

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2015. Том 4, № 3
2015. Vol. 4, no 3

СОДЕРЖАНИЕ

Теоретические исследования

- Дурнева М.Ю.* Формирование пищевого поведения: путь от младенчества до подростка. Обзор зарубежных исследований 1-19
- Мелёхин А.И.* Социо-эмоциональная селективность как фактор субъективного благополучия в пожилом и старческом возрасте 20-33

Эмпирические исследования

- Власенкова И.Н., Зверева Н.В.* Уровень развития интеллекта и особенности ассоциативной деятельности на стимулы разных модальностей у детей в норме и при шизофрении 34-46

Прикладные исследования

- Ледовских А.Г., Луковцева З.В.* Алекситимия у лиц, систематически занимающихся оздоровительной йогой 47-63

Методы и методики

- Белопольская Н. Л., Рубан О В.* Психологическая поддержка матерей детей с расстройствами аутистического спектра с использованием традиций русского чаепития 64-76

Научные дискуссии

- Румянцева Е.Е.* Модель психического (theory of mind) и нейрокогнитивное функционирование при шизофрении 77-85

Хроника

- Горячева Т.Г., Седова Е.О.* V международный конгресс по синдрому дефицита внимания и гиперактивности 86-90
- Щербакова А.М.* Юбилей Н.М.Иовчук 91-94
- Рощина И.Ф.* Юбилей Н.В.Зверевой 95-98

CONTENT

Theoretical research

- Durneva M.U.* Development of eating behavior: the way from infancy to adolescence. Review of foreign studies 1-19
- Melehin A.I.* Socio-emotional selectivity in elderly and old age as a factor of subjective well-being 20-33

Empirical research

- Vlasenkova I.N., Zvereva N.V.* Level of intellectual development and features of association activity of children of normal and schizophrenia conditions in response to stimuli of different modalities 34-46

Applied research

- Ledovskikh A.G., Lukovtseva Z.V.* Alexithymia in persons regularly engaged in wellness yoga 47-63

Methods and techniques

- Belopolskaya N.L., Ruban O.V.* Psychological support for mothers of children with autism spectrum disorders via traditional Russian tea party 64-76

Scientific discussions

- Rumyantseva E.E.* Theory of mind and neurocognitive functioning in schizophrenia 77-85

Chronicle

- Goryacheva T.G., Sedova E.O.* 5th World Congress on ADHD: From Child to Adult Disorder 86-90
- Scherbakova A.M.* Jubilee of N.M. Iovchuk 91-94
- Roschina I. F.* Jubilee of N.V. Zvereva 95-98

Формирование пищевого поведения: путь от младенчества до подростка. Обзор зарубежных исследований

Дурнева М.Ю.,

кандидат психологических наук, медицинский психолог, Государственное казенное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая больница №5 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия, mkelina84@mail.ru

В статье представлен обзор зарубежных исследований, изучающих особенности формирования пищевого поведения на разных этапах онтогенеза. Подробно рассмотрены причины появления дезадаптивных пищевых установок в период с рождения до подросткового возраста. К общим факторам относится семейная среда и социальное окружение. Знания и установки в отношении питания, а также вкусовые предпочтения составляют индивидуальные факторы. Формирование пищевых привычек в младенческом, раннем и дошкольном возрасте тесно связано с особенностями пищевых установок родителей; в школьном и подростковом возрасте доминирующую роль начинают играть сверстники и социальное окружение. Наиболее оптимальным и эффективным способом борьбы с дезадаптивными пищевыми установками детей является их раннее предотвращение (в первые годы жизни ребенка). Ограничение и контроль являются неэффективными стратегиями по формированию здорового пищевого поведения детей.

Ключевые слова: пищевое поведение, вкусовые предпочтения, семейная среда, сверстники, социальное окружение, ожирение.

Для цитаты:

Дурнева М.Ю. Формирование пищевого поведения: путь от младенчества до подростка. Обзор зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 3. С. 1-19 doi: 10.17759/psyclin.2015040301

For citation:

Durneva M.U. Development of eating behavior: the way from infancy to adolescence. Review of foreign studies [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2015, vol. 4, no. 3, pp. 1-19 doi: 10.17759/psycljn.2015040301. (In Russ., abstr. in Engl.)

Пищевая потребность является одной из базовых витальных (жизненных) потребностей всех живых существ, она направлена на поддержание внутреннего гомеостаза [4]. Пища обеспечивает живой организм необходимыми запасами энергии, способствует строительству новых клеток и созданию сложных химических соединений, необходимых для полноценного функционирования организма. Известный психолог Абрахам Маслоу относил пищевое поведение к категории «истинных» или первичных потребностей (физиологических нужд) человека, удовлетворение которых необходимо для формирования потребностей более высокого уровня. Он писал: «Если человеку нечего есть и если ему при этом не хватает любви и уважения, то все-таки в первую очередь он будет стремиться утолить свой физический голод, а не эмоциональный» [5, 52].

Очевидно, что вкусовые предпочтения определяются генетической предрасположенностью, заключающейся в выборе сладкого и соленого в качестве предпочтительных вкусов, при этом горький и кислый вкусы связаны с неудовольствием [29].

Однако с момента рождения пищевые привычки начинают меняться под влиянием значимых взрослых и окружающей среды [29]. Количество съеденной пищи, ритуалы, связанные с процессом приема пищи специфичны для каждого человека, а пищевые привычки могут определяться множеством внешних факторов (семейными традициями, религиозными представлениями, жизненным опытом, влиянием имеющихся в обществе стереотипов, связанных с едой и прочее) [4]; [15].

Так, в обзоре, охватывающем работы по изучению пищевого поведения в период с 1992 по 2003 год, выделены общие и индивидуальные факторы [32]. К общим факторам относится семейная среда и социальное окружение, включающее сверстников, школьную среду, СМИ и прочее. Знания и установки в отношении питания, а также вкусовые предпочтения составляют вторую группу переменных [там же].

Таким образом, пищевое поведение человека представляет собой сложный биопсихосоциальный феномен, связанный не только с удовлетворением витальной потребности, но выполняющий ряд других, социальных по своей природе, функций. Помимо эволюционного смысла, пищевое поведение человека приобретает дополнительные переносные значения, становясь универсальным языком социальных посланий [1].

Например, на оценку адекватности пищевого поведения могут влиять этнокультуральные особенности человека: в восточной психологической модели ценностей питанию отводится одно из основных мест, тогда как в западной культуре питание само по себе не является ценностью [6].

Однако довольно часто символические функции питания человека начинают преобладать над первичным биологическим инстинктом, в результате чего пищевое поведение теряет свое адаптивное значение. Увлечение диетами, чрезмерные

физические нагрузки, использование различных препаратов для снижения веса, эпизоды неконтролируемого обжорства – это далеко не весь спектр форм нарушенного пищевого поведения.

