить школьную неуспеваемость в дальнейшем [2,6]. Тем не менее изолированное использование только нейропсихологической диагностики в обследовании детей от трех до пяти лет не дает полной информации о возможном дизонтогенезе их психического и речевого развития. Применение дефектологических и логопедических методов в комплексе с нейропсихологическими методами диагностики в этом возрасте может дать более развернутую картину психомоторного и речевого развития ребенка [4].

Дошкольный возраст принято разделять на младший, средний и старший возраст. Это связано с особенностями познавательной деятельности ребенка на каждом из этих возрастных этапов. В младшем дошкольном возрасте с помощью нейропсихологических проб мы можем посмотреть развитие моторных и премоторных областей, оценить состояние кожной рецепции (как правило, тактильную составляющую), развитие первичных и вторичных сенсорных корковых полей.

К трехлетнему возрасту в значительной степени формируется кинетический и кинестетический оральный праксис, поэтому целесообразно наряду с нейропсихологическими пробами, включить логопедические методы исследования, которые позволят оценить состояние мимических и артикуляционных мышц, что в значительной степени помогает выявить «органическую» составляющую речевого расстройства. Выявленные особенности дают основание для дальнейшего, более расширенного изучения речевого развития ребенка. Среди таких дополнительных средств диагностики из практики логопедической работы необходимо включить в нейропсихологический протокол следующее:

- обследование особенностей дыхания, что позволит выявить влияние разного типа дыхания на просодическое оформление речи, особенности звукопроизношения, эти данные можно использовать в нейропсихологическом анализе, в частности, для оценки функционального состояния подкорковых структур;

- в логопедии есть ряд специально разработанных методов и апробированных средств диагностики (картинных и др.), доступных детям младшего дошкольного возраста, направленных на обследование фонетико-фонематического восприятия, импрессивной и экспрессивной речи, что даст более полную картину состояния речевого и психического развития ребенка необходимую для качественного нейропсихологического анализа нарушений;

- более широкий спектр проб на исследование развития лексико-грамматического строя речи, используемый логопедом-дефектологом, включает оценку навыков словоизменения по роду и падежам, умение образовывать формы уменьшительно-ласкательного и множественного числа, понимание и использование предлогов, эти пробы также специально адаптированы для детей младшего возраста;

- оценку связного высказывания детей от 3-х до 4-х лет, где логическая цепочка высказывания должна сохраняться, а само высказывание может быть пока аграмматичным. Включение заданий на самостоятельный рассказ по знакомой картинке, например, картинка с изображением героев из сказки, как правило используемая логопедом-дефектологом, поможет оценить не только речевую продукцию, но и умение составлять логическую последовательность, эти данные также необходимы и для нейропсихологического анализа.

Безусловно, оценка речевого и когнитивного развития ребенка должна строиться с учетом возрастного этапа, условий индивидуального развития ребенка, анамнестической отягощенности. Выявление структуры первичных и вторичных нарушений, особенностей эмоционального, личностного развития ребенка с отягощенным анамнезом даст возможность своевременно включить не только ребенка, но и всю семью в реабилитационно-восстановительный и формирующий процесс. Комплексная диагностика детей дошкольного возраста с применением логопедических и нейропсихологических приемов будет полезной

для разработки программ коррекционно-развивающего обучения и абилитации детей с разными вариантами нарушенного психического развития.

Литература

1. Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. СПб.: Питер, 2006. - 80 с.
2. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. СПб.: Питер, 2008. 288 с.
3. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2002. - 232 с.
4. Стребелева Е. А. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста. М.: Просвещение, 2007.
5. Суркова К.Л. К вопросу о диагностике когнитивного и речевого развития у детей 3-4 лет, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий // Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований: Материалы международной научно-практической конференции. Москва, 18–19 ноября 2020 г. – С. 509.
6. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. - М.: Педагогическое общество России, 2002. - 96 с.

Тучина О.Д.¹, Холмогорова А.Б.², Агибалова Т.В.¹, Шустов Д.И.³

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ СПОСОБНОСТИ К ФОРМИРОВАНИЮ УСТОЙЧИВОЙ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

¹ - Московский научно-практический центр наркологии
Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

² – Московский Государственный Психолого-Педагогический Университет,
Москва, Россия

³ – Рязанский Государственный Медицинский Университет им. ак. И.П. Павлова,
Рязань, Россия
shtuchina@gmail.com

Ключевые слова: алкогольная зависимость, рефлексия, проспективное мышление

Tuchina O.D.¹, Kholmogorova A.B.², Agibalova T.V.¹, Shustov D.I.³

ON ISSUE OF ASSESSING CAPACITY FOR SUSTAINED REMISSION MAINTENANCE IN PEOPLE WITH ALCOHOL DEPENDENCE

1 – Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health,
Moscow, Russia

2 – Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia

3 - I. P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
shtuchina@gmail.com

Keywords: alcohol dependence, reflection, future thinking

Актуальность. Синдром зависимости от алкоголя (АЗ) – одна из главных причин высокого уровня смертности среди мужского населения Российской Федерации [1], что обуславливает высокую актуальность исследований факторов, способствующих выздоровлению и формированию устойчивой ремиссии у данных пациентов. Среди факторов устойчивой ремиссии обычно выделяют биологические (женский пол, более зрелый возраст, определенная этническая принадлежность), психологические (мотивация к достижению трезвости, отсутствие коморбидных личностных расстройств, и др.) и социальные (поддерживающая социальная система, развод, трудоустройство и др.). Один из важнейших психологических

факторов, влияющих на формирование и течение АЗ, - сокращенная временная перспектива – ориентация личности на проживание удовольствия в настоящем и фиксация на негативном прошлом, что выливается в неспособность к осознанию последствий своих текущих действий и преуменьшение ценности возможных долгосрочных выигрышей от прекращения употребления алкоголя [3]. Тем не менее, в некоторых выборках люди с зависимостями в целом, наоборот, оказывались ориентированы на будущее в большей степени, а способность к размышлению о собственном будущем у пациентов с АЗ оказывалась сравнимой с контролем, либо более сохранной, чем, например, у пациентов с наркотической зависимостью) [2]. В отдельных исследованиях демонстрируется, что напоминание о собственной смертности способствует уменьшению гиперболического обесценивания вознаграждений, то есть фактически позволяет людям делать более взвешенный выбор, расширяя «временное окно» (перспективу) принятия решений [4]. С другой стороны, внезапные, возникающие без целенаправленного усилия со стороны, представления образа собственной будущей смерти (например, из-за падения с обрыва или в автоаварии) у людей с депрессией и суицидальными тенденциями оказываются связаны с большей вероятностью суицидальных мыслей и попыток в ближайшем будущем [5].

Целью исследования была оценка влияния нарушений эксплицитного (осознанного, рефлексированного) ПМ и параметров жизненного сценария, который рассматривается нами как одна из имплицитных форм ПМ, на продолжительность ремиссий при АЗ.

Методы. Исследование проводилось в Московском научно-практическом центре наркологии в 2019-2021 гг. В описываемую в данном сообщении выборку вошли 61 пациент (мужчины) с синдромом зависимости от алкоголя (F 10.2), в возрасте от 25 до 69 лет, без диагностированных сочетанных психических и наркологических расстройств, находящиеся на этапе медицинской реабилитации, поддерживающие трезвость не менее 14 дней и злоупотребляющие алкоголем не менее 14 лет. Данный объем выборки был достаточен для достижения требуемой мощности регрессионного анализа (80%).

Методы исследования. Наличие и содержание произвольных и спонтанных представлений о личном долгосрочном будущем, включая завершение собственного жизненного пути («финальная сцена» жизненного сценария), устанавливались по результатам контент-анализа данных полуструктурированных интервью, а также методики «Линия жизни». Предварительно выделенные категории анализа (например, предполагаемая причина / возраст смерти и т.д.) кодифицировались и подвергались математической обработке. Данные о продолжительности ремиссий пациентов собирались в ходе опроса пациентов, персонала и родственников, анализа медицинской документации, в том числе, архивной. Для оценки влияния содержания представлений о собственном будущем на продолжительность ремиссий использовался множественный линейный регрессионный анализ. В модели включалось не более 8 факторов, имеющих значимые корреляции с днями ремиссии. Проводилась оценка автокорреляции и распределения остатков и диагностика коллинеарности.

Результаты и обсуждение. Ряд параметров, отражающих содержание произвольных представлений о собственной смерти, а также напоминаний о собственной смертности (например, значимые смерти близких людей в анамнезе) оказались статистически связаны с различными параметрами продолжительности ремиссии и вошли в регрессионные модели.

Так, высказывание ожиданий внезапной, быстрой и «легкой» смерти оказывало протективный эффект на продолжительность максимальной ремиссии ($\beta=0,28$; $t=2,8$; $p=0,007$); рефлексия предполагаемого возраста смерти – на продолжительность ремиссии в течение двух лет, предшествовавших обследованию ($\beta=0,66$; $t=3,4$; $p=0,01$); наличие ранних смертей партнеров/детей - на индекс ремиссии (то есть, отношение продолжительности ремиссий к продолжительности заболевания) ($\beta=0,3$; $t=3,5$; $p=0,001$). Данные факторы оставались значимыми после коррекции уровня значимости на множественность сравнений. Рефлексия собственной смерти, обдумывание и моделирование ее возможных вариантов выступали в качестве протективного фактора в отношении продолжительности ремиссии у пациентов с АЗ.

Обратное – негативное – влияние на длительность максимальной ремиссии оказывал факт переживания непроизвольных образов собственной смерти, связанной с алкоголем ($\beta=-0,25$; $t=-2,6$; $p=0,01$). Хотя после коррекции уровня значимости на множественные сравнения, данный результат перестал быть статистически значимым, он отражает существование клинически значимый феномен интрузивных и, как правило, негативно эмоционально окрашенных образов собственного будущего – «флешфорвардов» и, по нашему мнению, может подтверждать данные ряда исследований об роли «флешфорвардов» в последующем обострении психопатологических симптомов, что наиболее полно описано для тревожных и аффективных расстройств [5].

Выводы. В рамках исследования содержания представлений о собственном будущем (проспективное мышление, ПМ), включая окончание своего жизненного пути, у пациентов с АЗ были получены предварительные свидетельства о разнонаправленном влиянии рефлексии содержания произвольных и спонтанных представлений о личном будущем на продолжительность ремиссий АЗ.

Литература

1. Немцов, А.В. Российская смертность в свете потребления алкоголя // Демографическое обозрение. - 2015. - Т. 2. – № 4. – С. 111-135.
2. Особенности субъективного восприятия психологического времени пациентов, проходящих лечение от алкогольной и наркотической зависимостей [Текст] / С.Г. Климанова, А.В. Трусова, А.А. Березина и др. // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2016. – Т. 9. - № 4. – С. 50–63.
3. Bickel, W.K. Reinforcer Pathology: Implications for Substance Abuse Intervention / W.K. Bickel, L.N. Athamneh, S.E. Snider [et al.] // Curr Top Behav Neurosci. - 2020. – № 47. – pp. 139-162.
4. Kelley, N.J. Thinking about Death Reduces Delay Discounting [Электронный ресурс] / N.J. Kelley, B.J. Schmeichel // PLoS One. – 2015. – Vol. 10. – № 12: e0144228. Режим доступа: <https://journals.plos.org>
5. Mental Imagery in Depression: Phenomenology, Potential Mechanisms, and Treatment Implications / E.A. Holmes, S.E. Blackwell, S. Burnett Heyes, [et al.] // Annu Rev Clin Psychol. – 2016. – Vol. 12. – pp. 249-80.

Фаустова А.Г., Трусова А.Д.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
Рязань, Россия
a.faustova@rzgmu.ru

Ключевые слова: психологическая устойчивость, однонуклеотидный полиморфизм, дофамин

Faustova A.G., Trusova A.D.

THE USE OF POLYMORPHIC MARKERS OF DOPAMINE SYSTEM GENES IN COMPLEX DIAGNOSTICS OF PSYCHOLOGICAL RESILIENCE

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
a.faustova@rzgmu.ru

Keywords: psychological resilience, single nucleotide polymorphism, dopamine

Введение. К настоящему моменту психологическая устойчивость приобрела статус междисциплинарного объекта исследования. Принимая во внимание специфику естественно-

научного подхода к изучению «устойчивого фенотипа» и достижения клинко-психологических исследований устойчивости, психологическую устойчивость можно рассматривать как способность индивида противостоять или быстро и эффективно восстанавливаться после воздействия стрессогенных, психотравмирующих факторов [1,3,6]. Помимо психологических и социальных переменных, основу проявления психологической устойчивости формируют нейробиологические механизмы – генетические, биохимические, физиологические [2,4,5]. Доказательства в пользу того, что предрасположенность к психологической устойчивости имеет наследственный характер, получены в нескольких близнецовых исследованиях. Генетические факторы потенциально способны объяснить до 46% вариативности когнитивной устойчивости и до 70% вариативности поведенческой устойчивости [4,6]. Исследования генетической архитектуры психологической устойчивости проводятся как в направлении поиска и идентификации генов-кандидатов, так и в методологии полногеномного поиска ассоциаций. Многообещающими выглядят закономерности, полученные в отношении генов, регулирующих дофаминергическую медиацию [2]. Так, индивиды с «устойчивым фенотипом» значимо отличаются от пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством по плотности транспортеров дофамина в нейронах полосатого тела. Риск возникновения посттравматического стрессового расстройства коррелирует с полиморфизмом *rs1800497* гена *DRD2* [2]. Сходная закономерность выявлена для полиморфизма *rs4680* гена *COMT* – у гомозиготных обладателей аллеля *Met* наблюдается дефицит психологической устойчивости к психотравмирующему воздействию [4]. Логично предположить, что фенотипическим проявлением здесь может являться уровень дофамина в плазме крови, более того – неспецифическим маркером риска развития психопатологических последствий психологической травматизации.

В данном исследовании предпринята попытка выявить ассоциации между психологической устойчивостью и генами, регулирующими активность дофаминергической системы. В качестве гипотезы выступает предположение о том, что некоторые проявления психологической устойчивости, наблюдаемой в ситуации совладания с последствиями психологической травматизации, имеют свои генетические корреляты.

Материал и методы. Для определения полиморфных маркеров генов *DBH* (*rs1611115*), *COMT* (*rs4680*), *DRD2* (*rs6277*) использовался метод полимеразной цепной реакции в реальном времени (ПЦР-РВ). Геномную ДНК выделяли из лейкоцитов крови. Для выявления личностных и поведенческих параметров психологической устойчивости применялся метод опроса. Были использованы следующие стандартизированные методики: Опросник совладания со стрессом COPE (версия Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина); Опросник проактивного совладающего поведения (адаптация Е.С. Старченковой); Опросник посттравматического роста (адаптация М.Ш. Магомед-Эминова); Шкала психологического благополучия К. Рифф; Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина.

Выборку составили 33 человека (7 мужчин, 26 женщин, средний возраст $26,3 \pm 7,46$ лет). Критерии включения: наличие в анамнезе психотравмирующего события, которое произошло не более 3 лет назад; для совладания с последствиями психологической травмы не применялась психофармакотерапия; отсутствие выраженной психопатологической симптоматики. Все участники исследования подписали форму информированного согласия. Процедура эмпирического исследования одобрена Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (Протокол №10 от 6.05.2020). Математико-статистический анализ эмпирических данных включал подсчёт описательной статистики и проверку нормальности распределения, нормализующее преобразование количественных данных, расчёт корреляций и множественной линейной регрессии.

Результаты. Ген *DBH* регулирует производство энзима дофамин-β-гидроксилазы, который преобразовывает дофамин в норэпинефрин. Ген *COMT* обеспечивает синтез катехол-О-метилтрансферазы. Данный фермент принимает участие в деградации дофамина, тем самым

включаясь в обмен катехоламинов. Ген *DRD2* определяет активность D2-рецепторов к дофамину. Нами получены предварительные результаты, свидетельствующие о наличии следующих ассоциаций. Полиморфизм *rs161115* гена *DBH*, гаплотип *CC/TT* сочетается с использованием стратегий совладания «Сдерживание совладания» ($p=0,001$) и «Принятие» ($p=0,002$) (Опросник совладания со стрессом *COPE*). Полиморфизм *rs4680* гена *COMT*, гаплотип *GG* взаимосвязан с проявлением копинг-стратегий «Рефлексивное преодоление» ($p=0,001$), «Сила личности» ($p=0,001$) и «Отношение к другим» ($p=0,003$) (Опросник проактивного совладающего поведения). Полиморфизм *rs6277* гена *DRD2*, гаплотип *TT* ассоциируется с таким проявлением посттравматического роста, как «Отношение к другим» ($p=0,002$) (Опросник посттравматического роста) и показателем «Личностный рост» ($p=0,001$) (Шкала психологического благополучия К. Рифф). Существенным ограничением следует признать численность выборки. Для подтверждения значимости выявленных закономерностей планируется продолжить сбор эмпирических данных.

Выводы. Закономерности, выявленные в данном эмпирическом исследовании, могут рассматриваться в качестве аргументов, обосновывающих то, что поведенческие проявления психологической устойчивости имеют свои нейробиологические (более конкретно – генетические) корреляты. В данном контексте предстоит оценить прогностическую значимость и потенциал применения дофамина в качестве неспецифического нейробиологического маркера совладания и психологической устойчивости. Полученные результаты обосновывают актуальность дальнейших междисциплинарных исследований на стыке молекулярной генетики, биохимии и клинической психологии. Практическая значимость таких научно-исследовательских проектов обусловлена насущной потребностью в формировании доказательной базы в клинической психологии, например, в контексте комплексной диагностики и определения показаний к проведению тех или иных клинико-психологических вмешательств.

Конфликт интересов отсутствует. Исследование поддержано грантом Президента Российской Федерации для молодых ученых – кандидатов наук. Проект МК-1199.2020.6 «Генетические и поведенческие корреляты психологической устойчивости при психологических травмах».