Здоровое питание – это пищевое поведение и связанные с ним практики, направленные на улучшение, поддержание и сохранение здоровья [32]. Формирование пищевого поведения представляет собой сложный динамический процесс, который начинается с рождения и продолжается всю жизнь [19]. Поскольку пищевые привычки закладываются в детстве, необходимо знать причинные факторы с целью разработки эффективных образовательных стратегий по формированию здорового пищевого поведения [28].

В настоящей статье анализируются особенности онтогенеза пищевого поведения и факторы, влияющие на него, а также изложены практические рекомендации для профилактики дезадаптивных пищевых установок с учетом возрастных особенностей.

Пищевая потребность играет наиважнейшую роль в первые годы жизни человека с точки зрения формирования эмоциональной привязанности и базового доверия к миру. Младенец избавляется от телесного дискомфорта преимущественно во время грудного кормления, при этом акт насыщения отождествляется с ощущением того, что ребенка любят [4].

Кроме того, младенец испытывает приятные тактильные ощущения во время кормления. Психологи отмечают, что в течение первых восемнадцати месяцев все желания ребенка сосредоточены целиком и полностью вокруг материнской груди, выступающей в качестве удовлетворяющего объекта [7]. Ощущение сытости, блаженства и защищенности в переживании ребенка оказываются связанными между собой. Впоследствии для взрослого человека ощущение сытости будет равнозначно нахождению в безопасности, а удовлетворение желания поесть неосознанно способствовать редукции страхов и тревожных состояний [9].

В период грудного вскармливания ребенок приобретает опыт распознавания чувства голода и насыщения, развивая регуляторные способности [23], а взаимодействие с матерью во время этого процесса способствует формированию привязанности и базового доверия младенца к миру.

В связи с этим здоровое пищевое поведение становится возможным только в ситуации безоговорочной поддержки матерью своего ребенка, которая выражается в том числе в умении матери чувствовать потребность младенца в питании [25]. Однако если мать не выражает любовь своему ребенку, отстранена или спешит во время кормления, у младенца могут сформироваться агрессивные импульсы по отношению к матери, которые он вытесняет.

Материнская депривация приводит к внутренней раздвоенности в сознании ребенка, порождая мощную динамику либидозных и деструктивных импульсов [7].

Амбивалентность чувств обуславливает различные вегетативные реакции,

дезадаптивные по своей природе. Пренебрежение потребностями новорожденного может приводить к различным нарушенным поведенческим реакциям (резкие смены эпизодов продолжительного плача, апатия и прочее) [25].

Нарушенное пищевое поведение может возникать и в другой ситуации, когда при первых сигналах плача мать незамедлительно приступает к кормлению ребенка. В результате младенец научается использовать пищу как средство достижения различных целей (в этом возрасте речь, прежде всего, идет о комфорте, любви и ласке) [10]. В дальнейшем взрослый может использовать перекармливание в качестве механизма, защищающего индивида от различных угроз и помогающего справляться с различными препятствиями.

Еще одним фактором формирования дезадаптивных пищевых установок в младенческом возрасте является эмоциональная обедненность диадических отношений. Это бывает в ситуации, когда матери уделяют чрезмерное внимание питанию в ущерб эмоциональному общению со своим ребенком, в результате чего еда будет выступать единственным средством коммуникации между ними [33]. Ребенок будет воспринимать эмоциональное реагирование как неприемлемое или пугающее, что в дальнейшем может приводить к формированию убеждений о нежелательности и непозволительности эмоционального выражения [27]. Это, в свою очередь, может приводить к развитию вторичной реакции на подавленные эмоции в виде стыда, чувства вины и отвращения к людям, позволяющим себе выход в эмоции и чувства.

Таким образом, эмоциональное общение матери с малышом, предоставление ему свободы в регуляции собственных физиологических потребностей и безоговорочное принятие ребенка являются главными механизмами формирования адекватных пищевых стратегий в младенческом возрасте.

Первые три года жизни занимают особое место в формировании пищевого поведения ребенка, поскольку тесно связаны с его моторным, когнитивным и социальным развитием [23]. В раннем детстве ребенок, у которого адекватно сформировалось базовое доверие к окружающему миру, развивает самостоятельные качества, обретая некоторую «эмоциональную отделенность» от своих родителей [23]. Ребенок приобретает автономию в регуляции своего поведения (в том числе и пищевого) благодаря развитию моторных и речевых навыков. Теперь он может самостоятельно определять необходимое количество еды, наиболее комфортное время для приема пищи, у него формируются вкусовые предпочтения и прочее [28].

Психологи подчеркивают, что в этот период крайне важно предоставлять детям свободу выбора в процессе приема пищи: делать перерывы в кормлении, если ребенок устал; позволять ребенку играть или отвлекаться во время кормления. Некоторые дозволения возможны и в отношении «любимой» и «нелюбимой» еды [25]. Это позволит избежать возникновения неophobia (негативного отношения к новой пище) в раннем возрасте.

Вообще неophobia является защитной формой поведения всех живых существ, позволяющей избежать угрозы поедания несъедобных или опасных веществ [19]. Однако в дальнейшем она становится серьезной проблемой как для родителей, так и для педиатров в связи с невозможностью введения в рацион питания необходимых продуктов [2].

Поддерживающая и безопасная окружающая среда, приятная атмосфера, совместные эксперименты с едой позволят избежать подобной проблемы [19]; [28]. Также для того, чтобы ребенок принял предложенную ему пищу, необходимо многократное (до 10-15 раз) повторение попыток [28].

Пищевое поведение в раннем возрасте во многом определяется особенностями воспитания. Родители оказывают существенное влияние на формирование пищевых установок детей через собственное пищевое поведение и отношение к пище [14]; [19]. Взаимодействуя со значимыми взрослыми (прежде всего, с матерью) ребенок усваивает конкретные модели пищевого поведения.

К примеру, мама занимает авторитарную позицию в отношении питания и полагает, что ребенок должен съесть все, что лежит в тарелке (принцип «чистой тарелки»). Такая тактика поведения вполне объяснима с позиции эволюции: недостаток еды во все времена считался и считается главной угрозой для здоровья и развития детей [12]. Во многих обществах упитанные младенцы воспринимаются как здоровые и счастливые, поэтому с целью избавления от различных стрессовых событий родители должны как можно чаще и больше кормить своих малышей [там же].