Литература

1. Фаустова А.Г., Афанасьева А.Э., Виноградова И.С. Психологическая устойчивость и феноменологически близкие категории // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2021. Т.9, № 1(32). С. 18-27. doi:10.23888/humJ2021118-27
2. Li L., Bao Y., He S., et al. The association between genetic variants in the dopaminergic system and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis // *Medicine*. 2016. Vol. 95. № 11. P. e3074. doi: 10.1097/MD.0000000000003074
3. Liu H, Zhang C, Ji Y, Yang L. Biological and Psychological Perspectives of Resilience: Is It Possible to Improve Stress Resistance? // *Frontiers in human neuroscience*. 2018. № 12. P. 326. doi:10.3389/fnhum.2018.00326
4. Maul S., Giegling I., Fabbri C., et al. Genetics of resilience: Implications from genome-wide association studies and candidate genes of the stress response system in posttraumatic stress disorder and depression // *American Journal of Medical Genetics*. 2019. № 183. P. 77-94. doi: 10.1002/ajmg.b.32763
5. Ménard C., Pfau M.L., Hodes G.E., et al. Immune and Neuroendocrine Mechanisms of Stress Vulnerability and Resilience // *Neuropsychopharmacology*. 2017. Vol. 42. №1. P. 62-80. doi:10.1038/npp.2016.90
6. Rakesh G., Morey R.A., Zannas A.S., et al. Resilience as a translational endpoint in the treatment of PTSD // *Molecular Psychiatry*. 2019. Vol. 24. № 9. P. 1268-1283. doi:10.1038/s41380-019-0383-7

Чапала Т.В., Илич М.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

ТГУ, Тольятти, Россия
cha_psy@mail.ru,
ilich.mariya@mail.ru

Ключевые слова: эмоциональное состояние, пищевое поведение, хронический панкреатит, женщины, корреляционный анализ

Chapala T.V., Ilich M.

CORRELATIONS OF EMOTIONAL STATE AND EATING BEHAVIOR OF WOMEN DIAGNOSED WITH CHRONIC PANCREATITIS

Togliatti State University, Togliatti, Russian
cha_psy@mail.ru,
ilich.mariya@mail.ru

Keywords: emotional state, eating behavior, chronic pancreatitis, women, correlation analysis

Введение. В Российской Федерации по сравнению с Европейскими странами в два раза чаще встречается заболевание хронический панкреатит (Россия – 27-50, Европа – 25-26 случаев на 100 тысяч населения). По официальным статистическим данным регионов России существуют значимые различия по количеству пациентов с диагнозом хронический панкреатит. Так, в Приволжском федеральном округе наблюдаются самые высокие значения по эпидемиологии заболевания «другие хронические панкреатиты» (К 86.1) – хронический панкреатит неалкогольной этиологии, и также наблюдается двукратный рост заболевания среди женщин в сравнении с мужчинами [1, 2]. Науке давно известно, что течение заболеваний органов пищеварения тесно связано с эмоциональным состоянием человека. Однако в России исследований взаимосвязи эмоционального состояния и пищевого поведения у пациентов с заболеваниями поджелудочной железы, хронического панкреатита неалкогольной этиологии (К 86.1), проводится недостаточно.

Цель исследования - провести корреляционный анализ взаимосвязи эмоционального состояния (тревожности и депрессии) и пищевого поведения у женщин с диагнозом хронический панкреатит неалкогольной этиологии в стадии обострения во время стационарного лечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось в стационарном гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ СО «Тольяттинской городской клинической больницы № 5», в г. Тольятти (исследование одобрено комитетом по биоэтике при ФГБОУ ВО Самарском государственном медицинском университете). Психологическую диагностику прошли 55 человек с заболеваниями органов пищеварения (диагнозы были поставлены врачами-гастроэнтерологами). В группу исследования вошли 15 женщин с диагнозом хронический панкреатит неалкогольной этиологии (К 86.1), находящихся на стационарном лечении в возрасте от 36 до 75 лет (средний возраст $M=57,2$; $SO=14,21$).

В исследовании применялись следующие методы: шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина (STAI); шкала депрессии А. Бека (BDI), дифференциальные шкалы когнитивно-аффективных и соматических проявлений депрессии и общая шкала для измерения уровня депрессии; голландский опросник пищевого поведения (DEBQ), который состоит из трех шкал – ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения. Корреляционный анализ проводился методом непараметрического критерия ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Корреляционный анализ взаимосвязи эмоционального состояния и пищевого поведения показал следующее: тревожность как состояние (ситуативная) имеет среднюю прямую корреляционную взаимосвязь с эмоциогенным ($r_s=0,546$, $p<0,05$) и экстернальным ($r_s=0,366$, $p<0,05$) пищевым поведением. Во время стрессовых ситуаций с повышением уровня реактивной тревожности может усиливаться эмоциогенное и экстернальное (на вид и запах пищи) пищевое поведение. Тревожность как свойство личности (личностная) имеет слабую значимую обратную связь с ограничительным пищевым поведением ($r_s= -0,385$, $p<0,05$). Личностная тревожность может снижаться при нарастании признаков ограничения в питании (соблюдение диетического режима питания). Показатель депрессии имеет среднюю обратную корреляционную связь с экстернальным пищевым поведением ($r_s= -0,533$, $p<0,05$) и слабую с эмоциогенным ($r_s= -0,387$, $p<0,05$) и экстернальным ($r_s= -0,448$, $p<0,05$) пищевым поведением. Можно предположить, что симптомы депрессии снижаются с нарастанием риска к отклонению от нормального пищевого поведения. Показатели когнитивно-аффективных и соматических проявлений депрессии не имеют статистически значимую взаимосвязь с показателями пищевого поведения, с увеличением данных показателей не изменяются показатели пищевого поведения. Дополнительно необходимо отметить, что эмоциогенное пищевое поведение имеет среднюю прямую корреляционную связь с показателем экстернального пищевого поведения ($r_s=0,527$, $p<0,05$). От эмоционального состояния женщины с хроническим панкреатитом зависят гиперреакция на вид, запах или рекламу пищи и плохая устойчивость при аппетитной пище, которая может проявляться как компульсивное переедание в ежедневном питании.

Выводы. Результаты проведения корреляционного анализа взаимосвязи эмоционального состояния и пищевого поведения женщин с диагнозом хронический панкреатит показали, что существуют корреляционные связи тревожности как состояния и свойства личности и уровня депрессии с показателями пищевого поведения. Пищевое поведение может изменяться при изменении эмоционального состояния. Это позволяет сделать вывод о том, что эмоциональное состояние и пищевое поведение могут оказать значимое влияние на течение и исход заболевания хронический панкреатит.

Литература

1. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А.В. Охлобыстин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. Т. 24. № 4. С. 70–97.
2. Ширинская Н.В. Распространенность болезней поджелудочной железы у взрослого населения // Гастроэнтерология. 2018. № 3. С. 38–41.

РАЗДЕЛ 6. ПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА: ОБЩЕЕ И СПЕЦИФИЧЕСКОЕ В РАБОТЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

Давтян Е.Н.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ – ЭТО ПСИХИАТР?

РГПУ им. А.И.Герцена, Санкт-Петербург, Россия,
elena.davtian@gmail.com

Ключевые слова: клиническая психология, психиатрия, будущее психиатрии

Davtian E.N.

IS A CLINICAL PSYCHOLOGIST A PSYCHIATRIST?

Herzen's State Pedagogical University, S-Petersburg, Russia,
elena.davtian@gmail.com

Keywords: clinical psychology, psychiatry, the future of psychiatry

Взаимоотношения психиатрии и клинической психологии – непростой вопрос, который редко становится предметом подробного рассмотрения. При поверхностном взгляде – ставки клинических психологов давно и прочно включены в штатное расписание любого психиатрического отделения, специалисты дружно работают бок о бок на благо больных, выполняя каждый свои функции. При более внимательном рассмотрении становится очевидным, что ситуации взаимного недовольства специалистов возникают с досадной регулярностью.

Как правило, суть недовольства психологов сводится к недостаточно внимательному отношению к диагностическим заключениям со стороны врачей, к недооценке их труда. Психиатры же часто не до конца понимают, зачем вообще в клинике нужен психолог, и дают резко негативные реакции, если психологи без санкции врача вмешиваются в лечебный процесс (что и понятно: врач, по-прежнему, единолично несет полную ответственность за диагностику и лечение).

Очевидно, что сферы деятельности клинического психолога и психиатра перекрываются (иначе ситуация взаимного недовольства была бы невозможна). Действительно ли это так? Если «да», то почему так случилось? Для ответа на эти вопросы мы обратились к системообразующим понятиям каждой научной дисциплины: объекту, предмету и основным методам исследования. Ниже в таблице приведены результаты наших эпистемологических сопоставлений (определения мы взяли из базовых учебников по дисциплинам).

	<i>Клиническая психология («психологическая психиатрия»)</i>	<i>Психиатрия</i>
Наука о	психологических особенностях людей, страдающих психическими заболеваниями, о методах диагностики психических отклонений и способах их психологической коррекции	распознавании и лечении психических болезней
Объект	Человек с трудностями адаптации и саморегуляции, связанными с его психическим состоянием	Люди, страдающие психическими заболеваниями

<p>Предмет исследования</p>	<p>Расстройства психики и поведения, личностные особенности больных с психическими отклонениями (теоретические и практические задачи); Диагностика психических отклонений; коррекция дезадаптации и делинквентных форм поведения; психопрофилактика и психотерапия; Экспертные вопросы социальной и трудовой реабилитации пациентов с психическими и пограничными расстройствами.</p>	<p>Клинико-психопатологические, социальные и биологические аспекты психических болезней, анализ их причин и сущности, проявлений и динамики у конкретных больных; Способы лечения и профилактики психических расстройств; Система организации психиатрической помощи, вопросы экспертизы (военно-врачебной, судебно-психиатрической, врачебно-трудовой, медико-педагогической), социального и правового положения больных.</p>
<p>Метод</p>	<p>Клиническое интервьюирование Экспериментально-психологические методы (стандартные и нестандартные)</p>	<p>Клинико-психопатологический метод Стандартизированные методы оценки\измерения Инструментальные (КТ, МРТ, ЭЭГ и пр.) и лабораторные методы</p>

В психиатрической клинике, в отличие от соматической, различия между деятельностью врача и клинического психолога не так уж и велики. Объект деятельности – душевнобольной человек с естественными трудностями адаптации и саморегуляции; предмет работы – расстройства психики, из которых и состоят психические болезни; методы работы – клиническая беседа и тестирование, т.к. другого доступа к внутреннему миру («душе») больного нет.

Можно привести много неудачных, с нашей точки зрения, примеров попыток отделить клиническую психологию от психиатрии. «Клиническая психология — это особый подход, метод в широком смысле, позволяющий изучать не болезнь, а больного человека, и не столько классифицировать и диагностировать, сколько понимать и помогать» (из учебника для студентов [2]). С тем же успехом эту фразу можно адресовать врачам, которых с младших курсов института учат «лечить не болезнь, а больного» (Гиппократ). Кроме того, представляется очевидным, что помощь невозможна без понимания; понимание достигается путем диагностики; диагностика – это отнесение состояния к определенному классу расстройств (в том числе и патопсихологических); классификация – естественный способ организации любого научного знания.

Получается парадоксальная ситуация: клинический психолог – это психиатр без медицинского образования. Единственное, чего не может клинический психолог, – это назначать медикаментозную терапию. Однако последние годы в некоторых штатах США «наблюдается движение по разрешению психологам с некоторыми ограничениями прописывать медикаментозные препараты» [3]. Для этого им надо просто пройти дополнительное специальное обучение (в нескольких штатах США психолог имеет право назначать фармакологические препараты).

В настоящее время в психиатрической клинике существуют две равноправные специальности с общим объектом и предметом исследования. К чему это приведет? Мы полагаем, что к выводам, неутешительным для психиатров.

«Являются ли психиатры вымирающим видом?» – так называлась статья австрийского психиатра Х. Кэчнига, вызвавшая жаркую дискуссию в среде психиатров несколько лет назад [4]. Представители других специальностей (клинические психологи, неврологи, реабилитологи и пр.) все больше и больше претендуют на разные участки поля, ранее принадлежавшие психиатрии. Фактически в единоличном владении психиатров в настоящее время остаются только острые и хронические психозы.

В чем истоки такого положения дел? По нашему мнению, в странной метаморфозе, которая произошла с мышлением психиатров и была точно подмечена социологами и философами. В связи с бурным развитием нейронаук и исследованиями мозга в профессиональном сообществе возникло убеждение, что существует принципиальная возможность описать любой психопатологический феномен на молекулярном уровне. Под гипнотическим влиянием технологий визуализации функциональной активности живого мозга нарушения этой активности стали означивать как патологию, способную вызвать психопатологические симптомы. Психиатрический мир стал жить надеждой, что в скором времени будут открыты объективные и измеряемые маркеры душевных расстройств, возник «особый утопический дискурс» [5]. Вера в светлое нейрохимическое будущее специальности стала трансформировать её настоящее: практика психиатрии изменилась, чтобы соответствовать будущей новой реальности. «Надежды и ожидания по поводу нейропсихиатрии функционируют в режиме, когда будущее, с одной стороны, предсказуемо и управляемо, а с другой — содержит элемент непредсказуемости, обещающей создание новой модели, которая обеспечит предсказуемость. И эти противоречивые надежды во многом определяют настоящее дисциплины» [1]. Желанное будущее все не наступает, а психиатрическая практика продолжает меняться. Занимаясь генетикой, эпидемиологией, фармакологией и исследованиями мозга, психиатрия утратила интерес к реальному больному. Поле деятельности освободилось, а, как известно, «свято место пусто не бывает».

Литература

1. Бардина Светлана М. «Прекрасный новый нейронаучный мир»: история будущего психиатрии // Социология власти. Т.32, №2, 2020. – С. 73-86.
2. Колесник Н.Т., Клиническая психология - https://studme.org/1821100128949/psihologiya/vvedenie_klinicheskaya_psihologiya (дата обращения 22.10.2021)
3. Психологос, энциклопедия практической психологии - <https://www.psychologos.ru/articles/view/klinicheskaya-psihologiya> (дата обращения 22.10.2021)
4. Филатова Ася А. Что нам делать с нейронауками? От эпистемологии подозрения к эпистемологии заботы // Социология власти. Т.32, №2, 2020. – С. 18-47.
5. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession// World Psychiatry. 2010. Vol. 9, N 1. P. 21-28.

Давтян С. Э.

ОБ ИССЛЕДОВАНИИ ИНТЕЛЛЕКТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия
stepandavtian@gmail.com

Ключевые слова: интеллектуальное амплуа, эрудит, мыслитель, выдумщик

Davtian S.

ON THE STUDY OF INTELLIGENCE IN CLINICAL PSYCHOLOGY

Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia
stepandavtian@gmail.com

Keywords: intellectual amplua, erudite, thinker, inventor

Человеческий интеллект подобен треугольнику. В его углах располагаются Эрудит (Э), Мыслитель (М) и Выдумщик (В). Чем больше площадь треугольника, тем умнее человек. Форма треугольника определяет интеллектуальное амплуа человека – по наибольшему углу. Сумма углов одинакова, поэтому если доминирует один угол, остальные два уходят в тень. Вероятно, среди людей существуют носители равносторонних и равнобедренных «треугольников», но их число должно быть невелико, так как они проигрывают конкурентную борьбу с обладателями больших углов в любой из трех интеллектуальных стихий.

Стихия эрудита: факты, авторитеты, традиции. Он отличается хорошей памятью. Знает, что, где и когда. Почему и для чего – не его забота. Любит отвечать на вопросы, давать советы. Неохотно решает задачи. Консерватор и морализатор. Принимает новое, если оно не противоречит старому. Человек-справочник. Интеллектуальный диапазон – от глупого коллекционера сплетен до ученого-энциклопедиста («знание – сила», Ф. Бэкон). Имеет репутацию умного, так как много знает. Подавляющая часть населения планеты имеет Э-образный ум. Исторически важная персона – хранитель знаний. Ценность Э-интеллекта неуклонно падала с изобретением письменности, книгопечатания, развитием СМИ. В эпоху мобильного интернета с мгновенным доступом к любой справочной информации Э-девальвация приобрела стремительный характер. Представители в философии: армия преподавателей от ассистента до профессора кафедры философии.

Стихия мыслителя: поиск объяснений. Он отдает должное фактам, но превыше всего ценит теории («знание некоторых принципов возмещает незнание некоторых фактов», Гельвеций). Он понимает, что «факт – это интерпретация» (Ф. Ницше). Имеет репутацию мудрого, так как многое понимает. Открыт новому опыту, выводит новое из старого. Любит решать задачи: как отталкиваясь от существующих знаний объяснить необъяснимое. Интеллектуальный диапазон – от глупого приверженца конспирологических теорий до самого проникательного мудреца. Мыслитель не перескажет содержание «Критики чистого разума», но разложит по полочкам главные идеи Канта, снабдит своими интерпретациями и сопоставит всё это с идеями его предшественников и последователей. Представители в философии: тысячи гигантов мысли от Платона до Мамардашвили.

Стихия выдумщика: пробелы в знаниях. Он восполняет их, выдумывая нужное для удовлетворения своих потребностей, в том числе, познавательных (ангелы/демоны, рай/ад, пространство/время, темная материя/энергия и всё остальное, что есть в мире). Выдумщик не признает авторитетов, не «уважает» правила, отличается неважной памятью. Имеет репутацию чудака, так как утверждает странные вещи. Открыт новому опыту, так как не ценит старый. Новое не выводит из старого (которое к тому же плохо помнит), но «высасывает из пальца», решая задачи обратного инжиниринга: как должен быть устроен мир, чтобы происходящее в нем стало ему понятно. В стабильные времена поступательного цивилизационного развития его ценность невелика: невинные выдумки даже не критикуются, а просто игнорируются. Особо дерзкие же – могут стоять ему жизни. Ценность В-интеллекта резко возрастает в периоды кризиса знаний: успешный выдумщик меняет мир. Интеллектуальный диапазон – от глупого псевдолога/мифомана до нобелевского лауреата. Представители в философии: сотни великих умов от «великого путаника» (Б. Рассел) Аристотеля до Витгенштейна (с его «я не читал Аристотеля»).