Однако прекращение приема пищи в таком случае будет зависеть не от появления чувства насыщения, а от заданного количества еды [10]. Такая модель питания приводит к тому, что ребенок не научается различать голод и чувство насыщения [19]; [28]. Ребенок будет опираться не на внутренние сигналы, а ориентироваться на количество пищи, которое ему необходимо съесть [28]. В результате происходит нарушение внутреннего контроля над количеством съеденной пищи, что чревато риском развития ожирения. К примеру, в одном исследовании изучалась связь пищевых установок родителей и особенности выбора еды для своих детей [12]. Оказалось, что позиция родителей «чем больше, тем лучше» негативно влияет на пищевое поведение детей и приводит к росту массы тела ребенка [там же].

Родители, занимающие позицию «чистой тарелки», полагают, что их дети не способны самостоятельно определять количество необходимой пищи и регулировать свой энергетический баланс. Однако в ряде исследований было показано, что дети в возрасте уже двух лет способны регулировать суточный рацион питания и определять необходимый размер порций [28].

Рассмотрим модель формирования пищевого поведения, в которой любой дискомфорт ребенка мама замещает едой. Например, если ребенок разбил коленку

или очень расстроен, мама предлагает что-нибудь вкусненькое. Пищевое поведение в данной ситуации наделяется дополнительной функцией – избавление от негативных переживаний и физической боли. Во взрослой жизни такой человек будет часто прибегать к механизму заедания стресса, что может привести к развитию ожирения, нервной булимии, эпизодов компульсивного переедания.

Могут также возникать ситуации, в которых любые манипуляции с едой мама сопровождает следующими высказываниями: «Чем больше съешь, тем здоровей будешь», «Если не съешь все – будешь часто болеть» и прочее [10]. Нетрудно догадаться, что ребенок научится в дальнейшем использовать питание в своих целях, извлекая при этом вторичную выгоду («Я поем, если купишь новую игрушку»). Далее, протестные голодовки в подростковом возрасте могут из цели превратиться в самостоятельный мотив, в результате чего риск развития ограничительного пищевого поведения возрастет.

Итак, дезадаптивные пищевые установки, сформированные в младенческом и раннем возрасте, могут приводить к формированию нарушений пищевого поведения в дальнейшем. Приведем результаты исследований, подтверждающие данное предположение.

Например, в одном кросскультурном исследовании было обнаружено, что у пациентов с нервной анорексией в два раза чаще по сравнению с контрольной группой встречались проблемы, связанные с питанием и перевариванием пищи в младенческом возрасте [22]. В другой работе авторы показали, что проблемы, связанные с пищеварением, требовательность и избирательность в еде, протесты детей против «нелюбимой пищи» приводят в дальнейшем к развитию нарушений пищевого поведения [там же]. В четырехлетнем лонгитюдном исследовании, выборку которого составили младенцы 3-12 месяцев с ранним отказом от еды, были выявлены проблемы, связанные с пищевым поведением и привычками, у тех же испытуемых в более позднем возрасте [33].

Пищевое поведение детей дошкольного возраста обладает некоторыми отличительными особенностями. Так, по данным одного исследования, для дошкольников характерно медленное пережевывание; немотивированное беспокойство и отказ от приема пищи, связанное с отвлекаемостью внимания [3]. К шести годам описанные особенности пищевого поведения становятся менее выраженными, поскольку происходит дальнейшая социализация пищевой потребности.

В дошкольном возрасте пищевое поведение претерпевает ряд изменений. В этот период пищевая потребность часто актуализируется в ответ на стимулы окружения, повышая тем самым вероятность изменения индекса массы тела в сторону его увеличения [14]. Кроме того, родители могут недооценивать реальный вес своего ребенка, увеличивая шансы формирования ожирения уже в дошкольном возрасте [там же]. В большом исследовании, охватывавшем более четырех тысяч детей в возрасте четырех лет, было обнаружено, что дети дошкольного возраста с

высоким индексом массы тела продолжают питаться в ответ на внешние факторы (если существует такая возможность в их окружении).

Поскольку пищевое поведение детей дошкольного возраста остается зависимым от семейного контекста в большей степени, чем от психосоциальных и культуральных факторов [28], формирование пищевых предпочтений должно осуществляться в контексте семейных традиций и обычаев, а родитель занимать активную позицию в качестве «воспитателя пищевых привычек» [там же].

В одном исследовании было обнаружено, что дети выбирают более разнообразную еду во время совместного с родителями приема пищи, по сравнению с ситуациями, когда им приходится есть в одиночку [13]. В другой работе было показано, что дети начинают употреблять в пищу значительно больше молочных продуктов, фруктов и овощей после наблюдения того, как их родители употребляют в пищу описанные продукты [12].

S. Olivera (С. Оливера) вместе с коллегами показала, что совместный прием пищи повышает питательную ценность еды у детей дошкольного возраста, а I. Contento (И. Контенто) и др. обнаружил связь между мотивацией матери к приему полезной пищи и разнообразием вкусовых предпочтений их детей [13].

Особое значение приобретает активная позиция взрослых во время совместных приемов пищи [19]. Родители могут положительно отзываться о пище, которую они едят, приглашая своего ребенка к изучению цвета, формы, запаха употребляемого в пищу продукта; не стоит при этом ограничиваться одними разговорами о еде: повышенное внимание к питанию может снизить интерес ребенка к своему обеду.

Однако дети могут копировать не только хорошие пищевые привычки родителей, но также негативное отношение к еде, своей фигуре, весу и прочему [13]. В ряде работ было обнаружено, что существует связь между тревогой матери и дочери в отношении веса, а ограничительное пищевое поведение матери тесно связано с соблюдением диет у дочерей [13]; [29].

Ограничительное пищевое поведение матерей может также провоцировать переедание у их детей, в особенности это касается дочерей [11]; [15]. В одной работе, к примеру, было обнаружено, что у девочек в возрасте пяти лет с избыточной массой тела, матери которых ограничивают их в еде, отмечается выраженная склонность питаться при отсутствии чувства голода [11]. В аналогичной работе выявлена связь между растормаживанием пищевого поведения матерей и избыточной массой тела их дочерей в возрасте трех-шести лет [24].

Одним из способов профилактики риска нарушений пищевого поведения в дошкольном возрасте является, на наш взгляд, обучение родителей положительной модели здорового питания, учитывающей отношение к еде, вкусовые предпочтения, семейные ритуалы, а также организацию и систематизацию режима питания детей.

Родительский контроль над питанием детей заслуживает отдельного, на наш взгляд, рассмотрения.

Существуют две формы такого контроля. К первой форме относится ограничение детей от употребления полуфабрикатов, вредной пищи, а также общего количества потребляемой пищи; второй формой является принуждение детей употреблять в пищу исключительно здоровые продукты [24]. На практике чаще используются комбинированные стратегии контроля.