Эрудит жонглирует цитатами, мыслитель – эпиграфами, выдумщик – афоризмами. На сотню эрудитов приходится один мыслитель, на сотню мыслителей – один выдумщик. Каждое время диктует свои условия, благоприятствующие процветанию того или иного

интеллектуального амплуа. Наше время, пронизанное всеобщим кризисом понимания (чем больше узнаем, тем меньше понимаем), неумолимо меняет форму интеллектуального треугольника человека, расширяя угол «В» и сужая угол «Э» (всё менее востребованный). Угол «М», вероятнее всего, также будет расширяться, оставляя еще меньше Э-пространства: выдумщику нужен мыслитель для защиты от армии эрудитов. Обладатели «нового ума» уже выглядят менее умными и более странными в сравнении с эталонными показателями старой нормы. Уже слышны тревожные прогнозы о всеобщем поглупении человечества, приводятся инструментальные подтверждения, полученные в ходе психологических исследований: средняя площадь треугольника уменьшается! Конечно, уменьшается, если углы измерены неверно. Угол Э клинический психолог оценит наиболее точно и зафиксирует его уменьшение. С углом М заметно сложнее, но это полбеда. Настоящая беда – в отсутствии надежных инструментов для измерения угла В, поэтому его увеличение останется незамеченным! Для надежной оценки интеллекта нужен инструмент, позволяющий точно определить 1) площадь треугольника и 2) соотношение его углов. Но где его взять? Очевидно, у выдумщика.

Докукина Т.В., Быченко И.В.

ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЙ РАЗВИТИЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

РНПЦ психического здоровья,
Минск, Беларусь
polak0208@mail.ru, ugvmc@mail.ru

Ключевые слова: соматоформные расстройства, тип поведенческой активности, поведенческий тип А, факторы, развитие

Dokukina T., Bichenko I.

TYPE OF BEHAVIORAL ACTIVITY AS A PSYCHOLOGICAL FACTOR CAUSING THE DEVELOPMENT OF SOMATOFORM DISORDERS

Republican Scientific and Practical Center of Mental Health,
Minsk, Belarus
polak0208@mail.ru, ugvmc@mail.ru

Keywords: somatoform disorders, type of behavioral activity, behavioral type A, factors, development

Введение. Актуальность исследований в области изучения соматоформных расстройств, обусловлена высокой распространенностью среди пациентов первичной медицинской помощи, сложностью их диагностики и лечения, медико-социальными последствиями и высокими экономическими затратами в области здравоохранения. Для соматоформных расстройств характерно наличие повторяющихся соматических симптомов, предполагающих возможность развития соматического расстройства, которое не подтверждается объективными данными медицинских обследований [1]. Соматические расстройства, которые имеются у пациента, не могут объяснить причины и выраженности предъявляемых симптомов. В основе соматоформных расстройств лежат социально-психологические факторы, которые могут быть представлены в форме конфликта, неразрешенных проблем на работе, напряженных, стрессовых ситуаций в семье и т.д. [2].

Одним из психологических факторов развития соматоформных расстройств выделяют тип поведенческой активности [3;4]. Доказано, что личность типа А увеличивает риск ишемической болезни сердца, а личность типа D связана с неблагоприятными сердечными событиями и сердечно-сосудистыми исходами [4]. Люди с поведенческим типом А отличаются выраженным стремлением к достижению успеха, склонность к соперничеству, нетерпеливость, враждебность, настроенных бороться за достижение большего за меньшее

время [3;4]. Для людей типа D характерно сочетание негативной возбудимости и социального подавления [5]. Остается открытым вопрос об особенностях выраженности и проявления типа поведенческой активности у пациентов с соматоформными расстройствами, изучения причин их формирования и развития.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 125 респондентов. Выборка была разделена на основную (ОГ) и контрольную группы (КГ). В ОГ вошли пациенты с диагнозом соматоформное расстройство (F45), в КГ были включены потенциально здоровые люди, не имеющие психиатрического диагноза. Средний возраст исследуемых обеих групп составил $38,1 \pm 1,27$ лет. В ОГ средний возраст респондентов составил $41,67 \pm 2,54$ лет, у респондентов из КГ составил $36,5 \pm 1,42$ лет. Статистически значимых отличий по показателям возраста между ОГ и КГ не выявлено ($F=3,647$; $p=0,58$). В исследуемой выборке приняло участие 72,8% женщин (Ж) и 27,2% мужчин (М). Статистически значимых отличий по долевого распределению субъектов в ОГ и КГ в зависимости от гендерного фактора выявлено не было ($\chi^2=2,17$; $p=0,141$). Соотношение мужчин и женщин выглядело следующим образом: в ОГ - 64,1% (Ж) и 35,9% (М), в КГ - 76,7% (Ж) и 23,3% (М). Демографические сведения о пациентах были собраны посредством структурированного интервью. Верификация диагноза (F45) производилась в соответствии с исследовательскими критериями МКБ-10. Для верификации психического состояния применялось структурированное клиническое психиатрическое интервью. Критерии исключения:

5. Выраженные когнитивные нарушения и интеллектуальная недостаточность.
6. Острые и хронические психические и поведенческие расстройства.
7. Период обострения хронических соматических заболеваний.
8. Отчетливые признаки установочного поведения.

Для проведения исследования был использован следующий перечень методов и методик: авторская анкета для изучения социальных факторов; Гиссенский опросник психосоматических жалоб (Абабков В.А., Бабин С.М.); Международная классификация болезней 10 пересмотра; методика «Тип поведенческой активности» (Вассерман Л.И., Гуменюк Н.В.). Статистическая обработка результатов производилась с помощью программы SPSS-23.0. Статистическая значимость различий принималась при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Для изучения выраженности типа поведенческой активности в группах использовали данные опросника «Тип поведенческой активности». С помощью однофакторного дисперсионного анализа выявили среднегрупповые различия между ОГ и КГ по данным опросника. В результате обработки получили статистически достоверные различия в выраженности типа поведенческой активности (ТПА) по опроснику: ОГ = $355,69 \pm 16,02$; КГ = $426,83 \pm 6,08$ ($F = 25,67$; $p = 0,000001$). Полученные среднегрупповые значения находятся в пределах промежуточного типа поведенческой активности АБ по данным опросника в ОГ и КГ. Для установления частоты встречаемости того/иного типа перекодировали переменную ТПА в соответствии с нормативными значениями опросника, где 0 – от 0 до 335 баллов (выраженный тип А и тенденция к типу А), 1 – от 336 до 459 баллов (промежуточный тип АБ), 2 – от 460 и выше (тенденция к типу Б и выраженный тип Б). С помощью частотного анализа были получены следующие значения частоты встречаемости типов поведенческой активности в исследуемых группах: выраженный тип А и тенденция к типу А в ОГ имели 38,5% по сравнению с КГ 2,3% респондентов; промежуточный тип АБ в ОГ – 43,6%, в КГ – 72,1%; тенденция к типу Б и выраженный тип Б в ОГ – 17,9%, в КГ – 25,6% респондентов ($\chi^2=29,89$; $p < 0,001$). Исходя из частотного анализа видно, что респонденты из ОГ по сравнению с КГ имели поведенческий тип активности А и склонность к данному типу намного чаще. Респонденты из КГ чаще имели промежуточный тип поведенческой активности АБ.

Для установления взаимосвязи типа поведенческой активности с предъявляемыми жалобами произвели корреляционный анализ полученных данных «Гиссенского опросника психосоматических жалоб» и методики «Тип поведенческой активности» в ОГ. В результате корреляционного анализа была установлена обратная умеренная связь уровня поведенческой активности со шкалой «Интенсивность жалоб» ($r = -0,41$; $p = 0,010$). Чем более высокая

интенсивность предъявления жалоб, тем выше вероятность получить тип поведенческой активности по типу А.

Среди социальных факторов, оказывающих влияние на поведенческий тип А в ОГ были выявлены взаимоотношения с матерью в детстве (35,7% имели безразличные отношения, 28,6% - конфликтные, 28,6% - гиперопеку со стороны матери и 7,1% имели доверительные отношения ($p=0,045$ с применением точного критерия Фишера)) и взаимоотношения с отцом в детстве (64,3% - безразличные, 28,6% - конфликтные, 7,1% - доверительные отношения ($p=0,003$ с применением точного критерия Фишера)). Неудовлетворенность доходом и состав семьи имели влияние на склонность поведенческого типа А у респондентов из ОГ: 86,7% отмечали отсутствие удовлетворенности доходом, по сравнению с респондентами, которые были удовлетворены доходом – 13,3% ($p=0,000158$ с применением точного критерия Фишера)); 53,3% воспитывались единственным ребенком в семье, 40% имели брата/сестру и 6,7% воспитывались в многодетной семье ($p=0,047$ с применением точного критерия Фишера)).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о значимой разнице типа поведенческой активности у пациентов с соматоформными расстройствами и здоровыми людьми. Для пациентов с соматоформными расстройствами характерна склонность и выраженность к поведенческому типу А. Поведенческая активность по типу А оказывает значимое влияние на предъявляемые соматические жалобы. Социальные факторы являются предикторами, влияющими на формирование поведенческого типа А у пациентов с соматоформными расстройствами. Полученные данные следует учитывать при проведении диагностики и последующего лечения у пациентов с соматоформными расстройствами.

Литература

8. Байкова, И.А. Психосоматические расстройства (классификация, клиника, диагностика, лечение). – Минск, 1999. – 21 с.
9. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2010. – 592 с.
10. Фролова, Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья. – Минск: ЕГУ, 2003. – 172 с.
11. Cosci, F. Assessment of personality in psychosomatic medicine: current concepts // *Adv Psychosom Med.* – 2012. – Vol. 32. – P. 133-159.
12. Сумин, А.Н., Щеглова, А.В. Концепция типа личности Д — это компонент в формировании персонифицированного подхода или прогностический фактор при лечении сердечно-сосудистых заболеваний? // *Российский кардиологический журнал.* – 2020. - №25. – С. 83-91.

Кравченко Н.Е., Сутина О.А.

К ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У СТРАДАЮЩИХ ОНКОПАТОЛОГИЕЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Российская Федерация
kravchenkone@mail.ru

Ключевые слова: онкопедиатрия, психологические и психопатологические реакции

Kravchenko N.E., Suetina O.A.

TO THE PROBLEM OF PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL REACTIONS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS SUFFERING FROM ONCOPATHOLOGY

Mental Health Research Center, Moscow, Russia
kravchenkone@mail.ru

Keywords: oncopediatrics, psychological and psychopathological reactions

Введение. Детским онкологам зачастую приходится иметь дело с трудными проблемами, происхождение которых может быть обусловлено не только тяжелым соматическим недугом, лечением которого они занимаются, но и другими причинами. Собственно факт госпитализации может восприниматься как фактор тяжелого психоэмоционального стресса [1,2]. Широко применяемые в онкопедиатрии кортикостероидные и химиотерапевтические препараты, лучевая терапия, воздействующие на активно пролиферирующие клетки злокачественных опухолей, нередко вызывают нежелательные эффекты, возникающие как в соматической, так и в психической сферах.

Цель работы – получение данных о расстройствах, наблюдающихся у детей и подростков в процессе лечения онкологического заболевания, в развитии которых участвуют психологические и психопатологические механизмы.

Материал и методы: пациенты от 3 до 17 лет, госпитализированные в НИИ ДОГ РОНЦ ФГБУ «НМИЦ им. Н.Н. Блохина» по поводу различных форм злокачественных новообразований обследованные клинико-психопатологическим методом.

Результаты. Одними из частых феноменов, в частности, в ходе тяжелого противоопухолевого лечения являются нарушения поведения, страхи, расстройства настроения и пищевого поведения. В формировании этих состояний могут соучаствовать психологические и психопатологические механизмы. Так у некоторых маленьких пациентов, чаще дошкольного или младшего школьного возраста, возникающие в процессе лечения основного заболевания расстройства поведения (в виде протеста, непослушания, словесной и физической агрессии) являются компонентом тревожно-фобической реакции, соответствующей по клиническим проявлениям рубрике МКБ 10 – «Расстройства адаптации». В основе этих нарушений лежат психологические механизмы – стремление изменить актуальную ситуацию фрустрации – убежать от страха, боли, эмоционального дискомфорта. Схожие расстройства поведения у подростков 13-17 лет с отказом от соблюдения ограничений и предписаний врача, выраженной раздражительностью, подчеркнутым нежеланием общения со старшими членами семьи и медперсоналом, игнорированием возможных тяжелых последствий онкологического заболевания также являются компонентом полиморфного реактивного образования – психопатоподобного депрессивного эквивалента. Но в этих случаях девиации поведения вторичны по отношению к существующему и определяющему состоянию подростка психическому нарушению – депрессивному расстройству настроения, связанному с неумением смириться с болезнью и строить свою дальнейшую жизнь в зависимости от состояния здоровья. В противоположность этому, грубые поведенческие девиации с гневливостью, гетеро- и аутоагрессией, тоскливо-злым настроением нередко можно наблюдать во время терапии кортикостероидами, занимающими значимое место в арсенале средств лечения онкогематологических заболеваний. А собственно депрессивно-дисфорический психопатологический синдром в большей степени обусловлен изменением гормонального фона, а не психологически понятной психогенной реакцией.

К имеющим психологическую основу нарушениям можно отнести и расстройства пищевого поведения, возникающие у детей на фоне развившегося в процессе химиотерапии мукозита, основным проявлением которого является поражение слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта. Отказ от приема пищи в связи с частой рвотой, выраженными болевыми ощущениями, страх глотания, дефекации являются стержневыми в клинической картине. У таких больных страх приема пищи мог сохраняться даже после полной редукции симптомов мукозита. Психогенная реакция как бы «отрывалась» от его вызвавшего соматического недуга, развиваясь в соответствии с законами динамики психогении. Данный психопатологический синдром можно рассматривать как своеобразную нозогенную реакцию детского возраста, развитие которой определяется прежде всего непосредственным осложнением химиотерапии, но в основе которой лежит психологический невротический механизм. Подобные расстройства пищевого поведения могли развиваться у подростков, но наиболее часто наблюдались у маленьких детей дошкольного возраста с особенностями характерологического склада – сочетанием тревожности и истеро-демонстративных черт. Как

показано в исследовании Н.В. Клипининой [1] негативный опыт, связанный с переживанием боли может усиливать ответ ребенка на болевые стимулы, заставляя избегать повторяющиеся «опасные» ситуации.

Для лечения подобных нарушений эффективными оказывались психотерапевтические методы, а также разрешенные у детей и подростков противотревожные, антидепрессивные и мягкие нейролептические средства. Положительный терапевтический ответ с практически полной редукцией имеющихся расстройств наблюдался при использовании малых доз уже в первые дни после назначения препаратов.

Выводы. В заключение можно отметить, что лежащие в основе психогенных образований психологические механизмы, определяющиеся ресурсами личности, диктуют необходимость совместного участия психологов и психиатров при лечении этих состояний. Адекватно подобранные методы терапии в значительной мере могут облегчить состояние и лечение детей и подростков с онкологическими заболеваниями.

Литература

1. Клипинина Н.В. Некоторые особенности восприятия и переживания боли детьми: взгляд психолога. Русский медицинский журнал. Спецвыпуск «Мать и дитя. Педиатрия» 2007, т.№15, с.3-7

2. Рябова Т.В., Клипинина Н.В., Никольская Н.С., Шуткова Е.С., Стефаненко Е.А., Хаин А.Е. Эмоциональный дистресс и субъективно значимые трудности у подростков с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями, проходящих химиотерапию, и их матерей // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 1. С. 92—111. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290106>.

Макаренко С.Л.

О НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ МЕТОДИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕШЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ МЕДИЦИНСКИМИ ПСИХОЛОГАМИ

РКПБ им. В.М. Бехтерева МЗ РТ, КГМУ,
Казань, Россия
makarenko_sl@bk.ru

Ключевые слова: тест Векслера, психические расстройства

Makarenko S.L.

ON UNSATISFACTORY METHODOLOGICAL SUPPORT FOR SOLVING PRACTICAL PROBLEMS OF CLINICAL PSYCHOLOGISTS

Hospital named after V.M.Bekhterev, KGMU,
Kazan, Russia

Keywords Test Wechsler, mental diseases

Одной из частых задач практической деятельности медицинского психолога в психиатрической службе является оценка интеллекта по тесту Векслера. Необходимость тестирования продиктована требованиями, закрепленными в соответствующих Приказах Минздравсоцразвития России от 2012г. к «Стандартам специализированной медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Диагностика уровня интеллекта методом тестирования предусмотрена при диагностике различных нозологических форм психических расстройств, как взрослых, так и детей, в частности умственной отсталости. На показателях IQ основано разграничение «легкой» (IQ-до70), «умеренной» (IQ- 35-50), «тяжелой» (IQ-20-35), «глубокой» _ (IQ- менее20) умственной отсталости. В соответствии со Стандартами медицинской помощи при психических расстройствах «тестирование, консультация» медицинского психолога включена при всех формах психических расстройств. В регламентирующих документах при установлении группы инвалидности, также при

экспертизе годности к воинской службе указан тест Векслера, как методический инструментальный определения уровня интеллекта (2).

С этих позиций становится понятным, что медицинские психологи, работающие по тесту Векслера, детскому (3) и взрослому (1) вариантам, делают это вынуждено. Тест с историко-культуральной точки зрения не удовлетворяет требованиям актуальности, валидности, стандартизации. Нет необходимости пояснять, что русскоязычные версии, стандартизованные и валидизированные в 70-е года 20 века, не могут соответствовать текущему времени и реалиям, культуральному и языковому разнообразию населения. Тем не менее указанный тест прописан в регламентирующих документах по диагностике психических расстройств, что создает условия не для предотвращения диагностических ошибок, а их умножения, влекущих личные и социальные последствия для пациентов. Здесь следует указать, что Зейгарник Б.В. и Рубинштейн С.Я., как классики отечественной патопсихологии, в своих книгах, посвященных экспериментальной патопсихологии, методическому и методологическому подходам к исследованию психически больных для решения задач дифференциальной диагностики, писали, что главным принципом экспериментального исследования является качественный подход в оценке деятельности больного: «...существенно не то, сколько процентов задач выполнено... главными являются качественные показатели...», «лишь в отдельных случаях сохраняет значение измерительный характер исследования: при анализе утомляемости, психического и моторного темпа» (с.35). В предисловии к книге Рубинштейн С.Я. «Экспериментальные методики патопсихологии», 1970 проф. Д.Д.Федотов вторит: «...теряют свое значение измеряемые тестами коэффициенты вербального и невербального интеллекта, показатели величины так называемой механической и логической памяти и т.д.» (4, с.14).

Психологи ждут в своей работе по психодиагностике действительного комплексирования с другими специалистами и надеются на компетентное взаимодействие специалистов психологов и медиков при формировании документов, регламентирующих их практическую работу. Кроме того, необходимо фактическое обновление методического инструментария, соответствующего решаемым задачам.

Литература

1. Гильяшева И.Н. Практическое использование адаптированного теста интеллекта в клинике нервно-психических заболеваний. Методич. рекомендации. – Л.1987.
2. Диагностика и военно-врачебная экспертиза умственной отсталости. Пособие для врачей. М.2002.
3. Панасюк А.Ю. Детский адаптированный вариант методики Векслера. -М.1973.
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. 1970. М.

Пономарева Е.В., Рощина И.Ф.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ (МСІ)

ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ,
Москва, Россия

Ключевые слова: когнитивные функции, синдром мягкого когнитивного снижения

Ponomareva E.V., Roshchina I.F.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL STUDY OF COGNITIVE FUNCTIONS IN PATIENTS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI)

MHRC, MSUPE,
Moscow, Russia

Keywords: cognitive function, mild cognitive decline syndrome

Введение. Современное состояние исследований и научно-практических разработок в геронтологии и гериатрии характеризуется направленностью на раннюю диагностику и превентивную терапию додементных когнитивных расстройств. В этом контексте задача идентификации проявлений прогрессирующего когнитивного дефицита и отграничение этих состояний от когнитивного снижения непрогредиентного характера приобретает особую актуальность и практическую значимость. Создана исследовательская концепция «mild cognitive impairment» (МСИ - мягкое когнитивное снижение) для диагностического выделения категории пациентов с таким ухудшением когнитивных функций, которое представляет собой промежуточную стадию между возрастной нормой и деменцией [1]. Установлено, что ежегодно 10-15% пожилых лиц с синдромом МСИ получают диагноз деменции, а за 6 лет до 80% таких пациентов переходят на стадию деменции [2]. Лица с амнестическим вариантом синдрома мягкого когнитивного снижения (amnesic Mild Cognitive Impairment - аМСИ) рассматриваются как группа высокого риска развития деменции, обусловленной БА. В связи с неуклонно растущей популяцией больных БА [3], которая по прогнозу экспертов ADI (Alzheimer's Disease International, 2015) угрожает к 2050 году достигнуть размеров эпидемии, задача разработки мер профилактики БА выдвинулась на одно из первых мест по своей медико-социальной значимости.

Цель работы – комплексная клинико-психологическая диагностика динамики когнитивной сферы у когорты пожилых лиц с синдромом мягкого когнитивного снижения амнестического типа (а-МКС).

Материал и методы исследования. Исследована когорта из 252 пациентов с амнестическим вариантом синдрома мягкого когнитивного снижения (а-МКС), находившаяся на амбулаторном наблюдении в течение 3 лет в отделе гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Группа состояла из 150 женщин и 102 мужчин (59,5% и 40,5% соответственно) в возрасте от 50 до 93 лет (средний возраст $67,0 \pm 10,3$ лет). Диагностика соответствовала современным критериям диагностики синдрома МКС, разработанными Международной рабочей группой и Национальным институтом старения, США (с оценкой по шкале CDR – 0,5 и по шкале MMSE 26-30 баллов). В зависимости от клинического типа а-МСИ все включенные в исследование пациенты были разделены на амнестический монофункциональный (АМФ) – 111 пациентов (44,0%) и амнестический полифункциональный вариант (АПФ) – 141 пациент (56%), которые значимо не отличались по возрастным, гендерным характеристикам и по уровню образования.

Методы. 1. Клинико-катамнестический метод с оценкой динамики когнитивного статуса через 3 года, 3. Психометрический метод (MMSE; MoCA; FAB; CDT – Clock Drawing Test; BNT- Boston Naming Test; тест запоминания 10 слов (А.Р. Лурия, 1963); субтест теста Векслера - повторение цифр в прямом порядке и в обратном порядке; BVRT - Benton Visual Retention Test; Тест Мюнстерберга; шкале депрессии Гамильтона; шкала MFI-20 - Multidimensional Fatigue Inventory), 4. Комплексное нейропсихологическое исследование, 5. МРТ- головного мозга.

Результаты. После включения в когорту наблюдения все пациенты были обследованы клинико-катамнестическим методом с оценкой динамики когнитивного статуса через 3 года. В зависимости от его результатов пациентов разделили на 4 группы. Пациенты в группах не различались значимо по возрастным и гендерным характеристикам. В 1 группу вошли 67 пациентов (26,6 % от общего числа обследованных) с прогрессированием когнитивного дефицита до деменции или выраженным ухудшением когнитивных функций (по шкале MoCa ≥ 3 баллов). В этой группе значимо преобладали пациенты с АПФ (78,8%). 2 группу составили 30 пациентов (11,8%) с минимальным ухудшением когнитивных функций (по шкале MoCa < 3 баллов). 3 группа состояла из 108 пациентов (42,9%) со стабильным состоянием когнитивных функций (по шкале MoCA без динамики). В 4 группу вошли 47 пациентов (18,7%) с минимальным улучшением когнитивных функций (по шкале MoCa < 3 баллов). Имело место преобладание пациентов с АМФ во 2 и 4 группах, среди пациентов 3 группы соотношение пациентов с АПФ и АМФ было практически равным (51,9% и 48,1).

При сравнении исходных психометрических показателей достоверных различий между группами получено не было. У всех пациентов исходно оценивались также некогнитивные и поведенческие симптомы. Значимо более высокие оценки по шкале депрессии Гамильтона оказались у пациентов 1 и 2 групп (с разной степенью ухудшения) по сравнению с улучшившимися результатами у 4 группы ($1,8 \pm 1,6 / 1,7 \pm 3,5$ баллов). Оценка тревоги по шкале Гамильтона также выявила значимые различия между первой/второй и третьей/четвертой группами ($1,8 \pm 1,4 / 1,5 \pm 3,2$ и $0,5 \pm 1,2 / 0,3 \pm 0,7$ баллов). Анализ показателей по гериатрическому опроснику депрессии (GDS) не показал значимых различий между группами, однако, наибольшие показатели были выявлены у пациентов 1 группы и наименьшие – у четвертой ($4,9 \pm 2,6$ и $4,2 \pm 1,9$ баллов). К началу исследования все показатели астении по шкале MFI-20 были значимо более высокими у пациентов 1 группы по сравнению с аналогичными показателями у пациентов 4 группы ($46,2 \pm 7,7$ и $12,4 \pm 8,2$ баллов). Присутствие некогнитивных симптомов в структуре синдрома aMCI, особенно симптомов депрессии и тревоги, а также апатии, достоверно коррелировало с выраженным и минимальным ухудшением в анамнезе по сравнению с аналогичными показателями у пациентов с выраженным улучшением.

Результаты комплексного нейропсихологического обследования пациентов 1 группы показали, что первичная оценка когнитивных функций указывала на сочетание снижения нейродинамических параметров психической активности (симптомы со стороны глубинных структур мозга) и недостаточности произвольной регуляции психической деятельности (недостаточность лобных систем мозга) [4]. У пациентов 2 группы наблюдался нейропсихологический вариант нормального старения с усилением недостаточности нейродинамических характеристик деятельности. Нейропсихологическая диагностика пациентов 3 и 4 групп показала, что когнитивный статус этих пациентов можно рассматривать в рамках «пространственного» варианта нормального старения (дефициты симультанности в переработке информации) в сочетании с легкой недостаточностью отсроченного воспроизведения вербальных стимулов [5,6].

Заключение. Полученные результаты клинико-психологической катамнестической диагностики когорты пациентов с амнестическим вариантом синдрома мягкого когнитивного снижения показали важность комплексной диагностики когнитивной и некогнитивной сферы для проведения персонифицированной терапии и разработки когнитивной стимуляции (тренинга) в работе клиницистов и психологов с пациентами позднего возраста с разными вариантами мнестико-интеллектуального снижения.

Литература

1. Grundman M, Petersen RC, Ferris SH, et al. (2004). "Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer disease and normal aging for clinical trials". Arch. Neurol. 61 (1): 59–66. doi:10.1001/archneur.61.1.59
2. Petersen RC. "Mild Cognitive Impairment". Continuum (Minneapolis, Minn) (Review), 2016 Apr; 22 (2): 404–18. doi:10.1212/CON.0000000000000313.
3. Michaud TL, Su D., Siahpush M., Murman DL. The Risk of Incident Mild Cognitive Impairment and Progression to Dementia Considering Mild Cognitive Impairment Subtypes. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2017 Feb 2;7(1):15-29. doi: 10.1159/000452486.
4. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 3-4. С.4-8.
5. Корсакова Н.К. Типология нормального старения и факторы риска декомпенсации: нейропсихологический подход. «Нейрореабилитация - 2011». Материалы III-го Международного конгресса. М. 2011. С.77-78.
6. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Когнитивные функции при нормальном и патологическом старении (глава в монографии). «Нейродегенеративные заболевания». Фундаментальные и прикладные аспекты. Под ред. Акад. М.В.Угрюмова. // М. Наука. – 2010. – Ч. 2, гл. 4. – С. 304-312.

Рощина И.Ф., Осипова Н.Г., Сюняков Т.С., Андрищенко А.В., Курмышев М.В., Савилов В.Б.

ОЦЕНКА ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С МЯГКИМ КОГНИТИВНЫМ СНИЖЕНИЕМ В ПРОЦЕССЕ НЕЙРОКОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ПКБ № 1 им. Н.А.Алексеева, ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ,
Москва, Россия

Ключевые слова: нейрокогнитивная реабилитация, мягкое когнитивное снижение, нейропсихологическое исследование

Roshchina I.F., Osipova N.G., Syunyakov T.S., Andryushchenko A.V., Kurmyshev M.V., Savilov V.B.

ASSESSMENT OF HIGHER MENTAL FUNCTIONS IN PATIENTS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT DURING NEUROCOGNITIVE REHABILITATION

PCH №1 named after N.A. Alekseev,
Mental Health Research Center, MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: neurocognitive rehabilitation, mild cognitive impairment, neuropsychological research

Исследование поддержано грантом РФФИ № 20-04-60546 «Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье пожилых людей: разработка методологии цифрового мониторинга».

Введение. В последние десятилетия наблюдается возрастание интереса специалистов различных наук о человеке к проблемам изменений психической деятельности при нормальном (физиологическом) и патологическом старении, увеличивается число публикаций по проблемам старения, возникают новые научные направления, вводятся новые научные понятия и термины, такие как «нейрогеронтопсихология», «возрастные симптомы», «нейрокогнитивный дефицит», «нейрокогнитивная реабилитация» и др. Среди комплекса задач, которые стоят перед специалистами – клиницистами и клиническими психологами, можно выделить задачи разработки программ коррекции непатологических особенностей психической деятельности пожилых людей, а также проведение когнитивной стимуляции в работе с пациентами при различных вариантах мнестико-интеллектуального снижения, в том числе при деменции (3,4,5). Цели когнитивной стимуляции в процессе нейрореабилитации в работе с пациентами позднего возраста при синдроме мягкого когнитивного снижения (МСИ) – сохранение и развитие когнитивных функций и компенсаторных возможностей в психической деятельности, профилактика мнестико-интеллектуального снижения (3).

В январе 2016 года открылось первое в РФ специализированное медико-реабилитационное отделение «Клиника памяти», работа которой осуществляется в рамках государственного задания, определяемого Департаментом здравоохранения города Москвы. «Клиника памяти» является медико-реабилитационным центром дневного пребывания для людей пожилого возраста с начальными проявлениями когнитивного дефицита – мягкого когнитивного снижения (МСИ). Цель работы «Клиники памяти» - сохранение когнитивного здоровья и профилактика деменции в позднем возрасте и улучшение качества жизни пожилых людей и членов их семей.

Цель исследования - нейропсихологическая оценка динамики когнитивной сферы у когорты пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения до и после процесса нейрореабилитации («Клиника памяти», ул. Палиха 3, стр.3). Программа нейрокогнитивной реабилитации проводилась с октября 2020 по май 2021 г. Продолжительность программы – 6 недель. Особенностью исследования явилось то, что нейрореабилитация проводилась в сложных условиях пандемии COVID-19. Первичная нейропсихологическая диагностика

осуществлялось перед программой нейрокогнитивной реабилитации (0 день), обследование в динамике – по окончании 6-й недели программы.

Материал и методы исследования. Обследована когорта пациентов с синдромом мягкого снижения (МСИ -шифр по МКБ-10 – F06.7) - 114 человек в возрасте от 56 до 88 лет, средний возраст - 72,9, 107 жен. (93,8%) и 7 муж. (6,1%). Все обследованные были правшами. Методы исследования: 1. Клинико-психопатологический (клиническая карта обследуемого - клиническая и психопатологическая оценка состояния пациента), 2. Нейропсихологический - «Экспресс-методика исследования когнитивных функций» в позднем возрасте (4). Методика направлена на комплексную дифференцированную оценку различных составляющих когнитивной сферы, которые наиболее уязвимы при мягком когнитивном снижении в позднем возрасте. 3. Психометрический (MMSE и MoCA), 4. Статистический.

Результаты. Особенностью работы «Клиники памяти» в условиях пандемии COVID-19 было изменение стандартного режима посещения участниками групп программы нейрореабилитации. Участники групп посещали очные тренинги 1 раз в неделю. При этом сохранялся принцип комплексной стимуляции различных параметров когнитивной сферы участников программы. После каждого занятия участник получал методическое пособие для самостоятельной работы для продолжения тренинга когнитивной сферы. На очных занятиях осуществлялась проверка и обсуждение результатов самостоятельной работы и проводилась программа когнитивной стимуляции различных параметров психической деятельности.

Результаты оценки когнитивной сферы у обследованной когорты пожилых людей до и после программы нейрокогнитивной реабилитации с помощью методик MMSE и MoCA показали значимое улучшение по общему баллу обеих методик. Результаты нейропсихологической оценки высших психических функций до и после программы нейрокогнитивной реабилитации обнаружили значимое улучшение следующих параметров психической деятельности: кинетической организации праксиса (динамический праксис), увеличение объёма непосредственного запоминания зрительных стимулов, улучшение самостоятельного программирования вербального мышления. При этом обнаружено и значимое улучшение когнитивной сферы по общему баллу методики. Важным итогом нейрокогнитивной реабилитации стало значимое улучшение таких регуляторных параметров психической деятельности, как нейродинамика (уменьшение истощаемости и увеличение продуктивности), а также произвольной регуляции деятельности (улучшение речевой регуляции и повышение контроля за протеканием деятельности).

Резюме. Динамическое нейропсихологическое исследование показало эффективность программы нейрокогнитивной реабилитации для пожилых людей с мягким когнитивным снижением, проводимом в «Клинике памяти» в период пандемии COVID-19. Большинство пациентов когорты дали высокую оценку программе когнитивной реабилитации, а многие из них выразили желание продолжать заниматься в «Клинике памяти».

Литература

1. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Когнитивные функции при нормальном и патологическом старении (глава в монографии). «Нейродегенеративные заболевания». Фундаментальные и прикладные аспекты. Под ред. Акад. М.В.Угрюмова. // М. Наука. – 2010. – Ч. 2, гл. 4. – С. 304-312.
2. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. Том 109. № 2. С. 44-50.
3. Психосоциальная терапия и нейрокогнитивная реабилитация пациентов пожилого возраста с когнитивными расстройствами. Структурно-функциональная модель реабилитационной программы «Клиника памяти» / под ред. Г.П.Костюка. – М. : «КДУ», 2019.-332с.
4. Spector A., Orrell M., Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia // International journal of Geriatric Psychiatry. 2010; 25 (12): 1253-1258.

5. Streater A., Spector A., Aquirre E., Woods R. et al. Maintenance cognitive stimulation therapy (GST) in practice study protocol for a randomized controlled trial // *Trials*. 2012; 13(91).

Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», МГППУ,
Москва, Россия

Ключевые слова: родственники пациентов с болезнью Альцгеймера (БА), клинико-психологическое исследование, когнитивная и аффективная сферы

Selezneva N.D., Roshchina I.F.

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF RELATIVES OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE CARING FOR THE PATIENT

MHRC, MSUPE,
Moscow, Russia

Keywords: relatives of patients with Alzheimer's disease (AD), clinical and psychological research, cognitive and affective spheres

Введение. Одним из наиболее тяжелых заболеваний пожилого и старческого возраста, причиной которого является нейродегенеративная церебральная патология, является болезнь Альцгеймера (БА), приводящая к глобальному нарушению высшей психической деятельности пациента. Бремя ухода за больными БА часто ложится на близких родственников пациента, требуя огромных эмоциональных и физических усилий, а также перестройки привычных взаимоотношений в семье. От родственников требуется организация постоянного контроля и ухода за больным, что сужает возможности собственной свободы остальных членов семьи и вынуждает к дополнительным материальным затратам. Родственники пациентов с БА проявляют индивидуальные возможности адаптироваться к новым сложным, травмирующим обстоятельствам жизни. В значительной мере психологическая атмосфера в семье определяется модусом аффективного состояния родственников больных БА.

Цель исследования состояла в выявлении аффективных деформаций, наблюдающихся у кровных родственников (детей, братьев и сестёр) пациентов с БА в условиях длительной психотравмирующей ситуации, возникающей в связи с необходимостью осуществления постоянного ухода и оказания помощи больному родственнику.