Ограничение как форма контроля приводит к негативным результатам. Поскольку дети часто думают о «запрещенной еде», они начинают употреблять пищу «про запас», в результате чего формируется желание поесть в отсутствие чувства голода. Это приводит к снижению регуляторных способностей, росту массы тела, появлению негативной самооценки [11]; [12]; [15]; [19]; [24]; [29]. К примеру, в одной работе было обнаружено, что дети трех-шести лет проявляют больше внимания к недоступной еде. В другом исследовании дети употребляли в пищу «запрещенные» продукты значительно чаще, чем в ситуациях, когда родители позволяют употреблять в пищу эти же продукты [19].

При этом ограничение одних продуктов и навязывание других может приводить к тому, что дети начнут думать о еде категорически, с позиции «хорошая еда» или «плохая еда» [11]. Дихотомическое мышление, в свою очередь, повышает риск формирования дезадаптивных пищевых установок [1].

Вторая форма контроля, при которой родители принуждают своих детей употреблять выбранную ими пищу в заданном количестве, также является контрпродуктивной по той простой причине, что дети не научаются самостоятельно регулировать собственный энергетический баланс [11]; [21]; [24]; [29]. Авторитарная позиция родителей в отношении еды, не учитывающая потребности и запросы ребенка, может приводить к переяданию, избыточной массе тела ребенка, отказу от еды, высокой избирательности и требовательности к пище и пр. [12].

Кроме того, такая стратегия повышает вероятность употребления их детьми вредной пищи [32]. К примеру, R. Brown (Р. Браун) и J. Ogden (Дж. Огден) обследовали 112 пар родителей и их детей в возрасте 9-13 лет на предмет формирования пищевых привычек и поведения. Авторы обнаружили, что в парах, где родители использовали еду в качестве контроля, дети значительно больше употребляли в пищу «нездоровую» пищу, у родителей и детей также отмечался высокий уровень неудовлетворенности телом [13].

В других работах изучалась форма контролирующего поведения, при котором употребление здоровой и полезной пищи вознаграждалось родителями («Съешь овощи, получишь свой пуддинг»), или родители манипулировали своим отношением к детям («Если ты съешь свои овощи, я буду очень довольна тобой»).

Несмотря на то, что подобные способы поведения могут приводить к тому, что дети начнут употреблять в пищу больше овощей и фруктов, эффект таких тактик

обычно краткосрочен [29]. В долгосрочной перспективе это приведет к формированию негативного отношения к здоровой пище и появлению дезадаптивных пищевых установок. Дети будут больше и чаще употреблять в пищу «запрещенные» продукты, меньше есть овощей и фруктов. Все это ограничивает разнообразие продуктов, а также нарушает регуляцию энергетического баланса в результате того, что дети перестают связывать прием пищи с внутренними сигналами голод/насыщение [29].

Поскольку пищевые установки родителей и их поведение оказывают центральное значение в формировании пищевых установок и привычек детей в раннем и дошкольном возрасте, необходимо разработать некоторые рекомендации для профилактики появления дезадаптивных пищевых установок в детском возрасте.

S. Scaglioni (С. Скаглиони) вместе с коллегами описала подробные рекомендации, в которых содержится информация о том, как развиваются пищевые предпочтения детей в семейной среде, а также практические советы по формированию здоровых пищевых привычек и мотивированию детей к употреблению новой, незнакомой пищи [29]. Приведем некоторые из них:

1. Помните, что ограничение и контроль являются неэффективными стратегиями и приводят к формированию дезадаптивных пищевых привычек в детском возрасте.
2. Моделирование ситуации, когда родитель и ребенок совместно употребляют разнообразную еду, является эффективной пищевой стратегией. Действуйте по правилу «Делай как я», избегайте модели «Делай то, что я сказал».
3. Научите своего ребенка распознавать чувство насыщения и не переедать. Не заставляйте ребенка доедать, если он говорит, что больше не голоден.
4. Позволяйте своим детям (при наличии у ребенка нормального индекса массы тела) самим регулировать количество употребляемых калорий.
5. Старайтесь организовывать регулярные совместные приемы пищи.
6. Ограничьте просмотр вашими детьми телевизионных программ до двух часов в день.
7. Важно помнить, что вы несете ответственность за выбор еды, а также за время и место ее употребления, разнообразие пищи, размер порций в соответствии с возрастом ребенка, количество перекусов.

В дошкольном возрасте пищевое поведение формируется не только под влиянием семейной среды, но сверстников и других значимых взрослых. Данкер еще в 1939 году проводил исследования, в которых детям предлагалась еда, рекламируемая другими детьми, незнакомыми взрослыми и выдуманном героем

[8]. Результаты показали, что дети копируют поведение знакомых людей, тогда как поведение незнакомого взрослого влияния на них не оказывало [там же]. В другом исследовании изучалось влияние зрительного обучения на изменение пищевого поведения детей дошкольного возраста. Оказалось, что после просмотра видео, на котором сверстники ели овощи и фрукты с большим удовольствием, испытуемые начинали употреблять аналогичную пищу, подражая героям видеоролика [8].

В школьном возрасте значение факторов социального окружения, формирующих свою культуру питания, возрастает. По мере взросления пищевая потребность ребенка все больше социализируется, приобретая дополнительные знаково-символические значения. Питание теперь связано не только с ощущением безопасности и комфорта, но также участвует в межличностном взаимодействии.

Пищевое поведение начинает выполнять такие функции, как коммуникация, познание, формирование ритуалов и привычек; выступает как средство общения, психоэмоциональной разрядки, самоутверждения, поддержания определенных ритуалов и привычек, удовлетворения эстетической потребности, а также компенсации неудовлетворенных потребностей [4].

К подростковому возрасту пищевая потребность претерпевает ряд изменений, приносящих скорее вред здоровью, чем пользу [12]. Это происходит потому, что подростки активно употребляют в пищу много сладкого, пьют газированные напитки, часто едят вне дома, например, в ресторанах быстрого приготовления (фастфудах), при этом уменьшая долю молочных и других полезных продуктов [там же]. Меняются не только их вкусовые предпочтения, но и пищевые привычки: подростки часто пропускают завтрак, реже едят в семейном кругу. Это приводит к нарушению режима питания, а также снижает качество потребляемой пищи [12]. По данным американских исследователей, каждый третий подросток в возрасте 12-19 лет обладает чрезмерной массой тела.

В подростковом возрасте огромное значение приобретает влияние сверстников и социальное окружение. Школьная среда может выступать связующим фактором между пищевым поведением и общением (во время перемены подростки, общаясь между собой, часто едят «вредную» пищу).