Обследованные родственники. Из 240 семей, в которых находились больные БА, для исследования были отобраны семьи, в которых ухаживающими лицами были дети и сибсы (сёстры и братья) пациентов с БА – 110 человек являлись детьми пробандов и 24 – сибсами (сестрами или братьями пробандов). Средний возраст группы в целом составил $47,6 \pm 12,4$ года (24-79 лет): у детей – $44,1 \pm 9,5$ года (24-74 года), у сибсов – $63,0 \pm 10,8$ года (33-79 лет).

Методы обследования: 1. Клинико-психопатологический метод с использованием формализованного инструмента клинической и психопатологической оценки состояния пожилых родственников: CGI (Clinical global impression scale), MMSE (Mini-Mental State Examination), MoCA (Montreal Cognitive Assessment); 2. Патопсихологическое исследование; 3. «Экспресс-методика исследования когнитивных функций» (Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф., 2009).

Результаты. При объективном клиническом обследовании у кровных родственников 1 степени родства больных БА выявлено значительное число психопатологических нарушений. Психорганический синдром (преимущественно церебрально-сосудистого генеза) диагностирован в 33,7% случаев (у 36,7% детей и 41,7% сибсов). Диагноз депрессивной реакции дезадаптации поставлен в 31,3% случаях (у 38,2% детей, 20,8% сибсов). У

значительной части обследованных выявлены когнитивные нарушения, не достигающие синдромального или нозологического уровня. Снижение концентрации внимания в статусе отмечалось в 36,9% случаев, различий между группами детей и sibсов по этому признаку не установлено. Трудности запоминания новой информации в общей группе родственников установлены в 34,4% случаев (у 33,9% детей и 37,5% sibсов), их продолжительность колебалась от 2 до 10 лет. Затруднения в воспроизведении событий отдалённого прошлого (в течение 2-10 последних лет к моменту обследования) отмечалось в общей группе в 13,1% случаев (у 11,3% детей и 25,0% sibсов). Астенические расстройства (пониженная работоспособность, повышенная утомляемость), обусловленные стрессом и значительной физической нагрузкой, необходимой для ухода за тяжело больным родственником, длящиеся от 1 до 10 лет, в группе в целом отмечались в 35,8% случаев. Симптомы раздражительной слабости обнаруживались в группе в целом у 53,7% обследованных (у 56,4% детей и 41,7% sibсов). Эмоциональная неустойчивость выявлена в 44,8% случаев, в т.ч. у 54,5% детей и у 41,7% sibсов. Симптомы депрессии встречались у 51,2% родственников (у 50,0% детей и 58,3% sibсов). Более чем в трети случаев (38,1%) обнаружена взаимосвязь этого симптома с неблагоприятной семейной ситуацией, обусловленной заболеванием пробанда. На готовность к тревожным реакциям указывали 44,0% обследованных из общей группы (45,4% детей и 37,5% sibсов). Фобии (в том числе альцгеймерофобия) выявлены в общей группе у большинства (68,7%) обследованных (у 69,1% детей и у 66,7% sibсов). Диссомнические расстройства встречались у 41,7% sibсов.

По данным клинико-психологического исследования, у пожилых родственников пациентов с БА наблюдались значимо более низкие показатели личностной и ситуативной тревожности и неустойчивость самооценки, а также такие особенности нейропсихологического статуса, как сниженные показатели кинетической и пространственной организации праксиса, дефицитарность конструктивной деятельности, дефицит кратковременной слухоречевой и зрительной памяти по параметрам объёма запоминания и тормозимости следов, а также снижение нейродинамических параметров деятельности и недостаточность произвольного внимания и контроля.

Резюме. Полученные результаты подтверждают данные исследований (1, 2, 3, 4) о том, что кровные родственники больных БА нуждаются в комплексной клинико-психологической поддержке в виде индивидуальной медикаментозной терапии, когнитивно-поведенческой психотерапии, направленной на снижение дефицитов в эмоциональной сфере, а также приемов стимуляции когнитивных функций – тренингов мнестико-интеллектуальной деятельности.

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. Jarvik L.F. and Brazer D. Children of Alzheimer parents: An Overview. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2005;18:181–186.
3. 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;4(4):285–290.
4. Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б., Гантман М.В., Коровайцева Г.И., Кунижева С.С., Рогаев Е.И. Психические нарушения когнитивного и некогнитивного спектра у родственников 1 степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2012;112(10):8–13.

Слоневский Ю.А.

КРИЗИС ПСИХОЛОГИИ. РОЛЬ ЛИЧНОСТИ В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОИСКЕ И СОТРУДНИЧЕСТВЕ

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия.
E-mail: slonevsky2012@yandex.ru

Ключевые слова: междисциплинарное сотрудничество, когнитивный диссонанс, психологическая поддержка, супервизия, событийно-тематический подход религиозное мировоззрение пациентов

Slonevskii Y.A.

CRISIS IN PSYCHOLOGY. THE ROLE OF PERSONALITY IN THE INTERDISCIPLINARY RESEARCH AND COOPERATION

Mental health research center,
Branch of specific forms of mental pathology,
Moscow, Russia

Keywords: interdisciplinary cooperation, cognitive dissonance, psychological support, supervision, event-thematic approach to patients with religious outlook

Роль личности Учителей в психологии. Итогом творческого взаимодействия Рубинштейн С.Я. и Зейгарник Б.В. стало не только создание патопсихологии, но и сообщества профессионалов-единомышленников. Ученый, Учитель, Сталкер – все это в равной мере относится к каждой из них. События последнего времени показали, что современная психология нуждается не только в стандартизации, в регламентировании работы психолога, но и в активизации процессов развития новых психологических направлений со своими программами обучения и супервизии. Есть необходимость осознать и проанализировать подлинный смысл и значение вклада людей, выбравших особый тип профессионального служения. Встреча с человеком, носителем качеств и способностей Ученого-Учителя-Сталкера, является благом для учеников и коллег по новой профессии. Формирование готовности и способности психологического сообщества к открытому конструктивному диалогу, к продолжительному ответственному междисциплинарному сотрудничеству требовало тогда и требует сегодня серьезных усилий, высокого уровня мотивации, широты мышления.

Обратимся к анализу уникального опыта патопсихологии и оценке ее роли в определении и решении ключевых проблем и задач «новой психологии» того периода³². Отметим, что это было время сознательного и свободного принятия некоторыми учеными функций учителя-наставника-сталкера, что позволяло им создавать для учеников безопасные условия для формирования их профессионального менталитета и чувства сопричастности к процессам творческого сотрудничества. Погружение в процессы овладения профессиональными знаниями проходило в условиях регулярного тематического междисциплинарного взаимодействия. Это предполагало наличие готовности и подготовленности к участию в открытом, искреннем рабочем диалоге с коллегами.

Жизнь принуждает современную психологию ко все более активному участию в проектах, требующих согласованного и ответственного взаимодействия коллег из разных областей и направлений. При этом можно констатировать, что даже в рамках самой психологии эффективное и конструктивное профессиональное сотрудничество не всегда возможно. Взаимопонимание может быть затруднено из-за разницы диагностических процедур, подходов к выбору систем оценок и интерпретаций. Зачастую дополнительных усилий требует повышение уровней доверия и мотивации к сотрудничеству с коллегами. Уровень

³² Имеется в виду период становления и развития патопсихологии в СССР

знания современной психологии о себе, о своих запросах и амбициях, о реальных возможностях своих многочисленных теорий и практик явно недостаточен. Перед ней стоит задача поиска и обозначения особых (системообразующих) жизненных тем, событий, пространств и направлений научно-практической деятельности. Желательно, чтобы при этом можно было проверить и испытать себя в иной ипостаси. Сегодня, как никогда прежде, важными и востребованными становятся рефлексивно-экспертная, прогностическая функции. Это позволяет ознакомиться с вариантами вызовов и испытаний в своей профессии, в том числе и с учетом готовности и способности к участию в междисциплинарном диалоге и сотрудничестве.

Иногда создается впечатление, что патопсихологи периода начального становления своей науки и практики, воспринимали себя не просто исследователями неизведанного, но были готовы еще становиться Сталкерами, считая важной и необходимой частью своего профессионального служения личное участие в процессах творческого приобщения других к удивительному миру психологического знания. Какими бы специальными направлениями профессиональной деятельности они ни занимались, их ученики и коллеги понимали, что они всегда остаются представителями особой школы жизненно ориентированной психологии личностного роста и развития! Мне и некоторым моим коллегам повезло стать участниками особого жизненного события. Заключалось оно в личной Встрече не просто с Ученым и Учителем, но с тем, кто был одновременно Наставником и Сталкером! Речь прежде всего идет о Сусанне Яковлевне Рубинштейн (1911-1990) и Блюме Вульфовне Зейгарник (1900-1088). Готовность постоянно быть сопричастными общему профессиональному поиску и откровенному диалогу сочеталась у них с потребностью и способностью сохранять неподдельный интерес к жизни и увлечениям коллег. Они ценили в них стремление к сохранению личностной суверенности и способности к свободному выбору своего пути. Не всем удается реализовать главный проект жизни и сохранить любовь и уважение коллег и учеников. Хочется подчеркнуть, что патопсихология того периода выполняла особую роль триггера для многих научно-практических начинаний.

Иногда кажется, что многое в современной психологии начинается не с оценки социальной значимости проекта, а с размышлений о возможностях выбора типа презентации его как привлекательного для потребителя продукта.

Возможно, что именно в настоящее, переломное время, психология снова нуждается в своих Учителях-Сталкерах, помогающих найти точки и вектора развития уникальных психологических проектов. Тех, что позволяют оперативно и адекватно ответить на внешние запросы и вызовы современности.

О кризисе современной психологии. Признание факта существования предпосылок к развитию серьезного системного кризиса в современной психологии имеет для нее важное прогностическое значение. Необходимы оценка его глубины и исследование форм проявления. Процесс согласованного поиска вариантов и путей его преодоления может рассматриваться как одно из основных условий перехода психологии в ситуации неопределенности, нестабильности, к новому этапу своего развития

Психология уверенно развивается и в то же время находится в процессе поиска решений, способных найти выход из ситуации неопределенности и теоретического застоя и тупика. Мы много внимания уделяем исследованию феномена системного когнитивного диссонанса. Приходится констатировать, что и в психологии он весьма широко распространен, проявляется в различных формах. Он выступает в качестве фактора, снижающего ее способности учитывать риски и ресурсы. Нарушено спонтанное, своевременное использование возможности всего ресурсного потенциала.

Для анализа истинного состояния дел в психологии можно использовать разрабатываемый нами³³ событийно-тематический подход. Новые формы взаимодействия позволяют проводить

³³ Научная группа особых форм психической патологии отдела юношеской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ

анализ с учетом изменений социального контекста, в этом отношении можно отметить и особый вклад пандемии в расширение возможностей специалистам для участия в открытом обсуждении тем и событий из жизни психологического сообщества. Многие участники онлайн семинаров впервые открывают для себя важность событийно-тематического метаанализа. Можно так же предположить, что все мы сталкиваемся с особыми формами профессионального образовательного диалога, в нем присутствуют и реализуются идеи супервизии. Особенно важно, что этот процесс не ограничивается рамками одной теории или практики. Именно это позволяет участникам психологических фестивалей и тематических обсуждений в формате круглых столов, исследовать современную психологию.

В настоящее время все более очевидным становится расхождение в оценках потенциала и перспектив развития психологической теории и практики. Возможности стагнации в сфере развития психологических теорий становятся реальностью. Не совсем понятны функции, которые могла бы выполнять на современном этапе интегративная теория, приемлемая для большинства. Возможно, именно она позволит начать исследование, оценку и освоение пространства современной психологии? И тогда появится новое знание о типах потенциала, вызовах и рисках. Психология сегодня проходит через череду испытаний как реальными, так и фантомными проблемами и вызовами. Она в поиске решений. Она на распутье. Она в состоянии кризиса. Однако, при этом она и востребована, и становится все более доступной. Сформировался и расширяется круг активных потребителей психологических знаний, умений и навыков. Нельзя не отметить, что современная психология действительно удобна для решения целого ряда жизненных задач, прежде всего «инструментальных». Ее практическое, массовое и по-своему весьма эффективное освоение набирает обороты во всех сферах жизни. Более того, представители психологического сообщества зачастую находятся в первых рядах активных и постоянных потребителей ее проектов и моделей. Весьма интересно и поучительно приглядеться к использованию профессионалами целого ряда психологических теорий либо в качестве модного бренда, либо как специфического средства для ускоренной адаптации в профессии, либо как просто удобного инструмента. Этот процесс превращения теории в инструмент распространен достаточно широко.

Кроме того, следует обратить внимание на еще один феномен. В бизнесе, политике, культуре, искусстве, сфере образования, досуга, да и в самой психологии, наблюдаются бум, ажиотаж в использовании модных подходов, ярких психологических категорий, понятий и выражений. Это создает иллюзию широкого и эффективного распространения психологической культуры и современных знаний.

Для «инструментальной» психологии привычным и удобным становится «игнорирование» многих важных и реальных социально-психологических вызовов. Сужаются так же возможности определения векторов своего собственного роста. Происходит недооценка значения для будущего психологии многих пространств и тем «неизбежного» междисциплинарного сотрудничества. Запускаются процессы выхолащивания, девальвации содержания целого ряда ценностно-смысловых, сущностных, системообразующих параметров психологии. Прежде всего тех, которые определяют возможность человека воспринимать мир объемно, непредвзято. Это позволяет ему оставаться субъектом собственной свободной, независимой и одновременно ответственной жизни.

В современном мире, где многое способствует возникновению в различных обстоятельствах феномена системного когнитивного диссонанса (ФСКД), психология и востребована, и одновременно бесполезна. В ней зачастую нет места любви, милосердию, благоговению перед чудесами и уникальностью этого «обычного» мира. Она не всегда способствует становлению эффективного и надситуативного мышления, способности к метаанализу и выделению ключевых (общих, а не локальных) проблем современного мира и человека.

Пришло время для обращения психологии к по-настоящему болевым проблемам современности, и к исследованию векторов, направлений и пространств своего собственного развития. Объективной оценке способствует обращение к проблематике, способной

выполнить для психологии экспертную функцию системного испытания. Современный человек мечется между фантомными и реальными проблемами в различных сферах и темах собственной и общественной жизни. Выбор направления и мотивации к действию часто затруднен. Во многом из-за легкости возникновения ФСКД. Однако, широкодоступным стало использование различных вариантов полевого поведения. Например, поспешного действия, эпатажного, провокативного, псевдопротестного. Ничто не меняется даже ссылкой на осознанный выбор своего права на самореализацию. «Я не конформист!».

Об опыте психологической работы в религиозной тематике. Настоящей проверкой возможностей современной психологии к междисциплинарному сотрудничеству является признание места и роли религиозной тематики. Неизбежность обращения к более глубокому пониманию места и значения религиозной тематики в психиатрии, в патопсихологии очевидна, такая возможность есть и реализуется в работе группы по изучению особых форм психической патологии. Существуют специфические проблемы в выборе дизайна научно-практического исследования в клинике эндогенных расстройств с религиозной фабулой бредовых переживаний. Эта работа не может быть ограничена только исследовательскими целями и задачами. Она, как правило, обязательно сопровождается комплексом мер персонифицированной междисциплинарной помощи и поддержки больных этой группы. Невозможно переоценить значимость углубленного изучения психопатологических переживаний. Важна интегративная оценка степени их зависимости или независимости от социального контекста, от процессов формирования и проявления того или иного типа индивидуальной религиозности. Представление о спектре психических состояний, о динамике их изменений нуждается в постоянном уточнении. Процессы регулярного психодиагностического мониторинга за изменением различных сторон и граней состояния больных с религиозной фабулой бреда помогает своевременно выявлять и предотвращать риски дезадаптации, актуализировать ресурсы.

Опираясь на вышесказанное, отметим, что практическую значимость приобретают философия психологической поддержки; процедуры согласования ключевых принципов этического и деонтологического содержания междисциплинарной работы. Именно здесь мы сталкиваемся с разнообразными формами проявления и развития конфликта интересов. Это касается столкновения жизненных, мировоззренческих, профессиональных установок, предубеждений, ожиданий. Для нас оказалась важной интегративная оценка процесса формирования и проявления религиозности (ее форм, вариантов, содержания). Индивидуальная «религиозность», как особый психологический конструкт и важный феномен внутренней и внешней стороны жизни больного, не должна и не может быть проигнорирована. Речь идет о ее влиянии, которое часто различается по форме, содержанию, интенсивности. Оно может быть латентным, иногда опосредованным, а иногда прямым и явным. В свою очередь и она (эта «индивидуальная религиозность»), ее архитектоника, функции и характер проявления зависят от многих факторов. Это сочетанное влияние клинических, возрастных, социально-психологических, церковно-религиозных и прочих моментов может определять характер интерпретаций больного и выбор им вариантов своего поведения, стиля жизни. В результате многолетнего научно-практического сотрудничества в направлении развития оригинального событийно-тематического подхода была предпринята достаточно успешная попытка создания и апробации в полевых условиях многоуровневой, поливекторной модели междисциплинарной помощи и поддержки таким пациентам.

Хотелось бы отметить несомненное влияние на событийно-тематический ландшафт собственной жизни, на выбор направления и содержания работы той давней Встречи с моими учителями и наставниками С.Я.Рубинштейн и Б.В.Зейгарник. Думаю, что память об их вкладе помогает сохранению светлого мировосприятия.

Соловьева С.Л.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

ФГБОУ ВО

Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И.Мечникова МЗ РФ.
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: психотерапия, эмоциональная поддержка, эффективное общение, обратная связь

Solovieva S.L.

PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH IN MEDICAL PRACTICE

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
Saint-Petersburg, Russia

Keywords: psychotherapy, emotional support, effective communication, feedback

В практическом здравоохранении врач, как правило, не имеет возможности и времени использовать психотерапию – лечение психологическими методами - для помощи больному. Но он может применять с этой целью отдельные психотерапевтические техники и приемы, краткосрочные и не слишком сложные, не содержащие специализированных психологических технологий. Помимо психотерапии как профессиональной интервенции, во врачебной деятельности существует психотерапевтический подход как гуманистическая версия коммуникации врача при общении с пациентом. Этот подход применяется по умолчанию в практике врача любой специальности, предполагающей общение с больным. Психотерапевтический подход заключается в использовании при взаимодействии с клиентом отдельных техник и приемов психотерапии, которые по содержанию совпадают с элементами профессионального общения «врач-больной». Эти техники и приемы можно выделить на определенных этапах лечебно-диагностического процесса.

Первый такой прием, сводящийся к продуктивному психологическому контакту с пациентом, выделяется уже на начальном этапе профессионального взаимодействия «врач – больной». Известно, что эффективность врачебного взаимодействия с пациентом на 40% обеспечивается хорошим психологическим контактом, который, по сути, представляет собой безоценочное принятие врачом личности клиента – безусловное уважение к психологической природе больного, лишенное какого-либо оценочного содержания, проявляющегося в эмоционально-окрашенных элементах взаимодействия. Эмоция – это оценка значимости события; безоценочное, эмоционально-нейтральное отношение к пациенту позволяет во взаимоотношениях с ним сохранять атмосферу спокойной уверенности, гарантирующей клиенту эффективность рационального профессионального врачебного воздействия. Принятие личности больного, основанное на безусловном уважении к человеческой природе, создает условия для доверительных отношений в диаде «врач-больной». Психологический контакт, установленный в самом начале общения, регулярно возобновляется при каждой новой встрече пациента и врача. Он может при необходимости возобновляться также и в процессе одной сессии.

Второй элемент психотерапевтического подхода к клиенту выделяется на этапе сбора анамнеза. Одной из основных задач врача в момент, когда больной предъявляет свои симптомы, является нормализация психического состояния говорящего, которая обычно требует нивелирования его страха, депрессивной безнадежности и агрессии. Естественной психологической реакцией врача на тревогу больного была бы ответная тревога, на депрессивные реакции – такой же депрессивный эмоциональный резонанс. Однако, реагируя ответной тревогой, врач усиливает страх пациента, подкрепляя его негативные переживания. Реагируя ответной печалью, доктор подкрепляет и усиливает депрессивные тенденции

больного. Изменение психического состояния пациента, его нормализация возможна лишь при отсутствии ответной усиливающей и подкрепляющей эмоциональной реакции той же модальности. Для нивелирования тревоги, печали и враждебности пациента, говорящего о своих проблемах, врач занимает нейтральную позицию, сохраняя открытость, спокойную уверенность, лишённую каких-либо дополнительных эмоций, которые естественным образом возникают в ответ на обозначение негативных событий и переживаний и неизбежно содержат в себе оценочный элемент. Сталкиваясь с безоценочным отношением доброжелательно настроенного к его переживаниям врача, больной перестает бояться их выражать, что снижает степень его эмоциональной напряженности и повышает уровень его открытости.

Рассказывая врачу о своих проблемах, пациент также переживает катарсис – освобождение от негативных эмоций путем их вербализации. Возможность высказать все свои переживания, опасения, страхи в присутствии профессионала, способного объективно их оценить, в определенной степени тоже снижает эмоциональный накал в переживаниях пациента. Прежде чем обратиться за помощью к врачу, больной определенное время пытается сам самостоятельно справиться со своими проблемами, и, лишь убедившись в бесполезности самостоятельного разрешения нарастающих трудностей, записывается на прием к специалисту. За это время, как правило, накапливаются эмоционально-негативные переживания, требующие своего отреагирования. Катарсис в форме вербализации и отреагирования переживаний также способствует снижению эмоциональной напряженности пациента.

На этапе активного вербального взаимодействия, при котором врач формулирует вопросы, расспрашивая пациента о его ощущениях, можно выделить еще один элемент психотерапевтического подхода – эмоциональную поддержку. Коммуникация «врач – больной» осуществляется в контексте эмоционально комфортной для пациента атмосферы, позволяющей ему сформулировать все свои жалобы, поделиться с врачом всеми своими соображениями, касающимися состояния здоровья, представлениями о болезни. Эта атмосфера формируется способностью врача обеспечивать реализацию еще одного элемента психотерапии – эмоциональной поддержки, в контексте которой решаются профессионально значимые проблемы. Эмоциональная поддержка опирается на профессионально значимое качество эффективного врача – уверенность, - качество, которое наиболее высоко ценится больными в личности доктора.

На фоне эмоциональной поддержки решается и проблема мотивации больного на выздоровление, мобилизацию всех ресурсов для борьбы с заболеванием: врач нивелирует фиксированность пациента на актуальных ощущениях и переживаниях, раскрывая перед ним перспективу дальнейшего развития событий. Выстраивание перспективы помогает снижать уровень переживаний депрессивного плана: депрессия психологически всегда означает утрату жизненной перспективы. Намечая цели и промежуточные задачи в сценарии деятельности клиента по восстановлению и дальнейшему сохранению здоровья, врач помогает ему мысленно перенестись в будущее, формируя образ этого будущего, связанный с нормализацией качества жизни в целом. Выстаивая в воображении перспективный образ здоровья, пациент начинает его позитивно переживать, что способствует нормализации настроения, появлению надежды, веры, уверенности в благоприятном исходе событий. Это реально повышает шансы на успех в борьбе с болезнью, мобилизуя адаптивные и компенсаторные ресурсы пациента.

Эффективное общение с клиентом предполагает также информирование его о необходимых лечебно-диагностических мероприятиях, сообщении диагноза и прогноза, причин болезненного состояния и возможностей его профилактики. Этот элемент профессионального общения «врач-больной» совпадает по своему содержанию с компонентами рациональной психотерапии и позволяет пациенту во взаимодействии с врачом сформулировать для себя концепцию своего заболевания, в которой определенная роль отводится самому больному, его переживаниям, поведению, стилю жизни. Создание логической последовательности событий, связывающей между собой причины неблагополучия, его проявления и последствия, как ближайшие, так и отдаленные, способствует нивелированию тревоги. Тревога – эмоция,

направленная в будущее, связанная с бессознательным программированием неудачи в ситуации неопределенности. В случае прояснения и осознания последовательности событий, их вербализации субъективная неопределенность снижается, а тревога ослабевает, что позволяет нормализовать эмоциональное состояние больного. На месте тревоги появляется отчетливый, разработанный совместно с врачом, обоснованный план действий, не оставляющий места для болезненных ипохондрических фантазий пациента.

Предоставление врачом обратной связи пациенту, которая заключается в вербализации и объективной оценке симптомов больного, может рассматриваться также как элемент психотерапевтического подхода. Обратная связь способствует прояснению и осознанию пациентом своих ощущений; обозначение тягостного ощущения словом, его вербализация снижает степень неопределенности, стабилизируя таким образом эмоциональное состояние клиента.

Все рассмотренные элементы профессионального взаимодействия «врач – больной» – психологический контакт, катарсис, нивелирование эмоционально-негативных переживаний пациента, эмоциональная поддержка, обратная связь, рационализация болезненных ощущений и формирование логической последовательности событий, а также мотивация на выздоровление и создание для пациента положительной жизненной перспективы – по содержанию совпадают с техниками и приемами профессиональной психологической интервенции в процессе психотерапии, повышающими вероятность благополучного исхода в борьбе с болезнью. Эти элементы по умолчанию применяются в профессиональной деятельности эффективного врача, но могут быть усилены и развернуты в направлении психологической помощи больному в системе комплексной терапии его заболевания.

Топанова Г.Т., Казиманова М.Д.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Казахский национальный женский педагогический университет
topanova2107@gmail.com

Ключевые слова: психопатии; черты характера; удовлетворенность браком, невротизм

Topanova G.T., Kazimanova M.D.

PERSONALITY TRAITS AND FAMILY RELATIONSHIPS

Kaznatszhenpu, Almaty, Kazakhstan
topanova2107@gmail.com

Keywords: psychopathies; traits; satisfaction with marriage, neuroticism

Введение. Черты характера можно использовать для прогнозирования поведения человека в различных жизненных ситуациях, включая ситуации семейной жизни. Удовлетворенность браком, на которую влияют разные факторы, является критерием, используемым для оценки качества взаимоотношений семейных пар. Удовлетворенность браком — это психическое состояние, которое не достигается автоматически и требует постоянных усилий пары для его реализации, особенно в первые годы брака, потому что на этой стадии удовлетворение в браке нестабильно и супружеские отношения находятся под угрозой. Пара испытывает семейное удовлетворение, когда их супружеские отношения соответствуют их ожиданиям. Брак — это связь между двумя людьми с разными характерами. Клэкстон (Claxton A) утверждает, что долгосрочные и идеальные романтические отношения требуют, чтобы люди при оценке своего партнера выходили за рамки физических характеристик и учитывали особенности личности [1].

Различные факторы, такие как социально-экономический статус, образование, возраст, этническая принадлежность, религиозные убеждения, физическая привлекательность, коэффициент интеллекта, личные ценности и отношения, влияют на удовлетворенность

браком и могут предсказать более высокий уровень удовлетворенности браком в парах. Личностные качества - один из важнейших факторов, влияющих на удовлетворенность браком. Карней (Karney BR) пришел к выводу, что личность предсказывает удовлетворенность жизнью [2]. Учитывая, что люди вступают в брак с разными личностными чертами, можно сказать, что супружеские отношения — это связь между двумя разными личностями. С другой стороны, люди склонны навязывать партнеру свои поведенческие и функциональные характеристики; следовательно, их личность может действовать как фактор стресса в их супружеских отношениях

Невротизм - одна из фундаментальных черт личности «большой пятерки», наряду с экстраверсией, открытостью, сознательностью и покладистостью, рассматривается как склонность испытывать и выражать негативные аффекты. Лица с высоким невротизмом будут реагировать на стресс клинически значимым уровнем депрессии. Невротизм связан с такими чувствами, как тревога, враждебность, импульсивность, депрессия и низкая самооценка.

Экстраверты с большей вероятностью будут позитивными, напористыми и общительными. Люди с разными личностными качествами могут по-разному относиться к различным аспектам семейного удовлетворения. Фактически все расстройства личности могут быть дезадаптивными вариантами общих черт личности, а некоторые расстройства личности могут отражать раннее начало, хронические проявления других психических расстройств. Исследований того, как общие черты личности (например, невротизм и низкая сознательность) связаны с этиологией тревожности, настроения, психических расстройств достаточно много, но мало или совсем нет исследований того, как эти черты связаны с возникновением собственно расстройств личности. Это может отражать неявное признание того, что личность и расстройства личности лежат в общем спектре функционирования.

Невротизм является одним из предикторов будущей психической патологии в ответ на жизненный стресс, вклад невротизма в развитие проблем с физическим здоровьем, финансовых затруднений является существенным.

Обзор работ по теме. В последние годы количество браков в Казахстане сократилось по разным причинам, а количество разводов значительно выросло. Личностные особенности пары могут быть одним из факторов, связанных с разводом и удовлетворенностью браком, исследования по этому вопросу показали противоречивые результаты. Некоторые исследования не привели к исчерпывающим результатам и оценили только связь одной черты личности (особенно невротизма) с удовлетворенностью браком. В связи с этим интерес представляет обзор работ, посвященных связи личностной патологии (особенностей) и удовлетворенности браком, семейными отношениями.

В длительном исследовании, проведенном Фишером и МакНалти с 72 парами в Огайо, США, высокий уровень невротизма предсказал низкий уровень удовлетворенности браком через год [3]. Люди с высоким невротизмом часто испытывают такие чувства, как печаль, гнев и неудовлетворенность собой, чувства, которые могут уменьшить их общее счастье в жизни. Поскольку эти люди более склонны к угрюмости и раздражительности, от них не ожидается более высокого уровня удовлетворенности браком. Барелдс показал, что невротизм снижает удовлетворенность браком. В исследовании Карни и Брэдбери невротизм объяснил 10% вариации удовлетворенности браком [4]. Люди с высоким уровнем невротизма чувствуют меньше счастья, потому что они уделяют больше внимания негативным жизненным событиям.

Другие причины более низкого уровня удовлетворенности браком у людей с высоким невротизмом включают негативную интерпретацию неоднозначных событий, негативные взаимодействия с партнером, негативное межличностное поведение во время конфликта и более агрессивную экстернализацию, а также более низкие уровни сексуального удовлетворения.

Люди с разными личностными качествами по-разному относятся к браку, и это может повлиять на их семейную удовлетворенность. Люди с высоким невротизмом, как правило, менее адаптивно справляются с факторами жизненного стресса и с большей вероятностью

интерпретируют нормальные ситуации как угрожающие, а небольшие разочарования - как тяжелое отчаяние. Удовлетворенность жизнью имеет множество взлетов и падений, которые требуют терпения и прощения от обоих партнеров, но люди с высоким невротизмом, как правило, испытывают стресс и уныние перед лицом этих проблем.

Негативное влияние невротизма на удовлетворенность браком может проявляться в возникновении тревоги, напряжения, стремления к жалости, враждебности, импульсивности, депрессии и низкой самооценки. Такие черты личности, как эмоциональная нестабильность и невротизм, могут держать пары в устойчивом состоянии уязвимости и влиять на то, как они адаптируются к жизненным стрессорам [4]. 13-летнее лонгитюдное исследование среди пар показало, что негативное супружеское взаимодействие является результатом высокого невротизма. Другими словами, было обнаружено, что люди с высоким уровнем невротизма склонны демонстрировать негативное поведение по отношению к своим партнерам, что, в свою очередь, снижает удовлетворенность браком у обоих партнеров.

Учитывая, что сознательные люди дисциплинированы, принципиальны и способны эффективно решать проблемы во взаимоотношениях, ожидается, что они будут испытывать высокий уровень семейного удовлетворения. Engel (2002) обнаружили, что добросовестность является лучшим предиктором близости и приверженности пары у мужчин. Они утверждали, что сознательные люди демонстрируют более высокий уровень близости в своих отношениях; поэтому они более способны строить успешные отношения. В лонгитюдном исследовании, проведенном в Швейцарии, удовлетворенность интимных пар положительно коррелировала с доброжелательностью и добросовестностью. Гаттис и др. (2004) обнаружили, что неудовлетворенность браком связана с низкой сознательностью и высоким невротизмом [5]. Сознательные люди не проявляют агрессии и способны контролировать свои порывы в супружеских отношениях. Люди с низкой сознательностью прибегают к алкоголю и физической агрессии в ответ на семейные стрессоры, и это постепенно снижает их семейное удовлетворение.

Менее доверчивые люди сообщали о большей негативной реакции на ежедневные конфликты в отношениях. Более того, когда у обоих партнеров было меньше доверия, была большая вариативность в оценках отношений. Авторы предполагают, что, как следствие, люди с более низким уровнем доверия склонны отслеживать, а иногда и проверять степень поддержки и реакции своего партнера. Это может произойти из-за того, что недоверие может сопровождаться верой или опасением, что партнер может оставить отношения ради лучшей альтернативы. Таким образом, когда отношениям не хватает доверия, это допускает потенциальное развитие пагубных когнитивных паттернов, таких как негативная атрибуция, подозрительность и ревность.

Связь между тревожной привязанностью и ревностью хорошо известна. Тревожные люди, как правило, испытывают более высокий уровень ревности, подозрения и беспокойство, что их партнер оставит их ради кого-то другого (например, когнитивная ревность и реагируют на вызывающие ревность ситуации повышенным уровнем страха, грусть и гнев. Лица с более высокой тревожностью привязанности также сообщают о повышенном мониторинге поведения своего партнера на предмет признаков экстрадиадных отношений и об усиленном поведении слежки (например, поведенческой ревности), что включает пристальное наблюдение за повседневной деятельностью партнера, шпионаж или просмотр его вещей в поисках признаков неверности [5].

Ревность обычно отрицательно связана с удовлетворением, особенно когда партнеры выражают ревность негативным, обидным или разрушительным образом. Кроме того, недавнее исследование показало, что небезопасная привязанность была связана с более низким качеством супружеских отношений для обоих партнеров, и это было опосредовано более низким уровнем доверия/ Тем не менее ревность может иметь как положительные, так и отрицательные стороны: положительные аспекты, представляющие приверженность своим отношениям (например, переживание дистресса при представлении, что его или ее партнер вступает в сексуальные отношения с другим человеком) и отрицательные аспекты,

представляющие желание контролировать (например, чрезмерная и необоснованная озабоченность поведением и местонахождением партнера). Дополнительные исследования могут быть направлены на точное определение границ между выражением приверженности и беспокойства по отношению к партнеру и ревностью и контролем.

Связь между патологией личности и полом остается несколько неясной и потенциально нюансированной. Например, связь патологии личности с процентом разводов сильнее у женщин, чем у мужчин, а также связь между межличностными проблемами и дистрессом. Эти данные могут относиться к склонности женщин проявлять стратегии спроса, таких как высказывание своих жалоб и критика партнеров во время конфликтов, чем мужчины, которые склонны отказываться от женщины во время конфликтов.

Кроме того, патология личности больше связана с проблемами, связанными с холодностью и доминированием для женщин, чем для мужчин, и больше связано с проблемами, связанными с теплотой и подчинением для мужчин, чем для женщин (Wilson et al., 2017). Другое исследование указывает что в стрессовых ситуациях женщины реже выражают гнев, чем мужчины (Timmers, Fischer, & Manstead, 1998), хотя связь между PD и агрессия интимного партнера одинакова для всех полов (Ehrensaft et al., 2006 г.). Таким образом, мы стремились выяснить, существуют ли ассоциации между личностями.

При постановке проблемы удовлетворенности браком и супружеском счастье возникает вопрос: зачем кому-то жениться или выходить замуж и заводить детей с людьми, поведение которых выходит за рамки нормы?

Согласно новому исследованию, проведенному испанскими психологами, было выявлено, что люди с определенными крайне патологическими чертами личности хорошо преуспевают в любовной игре и показывают, что у людей с некоторыми патологическими типами личности, такими как те, которые считаются невротиками и импульсивными, было больше партнеров и даже больше детей, чем в среднем у остальных, что позволяет предположить, что такие черты не исключаются естественным отбором и фактически могут дать эволюционное преимущество. Результаты исследования показывают, что как мужчины, так и женщины, которые были патологически безрассудными и импульсивными, привлекали больше краткосрочных партнеров, чем участники со нормативным характером. Результаты исследования также показали, что невротические женщины чаще находятся в длительных отношениях. Он объясняет, что у наиболее невротичных участниц было на 34 процента больше постоянных партнеров и на 73 процента больше детей, чем в среднем у людей, несмотря на то что у них проявлялись черты, обычно связанные с нестабильностью, тревожностью и незащищенностью.