Так, в одном исследовании моделировались различные ситуации с целью изучения, как социальное взаимодействие подростков связано с особенностями их пищевого поведения и вкусовыми предпочтениями [30]. Оказалось, что подростки с одинаковыми пищевыми привычками склонны формировать некоторые сообщества, отличающие их от других групп по параметру выбора здоровой/нездоровой пищи [там же]. Опираясь на полученные результаты, авторы приходят к заключению, что при разработке профилактических программ по коррекции дезадаптивных пищевых установок в подростковом возрасте важно обращать внимание родителей на ближайшее окружение своего ребенка. Избежать вовлечения в «обезогенное» (от английского слова «obese» - полнота, «genes» - происхождение) окружение своего ребенка становится возможным благодаря

расширению и укреплению позитивных отношений со сверстниками не из группы риска.

Несмотря на то, что доминирующая роль в социализации пищевого поведения принадлежит ближайшему социальному окружению подростка, семейные факторы по-прежнему имеют значение для формирования пищевых его привычек. Так, в большом исследовании, охватывающем более двух тысяч подростков, было показано, что их родители довольно часто используют контролирующие стратегии поведения, принуждая своих детей питаться правильно или ограничивая употребление «вредных» продуктов [21]. Ограничительная стратегия значимо чаще встречается в семьях, все члены которых имеют проблемы с лишним весом [там же].

Появление дезадаптивных пищевых установок и привычек в подростковом возрасте часто объясняется стигматизацией полноты и пропагандой идеала худобы среди девушек. Для подростков чрезвычайно важно, чтобы их тело и внешность соответствовали стереотипному образу маскулинности и фемининности. Однако идеалы физической привлекательности, транслируемые средствами массовой информации, далеки от реальности.

Гормональные изменения, «телесные новообразования», далекие от идеала, порождают сомнения в собственной привлекательности, что повышает неудовлетворенность телом. Например, данные ряда исследований говорят о том, что от 28% до 55% девушек подросткового возраста не довольны своим телом и желают быть худее [26]. В другом исследовании было обнаружено, что девушки всех возрастов склонны переоценивать реальную фигуру, однако наибольшая переоценка параметров фигуры отмечается в подростковом возрасте [20].

Непринятие своей внешности, негативная оценка фигуры и веса толкает подростков к поиску различных способов реконструкции своего тела, которые чаще приносят вред физическому и психическому здоровью, нежели пользу. Например, в исследовании, охватывающем более 80 тысяч подростков, было обнаружено, что 56% учениц девятой ступени обучения и 57% учениц двенадцатой ступени обучения вовлечены в различные формы нарушенного пищевого поведения (например, очищение желудка, употребление средств для похудения, слабительных с целью снижения или контроля веса) [17]. В другом исследовании авторы изучили 363 девочек подросткового возраста и обнаружили, что 11% из них практикуют искусственно вызванную рвоту, 5% принимают слабительные, у 46% испытуемых отмечаются симптомы компульсивного переедания, у 8% – симптомы нервной анорексии [3]. Все это повышает риск формирования нарушений пищевого поведения, которые входят в тройку наиболее распространенных расстройств среди девушек в возрасте 15-19 лет [16]; [18]; [22]; [31].

Одним из эффективных способов профилактики дезадаптивных пищевых установок в подростковом возрасте является работа с телом, в основе которой лежит техника сближения Я-идеального и Я-реального в результате переосмысления их соотношения в системе самооценки [1].

Выводы

1. Формирование пищевого поведения представляет собой сложный динамический процесс, испытывающий влияние множества индивидуальных, психологических и социокультурных факторов.
2. Формирование пищевых привычек в младенческом, раннем и дошкольном возрасте тесно связано с особенностями пищевого поведения и отношения к еде родителей.
3. В школьном и подростковом возрасте доминирующую роль в формировании пищевых установок играют сверстники и социальное окружение.
4. Наиболее оптимальным и эффективным способом борьбы с дезадаптивными пищевыми установками детей является раннее их предотвращение в первые годы жизни ребенка.
5. При разработке профилактических программ, направленных на формирование здоровых пищевых установок, необходимо учитывать ряд условий: непрерывность и последовательность методик, возрастные особенности.

Литература

1. *Дурнева М.Ю.* Формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста. Дисс.канд. психол. наук. М., 2014. 175 с.
2. *Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А., Гордеева Е.А.* От чего зависит формирование вкусовых предпочтений у младенцев // Вопросы современной педиатрии. 2012. Сер. 11. № 6. С. 69-74.
3. *Зверева Н.В., Дубровская Е.И.* К вопросу об изучении формирования пищевого поведения у детей дошкольного возраста // V Международный конгресс "Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья". 2013. С. 321-322.
4. *Малкина-Пых И.Г.* Исследование влияния индивидуально-психологических характеристик на результаты коррекции пищевого поведения и алиментарного ожирения // Сибирский психологический журнал. 2008. №30. С. 90-94.
5. *Маслоу А.* Мотивация и личность / пер. А.М. Татлыбаевой. СПб.: Евразия. 1999. 338 С.

6. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича. СПб.: Речь. 2007. 768 С.
7. Соколова Е.Т. Психотерапия: Теория и практика. Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. 2002. 368 С.
8. Формирование навыков рационального пищевого поведения у детей дошкольного возраста. Когнитивно-поведенческий подход. Методические рекомендации / Касаткин В.Н. [и др.]. М. НИАЦ «Социальное питание». 2011. 16 С.
9. Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты. СПб.: Питер. 2003. 651 С.
10. Шебанова В.И., Шебанова С.Г. Влияние семьи на формирование расстройств пищевого поведения детей и подростков // V Международный конгресс "Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья". 2013. С. 327-328.
11. Birch L., Fisher J. Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents // Official Journal of The American Academy of Pediatrics. 1998. P. 539-549.
12. Birch L., Savage J., Ventura A. Influences on the Development of Children's Eating Behaviors: From Infancy to Adolescence // Canadian Journal Diet Practices Research. 2007. V. 68. № 1. P. 1-56.
13. Brown R., Ogden J. Children's eating attitudes and behavior: a study of the modelling and control theories of parental influence // Health Education Research. 2004. V. 19. № 3. P. 261-271.
14. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study // Jansen P. [et al.] // Jansen et al. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2012. V. 9. № 130. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3543222> (дата обращения: 15.07.2015).
15. Determinants of children's eating behavior // Scaglioni S. [et al.] // American Journal of Clinical Nutrition. 2011. Supl. 94. P. 2006-2011.
16. Different dimensions of perfectionism predict disordered eating // Lombardo C. [et al.] // International Journal of Behavioral Medicine. 2012. №19. P. 157.

17. Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? // Welch E. [et al.] // *Eating Behaviors*. 2009. №10. P. 168-175.
18. Eating Disorders in the Adolescent Population: An Overview // Reijonen J [et al.] // *Journal of Adolescent Research*. 2003. V. 18. №3. P. 209-222.
19. *Eliassen E.* The Impact of Teachers and Families on Young Children's Eating Behavior // *Young Children*. 2011. P. 84-89.
20. *Fabian L., Thompson J.* Body Image and Disturbance in Young Females // *International Journal of Eating Disorders*. 1989. V. 8. №1. P. 63-74.
21. Food-Related Parenting Practices and Adolescent Weight Status: A Population-Based Study // Loth K. [et al.] // *Pediatrics*. 2013. V. 131. № 5. P. 1443-1450.
22. *Hoste R., Grange D.* Eating Disorders in Adolescence // *Handbook of Adolescent Health Psychology*. N. Y. 2013. P. 495-506.
23. *Hui Liu Y., Stein M.* Feeding Behavior of Infants and Young Children and Its Impact on Child Psychosocial and Emotional Development // *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Ссылка URL: <http://www.child-encyclopedia.com/child-nutrition/according-experts/feeding-behaviour-infants-and-young-children-and-its-impact-child> (дата обращения: 15.07.2015).
24. *Johannsen D., Johannsen N., Specker B.* Influence of Parent's Eating Behavior and Child Feeding Practices on Children's Weight Status // *Obesity*. 2006. V. 14. № 3. P. 431-439.
25. *Marcus D.* The Pre-School Child at Risk: An Eating Disorder // *Child and Adolescent Social Work*. 1989. V. 6. №1. P. 65-71.
26. *McCabe M., Ricciardelli L.* A longitudinal study of body image and strategies to lose weight and increase muscles among children // *Applied Developmental Psychology*. 2005. №26. P. 559-577.
27. *Nowakowski M., McFarlane T., Cassin S.* Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature // *Journal of Eating Disorders*. 2013. V. 1. № 21. P. 1-14.
28. *Ramos M., Stein L.* Development children's eating behavior // *Journal of Pediatrics*. 2000. V. 76. Sipl. 3. P. 229-237.

29. *Scaglioni S., Salvioni M., Galimberti C.* Influence of parental attitudes in the development of children eating behavior // *British Journal of Nutrition*. 2008. V. 99. Supl. 1. P. 22-25.
30. Social interactions of eating behavior among high school students: a cellular automata approach // *Dabbaghian V. [et al.] // Dabbaghian et al. BMC Medical Research Methodology*. 2012. V. 12. № 155. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/12/155> (дата обращения: 10.07.2015).
31. *Stice E., Shaw H., Marti N.* A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings // *The Annual Review of Clinical Psychology*. 2007. №3. P. 207-231.
32. *Taylor J., Evers S., McKenna M.* Determinants of Healthy Eating in Children and Youth // *Canadian Journal of Public Health*. 2005. V. 96. Supl. 3. P. 20-26.
33. *Tuano S., Keren M.* Расстройства пищевого поведения в младенческом возрасте: эпидемиология и культурные аспекты // *Расстройства пищевого поведения / под ред. Мэйа М., Халми К., Лопез-Ибора Х., Сарториуса Н.. К. Сфера*. 2006. P. 116-119.

Development of eating behavior: the way from infancy to adolescence. Review of foreign studies

Durneva M.U.,

PhD (Psychology), Clinical psychologist, State public institutions Moscow City Health "Mental Hospital №5 Moscow Health Department", Moscow, Russia, mkelina84@mail.ru

Studies examining development of eating behavior in different age groups are reviewed. Determinants of disordered eating attitudes from infancy to adolescent are particularly examined. Family environment and social context are general factors. Knowledge, attitudes and food preferences are individual factors. Eating habits in infancy, early childhood and preschool period related to parent's eating attitudes; peers and social context are dominant in school period and adolescents. The most effective strategy is to prevent disordered eating attitudes in early childhood. Restriction and pressure are not effective strategies in developing healthy eating.

Keywords: eating behavior, food preferences, family environment, peers, social context, obesity.

References

1. *Durneva M.Yu.* Formirovanie otnosheniya k telu i pischevogo povedeniya u devushek podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta. Diss.kand. psihol. nauk. M., 2014. 175 s.
2. *Zaharova I.N., Dmitrieva Yu.A., Gordeeva E.A.* Ot chego zavisit formirovanie vkusovyh predpochtenii u mladencev // *Voprosy sovremennoi pediatrii.* 2012. Ser. 11. № 6. S. 69-74.
3. *Zvereva N.V., Dubrovskaya E.I.* K voprosu ob izuchenii formirovaniya pischevogo povedeniya u detei doshkol'nogo vozrasta // *V Mejdunarodnyi kongress "Molodoe pokolenie XXI veka: Aktual'nye problemy social'no-psihologicheskogo zdorov'ya".* 2013. S. 321-322.
4. *Malkina-Pyh I.G.* Issledovanie vliyaniya individual'no-psihologicheskikh harakteristik na rezul'taty korrekcii pischevogo povedeniya i alimentarnogo ojireniya // *Sibirskii psihologicheskii jurnal.* 2008. №30. S. 90-94.
5. *Maslou A.* Motivaciya i lichnost' / per. A.M. Tatlybaevoi. SPb.: Evraziya. 1999. 338 S.

6. Rukovodstvo po addiktologii / pod red. V.D. Mendelevicha. SPb.: Rech'. 2007. 768 S.
7. *Sokolova E.T.* Psihoterapiya: Teoriya i praktika. Uchebnoe posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zavedenii. M. 2002. 368 S.
8. Formirovanie navykov racional'nogo pischevogo povedeniya u detei doshkol'nogo vozrasta. Kognitivno-povedencheskii podhod. Metodicheskie rekomendacii / Kasatkin V.N. [i dr.]. M. NIAC «Social'noe pitanie». 2011. 16 S.
9. *Frenkin R.* Motivaciya povedeniya: biologicheskie, kognitivnye i social'nye aspekty. SPb.: Piter. 2003. 651 S.
10. *Shebanova V.I., Shebanova S.G.* Vliyanie sem'i na formirovanie rasstroistv pischevogo povedeniya detei i podrostkov // V Mejdunarodnyi kongress "Molodoe pokolenie XXI veka: Aktual'nye problemy social'no-psihologicheskogo zdorov'ya". 2013. S. 327-328.
11. *Birch L., Fisher J.* Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents // Official Journal of The American Academy of Pediatrics. 1998. P. 539-549.
12. *Birch L., Savage J., Ventura A.* Influences on the Development of Children's Eating Behaviors: From Infancy to Adolescence // Canadian Journal Diet Practices Research. 2007. V. 68. № 1. P. 1-56.
13. *Brown R., Ogden J.* Children's eating attitudes and behavior: a study of the modelling and control theories of parental influence // Health Education Research. 2004. V. 19. № 3. P. 261-271.
14. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study // Jansen P. [et al.] // Jansen et al. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2012. V. 9. № 130. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3543222> (data obrascheniya: 15.07.2015).
15. Determinants of children's eating behavior // Scaglioni S. [et al.] // American Journal of Clinical Nutrition. 2011. Supl. 94. P. 2006-2011.
16. Different dimensions of perfectionism predict disordered eating // Lombardo C. [et al.] // International Journal of Behavioral Medicine. 2012. №19. P. 157.
17. Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? // Welch E. [et al.] // Eating Behaviors. 2009. №10. P. 168-175.

18. Eating Disorders in the Adolescent Population: An Overview // Reijonen J [et al.] // Journal of Adolescent Research. 2003. V. 18. №3. P. 209-222.

19. *Eliassen E.* The Impact of Teachers and Families on Young Children's Eating Behavior // Young Children. 2011. P. 84-89.

20. *Fabian L., Thompson J.* Body Image and Disturbance in Young Females // International Journal of Eating Disorders. 1989. V. 8. №1. P. 63-74.

21. Food-Related Parenting Practices and Adolescent Weight Status: A Population-Based Study // Loth K. [et al.] // Pediatrics. 2013. V. 131. № 5. P. 1443-1450.

22. *Hoste R., Grange D.* Eating Disorders in Adolescence // Handbook of Adolescent Health Psychology. N. Y. 2013. P. 495-506.

23. *Hui Liu Y., Stein M.* Feeding Behavior of Infants and Young Children and Its Impact on Child Psychosocial and Emotional Development // Encyclopedia on Early Childhood Development. Ssylka URL: <http://www.child-encyclopedia.com/child-nutrition/according-experts/feeding-behaviour-infants-and-young-children-and-its-impact-child> (data obrascheniya: 15.07.2015).

24. *Johannsen D., Johannsen N., Specker B.* Influence of Parent's Eating Behavior and Child Feeding Practices on Children's Weight Status // Obesity. 2006. V. 14. № 3. P. 431-439.

25. *Marcus D.* The Pre-School Child at Risk: An Eating Disorder // Child and Adolescent Social Work. 1989. V. 6. №1. P. 65-71.

26. *McCabe M., Ricciardelli L.* A longitudinal study of body image and strategies to lose weight and increase muscles among children // Applied Developmental Psychology. 2005. №26. P. 559-577.

27. *Nowakowski M., McFarlane T., Cassin S.* Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature // Journal of Eating Disorders. 2013. V. 1. № 21. P. 1-14.

28. *Ramos M., Stein L.* Development children's eating behavior // Journal of Pediatrics. 2000. V. 76. Sipl. 3. P. 229-237.

29. *Scaglioni S., Salvioni M., Galimberti C.* Influence of parental attitudes in the development of children eating behavior // British Journal of Nutrition. 2008. V. 99. Supl. 1. P. 22-25.

30. Social interactions of eating behavior among high school students: a cellular automata approach // Dabbaghian V. [et al.] // Dabbaghian et al. BMC Medical Research

Methodology. 2012. V. 12. № 155. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/12/155> (data obrascheniya: 10.07.2015).

31. *Stice E., Shaw H., Marti N.* A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings // *The Annual Review of Clinical Psychology*. 2007. №3. P. 207-231.

32. *Taylor J., Evers S., McKenna M.* Determinants of Healthy Eating in Children and Youth // *Canadian Journal of Public Health*. 2005. V. 96. Supl. 3. P. 20-26.

33. *Tuano S., Keren M.* Rasstroistva pischevogo povedeniya v mladencheskom vozraste: epidemiologiya i kul'turnye aspekty // *Rasstroistva pischevogo povedeniya / pod. red. Meia M., Halmi K., Lopez-Ibora H., Sartoriusa N.* K. Sfera. 2006. P. 116-119.

Социо-эмоциональная селективность как фактор субъективного благополучия в пожилом и старческом возрасте

Мелёхин А.И.,

аспирант, лаборатория психологии развития, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), медицинский психолог, Российский геронтологический научно-клинический центр (ГБОУ ВПО РНИМУ им. НИ. Пирогова), Москва, Россия, clinmelehin@yandex.ru

В статье показано, что наличие социальной поддержки, доверительного лица (confidant network) связано с положительным субъективным благополучием в пожилом (55-74 лет) и старческом (75-90 лет) возрасте. Однако определенные типы социального взаимодействия могут выступать предикторами развития аффективных расстройств и хронизации соматических расстройств в поздних возрастах как при нормальном старении, так и при нейродегенеративных расстройствах. Целью данной статьи является ознакомление специалистов в области психического здоровья людей поздних возрастов с теорией социо-эмоциональной селективности (socio-emotional selectivity theory) Лауры Карстенсен, которая вносит существенный вклад в понимание специфики и механизмов селекции (избирательности) в социальном взаимодействии в пожилом и старческом возрасте. Центральными механизмами социо-эмоциональной селекции в поздних возрастах являются осознание времени и ограниченная временная перспектива будущего, которые усиливает осознание смертности.

Ключевые слова: социальное взаимодействие, субъективное благополучие, социо-эмоциональная селекция, теория социо-эмоциональной селективности, осознание времени, временная перспектива, пожилой возраст, старческий возраст.

Для цитаты:

Мелёхин А.И. Социо-эмоциональная селективность как фактор субъективного благополучия в пожилом и старческом возрасте [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 3. С. 20-33 doi: 10.17759/psyclin.2015040302

For citation:

Melehin A.I. Socio-emotional selectivity in elderly and old age as a factor of subjective well-being [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i

spetsial'naia psikhologiiia], 2015, vol. 4, no. 3, pp. 20-33 doi: 10.17759/psycljn.2015040302 (In Russ., abstr. in Engl.)

На протяжении пятнадцати лет в геронтопсихологии¹ (geropsychology) наблюдается рост исследований специфики социального взаимодействия в пожилом (55-74 лет) и старческом (75-90 лет) возрасте и его влияния на качество жизни и субъективное благополучие (well-being) [9]. Особое внимание уделяется решению межличностных проблем в поздних возрастах. Показано, что пожилые люди по-другому решают межличностные конфликты, проявляя меньше негативных, неадаптивных эмоций, чем молодые люди [2]. Некоторые исследователи связывают это с нейрофизиологическими возрастными изменениями в активации миндалевидного тела. Помимо отрицательных эмоций, миндалина также участвует в формировании положительных эмоций. Однако снижение положительных эмоций в поздних возрастах при нормальном старении не обнаружено [17].