По словам Гутьерреса (Gutiérrez), их результаты являются первым убедительным доказательством того, что некоторые расстройства личности, а не болезни, могут быть выбранными путем эволюционной стратегии. «Предполагается, что эти стратегии являются наследственными», - говорит он. «Некоторые из них, такие как импульсивность-смелость, вероятно, предшествовали самому человечеству».

Гутьеррес говорит, что однажды он спросил пациента, почему он женился на невротичной женщине. Мужчина ответил: «Me gusta por que es muy mujer» (она мне нравится, потому что она «очень женщина»), ответ, который может выявить связь между гендерными различиями и стереотипами. Литература о гендерных различиях предполагает, что в среднем женщины немного выше по невротизму, чем мужчины. Таким образом, некоторые мужчины могут интерпретировать высокий уровень негативной эмоциональности в партнере как признак женственности. Однако он отмечает, что для изучения этой возможности необходимы дальнейшие исследования. Что касается импульсивных и склонных к риску, у которых было показано, что у них есть несколько краткосрочных партнеров, Гутьеррес предполагает, что многих людей привлекают эти типы, потому что они считаются привлекательными.

В целом Гутьеррес полагает, что их результаты подтверждают менее распространенное мнение о том, что принципы эволюции одинаково хорошо применимы к патологическим личностям. «Некоторые экстремальные черты характера не так вредны для выживания, как

они кажутся неблагоприятными для социальной адаптации или благополучия, даже в случае субъектов с тяжелыми расстройствами», - говорит он. Фактически, Гутьеррес считает, что по мере того, как некоторые черты становятся более серьезными, они становятся более полезными для привлечения большего количества партнеров и даже для производства большего количества потомства. Это характеризует эти черты как рискованные кратчайшие пути, не столько из-за неудач, сколько из-за изгибов и поворотов, совершаемых генами, чтобы увековечить себя [6]. Но важно иметь в виду, что существует нормальная степень генетической изменчивости, которая может сделать/не сделать человека более адаптированным к окружающей среде или, что более важно, к изменениям в окружающей среде. Это изменение может также относиться к личностным качествам. Подобно тому, как генетические вариации помогают видам процветать в изменяющейся среде, наши разные личности могут помочь нам выжить в нашем мире. Таким образом, быть другим не обязательно означает быть несовершенным.

Локкенхофф (Löckenhoff) предупреждает, что эти результаты заставляют задуматься, но к ним следует относиться с осторожностью. «Результаты ограничены, поскольку они получены от пациентов в одной клинике, основаны на самоотчетах об отношениях, а не на объективных критериях, и не говорят о мотивациях или личностях партнеров респондентов по взаимоотношениям», - говорит она [6].

Выводы. Патологические черты личности концептуально находятся на крайнем конце континуума нормальных черт личности, характеризуются дезадаптивным функционированием, со значительными потерями в попытках справиться с повседневными потребностями. Функционирование патологической личности можно охарактеризовать тремя основными элементами: адаптивная негибкость, агрессивность и хрупкая устойчивость. Адаптивная негибкость относится к жестким и очень ограниченным моделям поведения, используемым для достижения целей, отношения к другим или преодоления стрессовых ситуаций; агрессивность связана с представлениями и потребностями, которые увековечивают и усиливают ранее существовавшие трудности; а хрупкая стабильность связана с более низкой устойчивостью человека к стрессовым ситуациям.

В литературе представлены несколько процедур и интервенционных техник для дезадаптивного психологического функционирования. Среди них есть медитация, которая представляет собой одновременный процесс наблюдения и ошибочной идентификации, то есть метакогнитивный процесс, осуществляемый частью индивидуального сознания по отношению к ментальным содержаниям. Медитация и другие саморегулирующие практики, вызывают физическое и психическое расслабление.

Литература

1. Claxton A, O'Rourke N, Smith JZ, DeLongis A. Personality traits and marital satisfaction within enduring relationships: an intra-couple discrepancy approach. *J Soc Pers Relat.* 2012;29(3):375–96.
2. Karney BR, Bradbury TN. The longitudinal course of marital quality and stability: a review of theory, methods, and research. *Psychol Bull.* 1995;118(1):
3. Fisher TD, McNulty JK. Neuroticism and marital satisfaction: the mediating role played by the sexual relationship. *J Fam Psychol.* 2008;22(1):112.]
4. Bradbury TN, Fincham FD, Beach SR. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: a decade in review. *J Marriage Fam.* 2000;62(4):964–80
5. Gattis KS, Berns S, Simpson LE, Christensen A. Birds of a feather or strange birds? Ties among personality dimensions, similarity, and marital quality. *J Fam Psychol.* 2004;18(4):564.]
6. Источник ¿Por qué nos sentimos atraídos por quienes tienen personalidades fuera de lo normal? - *Scientific American - Español* (дата обращения 05.09.21)

Шапиро А.З.

ПРОБЛЕМЫ СООТНОШЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ЧЕЛОВЕКА В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ТВОРЧЕСТВЕ СУСАНЫ ЯКОВЛЕВНЫ РУБИНШТЕЙН

Независимый исследователь, Москва, Россия.
shapalex@mail.ru

Ключевые слова: биосоциальная проблема, история медицинской психологии, социобиология, личностный опыт.

Shapiro A.

PROBLEMS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN “BIOLOGICAL” AND “SOCIAL” IN HUMAN PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT IN THE WORK OF S.RUBINSTEIN

Independent researcher, Moscow, Russia
shapalex@mail.ru

Keywords: biosocial problem, history of medical psychology, sociobiology, personal experience

Доклад посвящен изучению вклада С.Я.Рубинштейн в проблематику качественной специфики психического развития человека, роли биологического и социального в нем. Можно полагать, что данная проблематика для медицинской психологии имела ключевое значение на протяжении всей ее истории, думаю, что актуальна она и сейчас. Во всяком случае в научно-практическом творчестве С.Я.Рубинштейн данная тема занимала особое место, зримо присутствовала в главных аспектах ее профессиональной деятельности:

в создании и распространении экспериментальных методик патопсихологии [4], в преподавании основ психологии для дефектологов [3], в исследованиях по трудоустройству психически больных, по сути дела заложившим основы для психологически ориентированной отечественной психокоррекции и психотерапии [2].

Здесь необходимо прежде всего сослаться на блестящую статью С.Я.Рубинштейн «Некоторые конкретные вопросы патологии психики человека в свете философской проблемы биологического и социального» в сборнике 1975г материалов большой московской конференции по биосоциальной проблеме [1, с.583-596], в которой участвовали многие ведущие отечественные психологи, философы, психиатры того времени, в частности были представлены доклады А.Р.Лурия [1, с.122-132], Б.В.Зейгарник и Б.С.Братуся [1, с.557-562]. Сусанна Яковлевна выступила там как, с одной стороны, последователь Л.С.Выготского, а с другой, блестяще излагала сложный материал в доступной для не-психологов форме. С моей точки зрения эта статья, к сожалению, незаслуженно забытая, носила принципиальный теоретико-психологический характер, значимый и сейчас.

Теперь несколько слов о себе в контексте обозначенной тематики (собственно, почему я взялся писать об этом!). Она была важна для меня со студенческих лет (курсовые, дипломная на кафедре возрастной психологии, кандидатская диссертация под руководством А.Н.Леонтьева, а, после его смерти, В.В.Давыдова, работа в Институте Общей генетики АН СССР (ИОГЕН АН СССР) в качестве научного сотрудника, а затем руководителя научно-исследовательской группы «Общебиологические и социогуманитарные проблемы современной генетики»). 1984г. и 1985г мною опубликованы две теоретические статьи в журнале «Вопросы психологии» - «Критический анализ современной социобиологии (к проблеме наследственных предпосылок психического развития человека)» и «Эволюционно-генетические закономерности и проблемы детерминант психического развития человека». Эти статьи обсуждались осенью 1986г. на заседании секции клинической психологии Общества психологов СССР. Незадолго до этого Сусанна Яковлевна принимала участие в обсуждении моего доклада на методологическом семинаре ИОГЕН АН СССР, поддержав его основные положения, прежде всего критический анализ с позиций культурно-исторической концепции

Л.С.Выготского, современной социобиологии, в рамках которой сделана попытка на основе генетики осуществить идею синтеза биологического и социального (Э. Уилсон, Ч. Докинз, Ч. Ламсен и др.) [5].

Социобиология интересна прежде всего тем, что здесь имеет место предельная, незауалированная биологизация поведения и психики человека: социальное и культурно-историческое рассматриваются как продукт эволюционно-генетического процесса, «работы генов», т.е. социальное объясняется, выводится из биологического. Поэтому научный анализ социобиологии важен для теории и практики психологии. Для социобиологов психическое развитие человека и взаимоотношения между людьми - звенья биологической эволюции, в ходе которой происходит воспроизводство генетического материала. Однако качественная специфика человека, тот факт, что он не может (вследствие ряда эволюционно-генетических причин, в частности, общего ослабления инстинктивной основы поведения) вести тот гармоничный, органичный, конструктивно-группоцентричный образ жизни, который присущ животным. Человек предопределен к творчеству), не может положиться на свои врожденные биологические, генетически-заданные особенности, не может вести ту гармонично-репродуктивную жизнь, как родовую, так и индивидуальную, которой живут особи во всей природе (что уравнивается продуктивностью последней как целого - постоянного возникновения новых форм жизни в процессе биологической эволюции).

Иными словами, человек в своей реальной деятельности не может полагаться на родовой опыт, но на опыт индивидуальный, личностный, а его врожденный потенциал поведенческих реакций недостаточен для того, чтобы пребывать в гармонии с природой, с другими людьми, с самим собой, нуждается в культурно-деятельностном восполнении. Поэтому творчество личности и «личностный опыт» [6] являются необходимыми образующим собственно человеческой жизни (=личностного бытия). Именно в личности субъект обнаруживает самодостаточность, возможную в рамках всего естественно-исторического континуума лишь на уровне человека и снимающую противоречие между индивидуальной и родовой жизнью: в эволюционно-генетическом процессе органическая жизнь рода увековечивает себя через бесчисленное множество смертей отдельных особей; тогда как через процесс творчества человеческая личность сохраняется в потомках - не только в памяти потомков, которая может со временем стереться, но прежде всего в их делах, в их «личностном опыте», в той продолжающейся ниточке созидания культуры и самого человека, которую прядут конкретные личности в ограниченных временных рамках своих физических жизней. Творчество личности и «личностный опыт» - способы собственно-человеческого существования, наиболее значимый критерий отличия человека от животного, родовое свойство человека, вступившего в исторический процесс и тем самым ставшего в иное, новое, отношение к процессу эволюционно-генетическому - важнейшее надбиологическое связующее звено между поколениями людей. Поэтому сообщество людей на психологическом уровне анализа выступает не только и не столько как популяция носителей генотипов, связанных биологическим родством, но прежде всего как надбиологическое объединение индивидов, связанных родством культурно-историческим, в конечном счете - всечеловеческим и одновременно, по В.С. Соловьеву, собственно-человеческим.

Социобиологи утверждают: жизнедеятельность индивида имеет в качестве своей цели бессмертие генов - индивид живет и умирает для блага своих генов, а как следствие этого - для их носителей, потомков. Эта идея, восходящая к идеям о «бессмертии зародышевой плазмы» классика генетики А. Вейсмана, составляет суть развиваемого социобиологами принципа репродуктивного императива, который можно толковать не только как лозунг "размножайтесь!", но и как призыв "исчезайте" для особей - страдательных орудий естественно-исторического процесса воспроизводства генетического материала, в котором исчезает индивидуальность, растворяется особенное. В этом плане человеческая личность и ее опыт выступают как антагонисты чередованию по времени индивидуальных жизней в биологическом мире, антагонисты слепой репродуктивности, заданной видовой генотипической программой. Если потенциальное бессмертие генов осуществляется в ходе

биологической эволюции, то актуальное бессмертие личности реализуется в ходе ее самостоятельной творческой деятельности, в «личностном опыте», способность к которым является родовыми особенностями человека, а потому могут сохраняться при всех обстоятельствах человеческой жизни и в каждой ее временной (ударение на последнем слоге!) точке. Живая природа целостна, гармонична как на уровне индивида (целостность, неделимость его задается генотипически), так и на уровне популяций, экосистем: всеединство в разнообразном воплощено исходно во всех живых формах, кроме человека, который исходно-биологически дисгармоничен. Поэтому можно утверждать, что, качественная специфика психики человека находит свое выражение в особенностях индивидуального психического развития, создает специфические предпосылки для усвоения и производства нового опыта, в том числе и «личностного», возможностями в овладении новыми способами деятельности.

Индивид как "личность" для самого субъекта и для внешнего наблюдателя выступает своей постоянной незавершенностью и возможностями к преодолению неблагоприятных обстоятельств, вследствие чего каждый индивид в рамках своей «социальной ситуации развития» потенциально в состоянии нарушить любое предписываемое ему направление жизненного пути (опыт жизненного творчества слепоглухих об этом убедительно свидетельствует). В этом плане имеющаяся в народном фольклоре поговорка "яблоко от яблони недалеко падает" говорит о неадекватных для процесса обучения и воспитания негативных обыденных установках с "социобиологической подоплекой", когда педагоги не видят, не осознают и не признают в воспитанниках самодостаточную и самоценную личность, но лишь отдельную особь, детерминируемую генно-средовым взаимодействием. В 1995 году, в своей диссертации я пытался показать, что современная семейная психотерапия в своих истоках (прежде всего в наследии Карла Витакера, которого считаю своим учителем) основывалась именно на культурно-исторической гипотезе. Например, можно изучать генетическую основу шизофрении, видя в ней проявления определенных "комплексных генотипов", а можно усмотреть реальный источник данных аномалий психического развития - в семейной системе: в том, как организована семья, как ее члены общаются друг с другом, с окружающим сообществом. Понимание этого факта дает богатые возможности для психологических коррекции и компенсации дефектов [5].

Подведем итоги сказанному. Можно полагать, что проблемы соотношения биологического и социального в психическом развитии человека занимали важное место в научно-практическом творчестве Сусанны Яковлевны Рубинштейн, которая, вслед за Л.С.Выготским, подчеркивала качественную специфику поведения и психического развития человека в отличие от поведения животных, в функционировании и развитии которых биологическая наследственность играет основополагающую роль.

Литература

1. Биологическое и социальное в человеке. Материалы к симпозиуму в г. Москве - сентябрь 1975г.). М., 1975. -856с.
2. Рубинштейн С.Я. О трудоустройстве и трудовых рекомендациях психически больным. - В сб: Экспериментальные исследования в патопсихологии: (Сборник статей) / [Отв. ред. А.А. Портнов] М., 1976, с.97-107.
3. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника : Учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов / С.Я. Рубинштейн М. : Просвещение, 1979. - 191с.
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : (Практ. руководство) / М. : Медицина, 1970. -235с.
5. Шапиро А.З. Специфика развития личности в семейном окружении (на материале теоретико-психологического анализа современной социобиологии). Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук в форме научного доклада: 19.00.01. Москва, 1995. 52 с

6. Шапиро А.З. Понятие «опыт» в научном творчестве Ф.Василюка и К.Витакера (сравнительный анализ). В кн.: Межд. конференция по консультативной психологии: - М.: ФБГНУ «ПИ РАО», 2018, с. 253-257.

Шишкова А.М., Бочаров В.В.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ «БРЕМЕНИ БОЛЕЗНИ» У РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия
e-mail: shishaspb@mail.ru

Ключевые слова: бремя болезни, родственники хронически больных, методы психологической диагностики

Shishkova A.M., Bocharov V.V.

TOPICAL ISSUES OF CAREGIVERS BURDEN MEASUREMENT IN RELATIVES CARING FOR CHRONICALLY ILL PATIENTS

V.M. Bekhterev' National research medical center for psychiatry and neurology, Saint Petersburg, Russia
e-mail: shishaspb@mail.ru

Keywords: Caregivers Burden, Relatives Of Chronically Ill Patients, Methods Of Psychological Assessment

Возникновение хронической болезни у одного из членов семьи часто становится трудным испытанием для близких больного, особенно для тех, кто принимает на себя основные функции по уходу за больным. В настоящее время в области соматической медицины и психиатрии в качестве теоретического конструкта, широко применяемого для систематизации негативных последствий опеки хронически больного для его близких, выступает концепция «бремени болезни». Понятие «бремя» (burden), применительно к родственникам хронически больного, впервые упоминает американская социолог М. Treudley [5], описывая его как комплекс негативных последствий, связанных с заботой о психически больном члене семьи.

Первые эмпирические исследования при измерении «бремени» включали любые затраты семьи, связанные с необходимостью ухода за больным [2]. Дальнейшее развитие конструкта было связано с разделением объективного и субъективного «бремени». В частности, исследователи стали отделять нагрузку, обусловленную выполнением рутинных обязанностей по уходу за больным (кормление, купание и т.д.), от эмоциональных переживаний опекающего.

В настоящее время, описывая объективное бремя, исследователи, как правило, указывают на финансовые трудности, нарушение привычного ритма жизни, вынужденное сокращение социальной активности, невозможность достаточно уделять внимание другим, не болеющим членам семьи и т.п. В качестве компонентов субъективного бремени перечисляют беспокойство за состоянием здоровья, безопасность и будущее болеющего члена семьи, негативные эмоции по отношению к больному.

Среди наиболее часто используемых инструментов оценки «бремени» болезни в первую очередь следует отметить методики Family Burden Interview Schedule – FBIS [4] и Zarit Caregiver Burden Interview – ZBI [6]. Изначально методика FBIS была разработана индийскими учеными Shaila Pai и R. L. Кариг для оценки «бремени» у родственников, опекающих психиатрических пациентов. Интервью содержит 26 вопросов, оцениваемых по 3-балльной шкале (0 – нет нагрузки, 1 – умеренная нагрузка, 2 – выраженная нагрузка). Первые 24 пункта сгруппированы по 6 категориям для измерения объективной нагрузки: финансовое бремя, нарушение повседневной семейной деятельности, нарушение семейного досуга, нарушение семейного взаимодействия, влияние на физическое здоровье других членов семьи и влияние

на психическое здоровье других членов семьи. В качестве дополнительного 25-го пункта выступает вопрос о любом другом семейном бремени, не упомянутом интервью. Оценка субъективного бремени осуществляется при помощи лишь одного стандартного вопроса, направленного на оценку выраженности страданий родственника в связи с болезнью пациента. FBIS валидизирована в многочисленных исследованиях, которые показали достаточную стабильность и удовлетворительность её психометрических характеристик [3]. В качестве существенного недостатка этой методики выступает фактическое отсутствие возможности измерения субъективного компонента «бремени».

Методика ZBI разработана группой американских ученых под руководством S.H. Zarit и первоначально предназначалась для оценки переживаний, возникающих у родственников, опекающих больных с деменцией. В отличие от FBIS, эта методика, напротив, направлена на оценку компонентов субъективного бремени. В исследовательской практике наиболее часто используется версия из 22-х вопросов, оценивающих выраженность чувств и желаний родственника в процессе опеки больного по 4-х бальной шкале: от никогда (0) до почти всегда (4). ZBI имеет хорошие психометрические показатели, в частности, по данным различных исследователей α Кронбаха методики колеблется от 0,89 до 0,92 [3].

Несмотря на то, что вышеописанные методы широко используются как стандартизированные инструменты оценки «бремени» у родственников (супругов, детей и родителей), опекающих больных с различной патологией (например, деменцией, соматическими и психическими расстройствами), по отдельности они не позволяют целостно изучить проявления бремени у родственников хронически больных, давая представление лишь об отдельных компонентах.

В отечественной науке концепция «бремени» начала применяться лишь в последние годы. Немногочисленные исследования, проведенные на ее основе, посвящены изучению «бремени» родственников душевнобольного (в частности, шизофренией и расстройствами шизофренического спектра), а также «бремени семьи», вызванному суицидальной попыткой близкого родственника.

Работы, направленные на разработку психодиагностических инструментов, предназначенных для измерения выраженности бремени болезни у родственников хронически больных, в отечественной литературе практически отсутствуют. Исключением является лишь методика «Оценка Негативных Последствий Болезни Близкого у Родственников Больных с Аддиктивными Расстройствами» (ОНПБ-АР), предназначенная для диагностики объективного и субъективного бремени родственников, опекающих больных с химической зависимостью [1].

Анализ наиболее часто используемых в настоящее время измерительных инструментов показал, что они предназначены для оценки отдельных компонентов бремени и не позволяют всесторонне оценить многоаспектность опыта, переживаемого родственником в процессе опеки хронически больного. При разработке инструментария важным аспектом является, в частности, учет нозологической специфики, связанной с особенностями заболевания опекаемого. Значимым представляется также восполнение острого дефицита отечественных методов диагностики «бремени болезни» у родственников хронически больных.

Объективация существующих проблем и выявление потребностей, возникающих у родственников хронически больных, позволит существенно повысить эффективность специализированных мероприятий, направленных на поддержание психического и соматического здоровья, а также поддержания качества жизни опекающих больного близких, играющих ключевую роль в системе оказания внестационарной помощи.

Литература

1. Многомерная система оценки негативных последствий болезни близкого у родственников больных с аддиктивными расстройствами: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: А. М. Шишкова, В. В. Бочаров, Ю. С. Черная. – СПб., 2021. – 56 с.

2. Grad J. Mental Illness and the Family / J. Grad, P. Sainsbury // *Lancet*. – 1963. – Vol. 1. – P. 544–547. – URL : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(63\)91339-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(63)91339-4) (дата обращения : 21.09.2021).
3. Lee J. Measures of financial burden for families dealing with serious illness: A systematic review and analysis / J. Lee, J.G. Cagle // *Palliat. Med.* – 2021. – Vol. 35 (2). – P. 280–294. doi: 10.1177/0269216320973161.
4. Pai S. The burden on the family of a psychiatric patient: development of an interview schedule / S. Pai, R.L. Kapur // *Br. J. Psychiatry*. – 1981. – Vol. 138. – P. 332–335.
5. Treudley M. B. Mental illness and family routines / M. B. Treudley // *Mental Hygiene*. – 1946. – Vol. 30. – P. 235–239.
6. Zarit S. H. Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients / S. H. Zarit, J. M. Zarit // *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. – 1982. – Vol. 19 (4). – P. 461–471.

Шмакова О.П.

ДИАГНОСТИКА СОЦИАЛЬНОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
olga-zhuravleva1@yandex.ru

Ключевые слова: дети, подростки, психические расстройства, социальная несостоятельность.

Shmakova O.P.

DIAGNOSIS OF SOCIAL FAILURE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS

MHRC, Moscow, Russia
olga-zhuravleva1@yandex.ru

Keywords: children, adolescents, mental disorders, social inconsistency.

Введение. Возможности адаптации в социуме детей и подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами, зависят как от психического состояния больных, так и от степени овладения основными жизненно необходимыми умениями. Раннее выявление недостаточной сформированности навыков в различных сферах жизнедеятельности позволяет своевременно приступить к разработке и выполнению индивидуальных социо-реабилитационных программ, повысить уровень адаптации больных, способствовать их абилитации и реабилитации. Наличие четкого и надежного диагностического подхода, позволяющего, с одной стороны, определять степень овладения больным необходимыми для функционирования в быту и социуме техниками, а с другой, подхода, используемого у пациентов с различной патологией, важное условие успешности этой работы. Имеющиеся методики подобной направленности либо не адаптированы для применения в нашей стране, либо применяются у пациентов иного возраста, с иной структурой патологии [2,4-6]. Ряд методик не допускают количественного определения степени сформированности/недоразвития тех или иных социальных навыков [4,5]. Критики «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» отмечают, что вследствие расширенных и размытых критериев классификации функционирования, признаки социальной недостаточности в той или иной сфере жизнедеятельности можно обнаружить у каждого человека.

В отделе по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБНУ НЦПЗ с целью исследования особенностей социальной адаптации подростков и лиц юношеского возраста (14-19 лет), с детства страдающих различными психическими заболеваниями, была

апробирована методика, позволяющая оценить уровень функционирования психически больных в социуме («Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами»), составленная на основе собственных результатов и анализа предшествующих методик [1,3]. Основные блоки жизненно важных навыков, анализируемых методикой: 1. ориентированность в себе и окружающем, умение давать о себе основные сведения; 2. образовательные навыки; 3. навыки общения и межличностного взаимодействия; 4. навыки самообслуживания; 5. бытовые навыки; 6. способность ориентироваться вне дома и пользоваться общественным транспортом; 7. способность к повседневному контролю и планированию своей деятельности.

Материал и методы. Методикой обследовано 1750 пациентов с различными психическими заболеваниями. Материалом исследования явились больные, обслуживаемые психоневрологическими диспансерами г. Москвы. Нозологическое распределение больных: 758 человек (43,3%) наблюдались в связи с органическими психическими расстройствами (ОПР); 298 (17%) – с умственной отсталостью (УО); 224 (12,8%) – с расстройствами шизофренического спектра (РШС); 136 (7,8%) - с расстройствами личности; 133 (7,6%) – с невротическими расстройствами; 119 (6,8%) – с нарушениями поведения и эмоций в детском возрасте; 82 (4,7 %) – с иными психическими расстройствами. Методы исследования: клинко-психопатологический, клинко-статистический.

Результаты. Методика позволила сравнительно оценить структуру дефицита навыков у лиц с различными психическими расстройствами. Так, среди наиболее дезадаптированных предсказуемо оказались пациенты с тяжёлой умственной отсталостью, испытывавшие затруднения в способности ориентироваться в окружающем, имеющие минимальные возможности к обучению, общению. Они обладали простейшими навыками самообслуживания, но в реализации бытовых умений, где требовались более сложные комплексные навыки, оказывались несостоятельными, практически не передвигались вне дома самостоятельно. Среди пациентов с умеренной умственной отсталостью можно было выделить менее адаптированных подростков с отягощённой умеренной умственной отсталостью и более адаптированных подростков с «лёгкой имбецильностью». Первые обладали низким потенциалом к обучению и контролю за своей деятельностью, имели выраженные речевые расстройства, но на сниженном уровне были способны к самообслуживанию и ориентации в окружающем мире, были способны функционировать в быту: помогать в уборке дома, приготовлении пищи, у них были сформированы некоторые образовательные навыки (чтения, механического счёта), но они никак их не применяли вне учебной ситуации. Вторые отличались хорошо развитыми навыками самообслуживания и бытовыми умениями, свободно общались на примитивном уровне, испытывая, впрочем, затруднения в использовании более сложных техник общения: умения знакомиться, поддержать беседу, вести диалог, дискуссию; наиболее низкими у них были баллы развития образовательных навыков. Относительно подростков с лёгкой умственной отсталостью можно было заключить, что они оказались самыми адаптированными и их психическое недоразвитие не вызывало значимых нарушений социальной приспособленности.

Больные шизофренией демонстрировали значительный разброс в уровне социальной приспособленности, индивидуальные предпочтения в реализации навыков, у них отмечалась диссоциация между наличием и реализацией навыков, диссоциация между образовательными навыками и навыками самообслуживания и быта, противоположная такому соотношению у умственно отсталых детей: пациенты с шизофренией, демонстрируя неплохой уровень знаний, были беспомощны в быту, умственно отсталые – наоборот.

Выраженность социальной несостоятельности обследованных зависела от тяжести психической патологии, от нозологии, к примеру пациенты, страдающие шизофренией, нередко реализовали меньшее количество умений, чем подростки с неотягощённой умеренной умственной отсталостью. Количество и качество социальных навыков у каждого больного зависело от благополучности и адекватности социального окружения, типа воспитания в семье, реабилитационных усилий, направленных на выработку базовых социальных умений.

Определение степени развития навыков использовалось для вынесения решения о направлении пациента на Бюро медико-социальной экспертизы с целью оформления или продления инвалидности.

Резюме. Методика оказалась полезной в структурировании работы с подростками, имевшими нарушения социального функционирования. Она может использоваться как при диагностике этих нарушений, так и при планировании социо-реабилитационных усилий.

Литература

1. Мазаева Н.А., Шмакова О.П. Оценка социальных навыков и умений подростков с хроническими психическими расстройствами, сопровождающимися нарушениями адаптации: Медицинская технология. – М.: МАКСПресс, 2015. – 40 с.

2. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. – 2-е изд., перераб. и дополн. / Шипицына Л. М. – СПб.: Речь. 2005. – 477 с.

3. Шмакова О.П. Социальное функционирование подростков, с детства страдающих психическими расстройствами. В книге: Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации. сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией Н.Г. Незнанова, И.В. Макарова. 2014. С. 118-119.

4. Gunzburg H.C. Social competence and mental handicap / Gunzburg H.C. – London.1973. – 236 p.

5. International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version. (ICF-CY). – WHO. Geneva, 2007. – 322 p.

6. Sparrow S.S., Balla D.A., Cicchetti D.V. Vineland Adaptive Behavior Scales. Classroom Edition. Questionnaire Booklet. – American Guidance Service Inc. – 1985. – P. 15.

Шмойлова Н.А.

ЦЕННОСТЬ ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ, СТРЕМЯЩЕЙСЯ К САМОАКТУАЛИЗАЦИИ

ФГБОУ ВО АлтГПУ, Барнаул, Россия
nataliasch@ya.ru

Ключевые слова: психологическое здоровье, ценность здоровья, самоактуализация личности.

Shmoylova N. A.

THE VALUE OF THE HEALTH OF A PERSON STRIVING FOR SELF- ACTUALIZATION

AltSPU, Barnaul, Russia
nataliasch@ya.ru

Keywords: psychological health, the value of health, self-actualization of the individual.

Введение. Проблемы здоровья и болезни традиционно волновали все человечество. Долгое время они рассматривались, прежде всего, медициной, затем к ним обратилась клиническая и общая психология в связи с определением нормы, выявлением границ патологии. В XX столетии психология стала уделять особое внимание аномалиям человеческой природы: страданиям, внутриличностным конфликтам и кризисам [1]. И только во второй половине прошлого века предметом основательного исследования становится психологическое здоровье личности. Крупнейшие учение Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс, С. Гроф являются основателями разработок психологических концепций здоровья. Проблема здоровья представляет собой проблему первостепенной значимости для гуманистической психологии.

Она разрабатывает целостный подход к здоровью, в котором физическое и психическое здоровье представляются взаимосвязанными и более того, оказываются связанными с высшими ценностями, целями, потребностями человека. Любые представления о здоровье детерминированы определенным социокультурным контекстом, в котором оно формируется, а потому не могут быть абсолютными. Однако стремление быть здоровым имманентно присуще человеку, ребенок рождается с потенциальной возможностью быть здоровым, а потому здоровье не может препятствовать, оно способствует творческой эволюции человека. Рассветом творческой эволюции, по определению А. Маслоу, является самоактуализация (Маслоу А., 1999) [3]. Известно, что именно в юношеском возрасте человек стремится к максимальной реализации своих способностей и проявлению своих талантов. Стремление постоянно добиваться успеха требует от молодого организма большое количество сил, хорошего самочувствия как физического, так и психического.

Именно поэтому в своем исследовании мы задались вопросом, каково место здоровья в иерархии ценностей у юношей и девушек с различной степенью самоактуализации. Ведь, если здоровье сопутствует самоактуализации, резонно предположить, что у человека, стремящегося к удовлетворению самой своей высокой потребности, потребности в самоактуализации, здоровье в иерархии ценностей должно занимать одно из первых мест.

Объектом исследования выступила ценностно-смысловая сфера личности.

Материал и методы. В исследовании приняли участие юноши и девушки в возрасте 16-17 лет: 132 человека. Предполагалось проверить в исследовании следующие гипотезы:

1. ключевыми элементами представления о здоровье в молодежной среде являются характеристики поведения, связанного со стремлением к самореализации: активность, целеустремленность, творчество и др.,

2. здоровье в иерархии жизненных ценностей занимает одно из первых мест у лиц с высоким уровнем самоактуализации.

В качестве основного способа выявления места здоровья в иерархии жизненных ценностей применялась методика диагностики системы ценностей KVS-3 (Д.В. Каширский, 2009) [2], испытуемым было предложена анкеты «Ваш образ жизни» (Н.А. Шмойлова, 2007) [4]. Также юноши и девушки были обследованы с помощью самоактуализационного теста (САТ) Л.Я. Гозмана и др. на основе методики Э. Шострома ROI.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что 80% опрошенных находятся в диапазоне психической и статистической нормы, 20% находятся в диапазоне самоактуализации. Анализируя полученные результаты в целом по выборке, нами было установлено, что 82,6% респондентов включили «здоровье» в перечень наиболее важных ценностей. С помощью анкетирования было установлено, что представления о здоровье в основном сводилось к отсутствию вредных привычек (52% опрошенных). Далее в числе факторов, дестабилизирующих здоровье, назывались низкая двигательная активность (46,2%), нерациональное питание (32,4%). Большинство опрошенных (92%) считают, что стремление к достижению поставленных целей требует хорошего физического и психического здоровья. Для установления корреляционной связи между уровнем самоактуализации по шкалам и местом здоровья в иерархии ценностей нами был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена. В результате установлена положительная корреляционная связь между:

- шкалой ценностной ориентации и здоровьем ($r=0,54$; $p\leq 0,01$),
- шкалой познавательных потребностей и здоровьем ($r=0,49$; $p\leq 0,02$),
- шкалой самоуважения и здоровьем ($r=0,49$; $p\leq 0,04$).

В каждом из этих случаев корреляционная связь «+», то есть чем выше показатель САТ по шкале, тем выше ценность здоровья в иерархии ценностей.

Резюме. Таким образом, проведенное исследование показало, что большая часть юношей и девушек отводят здоровью одно из первых мест в иерархии жизненных ценностей и включают в понятие «здоровье» характеристики физического благополучия, физические ощущения здоровья и внешние проявления здоровья (активность, целеустремленность). Кроме того,

юноши и девушки, находящиеся в диапазоне самоактуализации понимают всю важность здоровья для полноценной насыщенной жизни, здоровье представляется как принадлежащее субъекту и связывается с успехом и эффективностью его деятельности.

Литература

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
2. Каширский Д.В., Н.А. Шмойлова Здоровье в системе ценностей самоактуализирующейся личности // Личность как предмет классической и неклассической психологии: XIII межд. Чтения памяти Л.С. Выготского (Москва, 13-17 ноября 2012 г.) / под ред. В.Т. Кудрявцева: В 2т. Т. 1. – М.: РГГУ, 2012. – С. 18-23.
3. Маслоу А. Психология бытия. – М.: Рефл-Бук; К., Ваклер, 1997. – 304 с.
4. Шмойлова Н.А. Ценностное отношение к собственному здоровью как показатель психологической гармонии личности // Мир науки, культуры, образования. – 2009. – № 5. – С. 287-289.

Научное издание

**Материалы Третьей Всероссийской научно-практической конференции с
международным участием 25–26 ноября 2021 года**

**ДИАГНОСТИКА В МЕДИЦИНСКОЙ
(КЛИНИЧЕСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ:
ТРАДИЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

К 110-ЛЕТИЮ СУСАННЫ ЯКОВЛЕВНЫ РУБИНШТЕЙН

Под редакцией:

Кандидата психологических наук, доцента Н.В. Зверевой
Кандидата психологических наук, доцента И.Ф. Рожиной

Верстка – М.В. Зверева

ФГБОУ ВО «Московский государственный
психолого-педагогический университет»
Адрес: 127051, Москва, ул. Сретенка, д. 29
www.mgppu.ru

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Адрес: 115522, Москва, Каширское шоссе, 34
www.psychiatry.ru