Другие исследователи связывают это с тем, что в поздних возрастах пожилые люди могут лучше регулировать эмоции в сложных конфликтных ситуациях [4]. Они показывают меньше реакций на отрицательные эмоциональные события [14]. Изменения в регуляции эмоций в пожилом возрасте представлены на рис. 1.



Рис. 1. Модель регуляции эмоций и степень когнитивного контроля в молодом и пожилом возрасте² (по L. Urry и J.J. Gross)

¹ В зарубежной литературе чаще используется понятие геронтопсихология (англ. geropsychology) [9].

² Размер овалов показывает степень доступных ресурсов. Выделение жирным текстом показывает степень успеха в использовании данной стратегии.

Из рис. 1 видно, как молодые люди и пожилые люди могут регулировать свои эмоции с помощью внешних ресурсов (близкие отношения с другими, участие в позитивных ситуациях) и внутренних (когнитивный контроль), а также с помощью двух процессов регуляции эмоций (выбор ситуации и когнитивная переоценка). Пожилые люди получают больше эмоциональной поддержки от других людей, чаще участвуют в положительных ситуациях, чем молодые люди. Это предполагает увеличение внешних ресурсов в поздних возрастах. Тем не менее в пожилом возрасте наблюдается уменьшение когнитивного контроля. В молодом возрасте когнитивная оценка в социальном взаимодействии используется чаще и успешнее, в то время как выбор ситуации взаимодействия характерен для позднего возраста [19]. Во время негативных взаимодействий пожилые люди, как правило, используют более пассивные когнитивные копинг-стратегии, такие как селекция отрицательных эмоций, отстранение, отрицание, положительная переоценка происходящего, поиск положительных аспектов ситуации из негативного опыта [15].

Пожилые люди могут управлять и поддерживать свое субъективное благополучие и регулировать эмоциональное состояние [5]. Говоря о механизмах регуляции эмоций в поздних возрастах, одним из распространенных и эффективных можно считать *селекцию социального взаимодействия* [4].

Специфика социального взаимодействия в поздних возрастах

С возрастом происходят изменения в составе социальных контактов и их эмоциональном переживании. Пожилым людям свойственно структурировать свое социальное пространство (social network) так, чтобы формировать доверительные связи, оградив себя от негативных переживаний. Возрастная селекция в социальных контактах в пожилом возрасте описана методом срезов, как и в кросс-культурных исследованиях [19]. Наличие доверительных социальных сетей (confidant network) у пожилых людей является важным фактором в поддержании успешного старения и может выступать буфером от некоторых последствий хронических болезней, связанных со старением [12]; [13]. Одной из моделей успешного старения является *коммуникативная модель* Д. Нисбаума (communication model successful aging), которая помещает в центр благоприятного старения близость пожилого человека с семьей и друзьями [1].

Наличие социальных контактов является показателем степени социального капитала (social capital) пожилого человека, т.е. наличие людей, которые организуют его социальную, эмоциональную и практическую поддержку [10]. Наличие поддержки оказывает положительное воздействие на состояние здоровья, эмоциональную уравновешенность, мобилизует межличностные и внутриличностные ресурсы, увеличивает социальный капитал, помогает ощущать востребованность в пожилом и старческом возрасте [15]. Наличие эмоциональной поддержки связано с положительным субъективным благополучием, однако определенные типы социального взаимодействия могут выступать критическим

фактором увеличения дистресса, что в последующем может привести к развитию аффективного круга расстройств и хронизации соматических расстройств [18].

Частота ипохондрических расстройств, тревоги, депрессии коморбидных соматических и неврологических расстройств увеличивается в старости и связана с такими психологическими предикторами, как тип социальных взаимодействий (семейно-ориентированный, друго-ориентированный, разнообразный, ограниченный), отсутствие поддержки со стороны доверительного лица [3]. Существует связь между отсутствием доверительного лица и эмоциональной поддержки с самооценкой здоровья, проблемами физического здоровья (сердечно-сосудистые расстройства, недержание мочи), функциональной зависимостью, смертностью [13].

В лонгитюдном исследовании под руководством Л. Карстенсен, проводимом на протяжении тридцати четырех лет, приняли участие 28 женщин и 22 мужчин. Их просили отмечать частоту взаимодействий с другими людьми, удовлетворенность отношениями и степень эмоциональной близости в различных типах отношений. Было показано, что часто люди предпочитают социальных партнеров своего возраста. Частота взаимодействий с коллегами и близкими людьми с возрастом снижается. Частота взаимодействиями с партнером, семьей, братьями и сестрами выростала в поздних возрастах. Также в поздних возрастах наблюдался рост эмоциональная близости по отношению к родственникам и близким друзьям [6]. У пожилых людей с нейродегенеративными расстройствами (болезнь Альцгеймера, Паркинсона) при наличии социальной поддержки и участии в социальных контактах уменьшаются риски функциональных нарушений вследствие травматизации (перелом шейки бедра), соматических осложнений (тромбозы, пневмония), аффективных расстройств (депрессии) [16].

Однако стоит учитывать наличие отрицательной связи между чувствами близости в семье и ощущением комфорта. Факт близости членов семьи можно рассматривать как одну из причин дезадаптации в пожилом возрасте. Для некоторых пожилых людей семья может быть помехой в успешной адаптации к процессу старения. Семья может вызывать слишком много беспокойства, влиять на функциональную и психологическую независимость пожилого человека [8].

Можно сделать вывод, что в поздних возрастах наблюдается избирательность в социальных взаимодействиях, при этом включенность в близкий круг общения, который может удовлетворять их психологические потребности, увеличивается. Специфику избирательности и уменьшения социальных взаимодействий в поздних возрастах рассматривают через призму различных социальных теорий в геронтологии [1].

- **Теория деятельности** (activity theory, R. J. Havighurst) основывается на предположении, что у пожилых людей есть потребность в социальных контактах, но физические и социальные барьеры могут мешать социальному взаимодействию. Пожилой человек будет чувствовать себя благополучно,

когда внешние, социальные факторы позволяет ему выстраивать социальные контакты, которые ему необходимы.

- **Теория разъединения** (disengagement theory, E. Cumming, W. E. Henry) утверждает, что снижение социальных взаимодействий, уход от общественной деятельности и социальных ролей в поздних возрастах являются нормальным и адаптивным результатом с целью поддержания социального равновесия в обществе.
- **Теория непрерывности** (continuity theory, R. C. Atchley) утверждает, что в пожилом возрасте человек оптимизирует свою жизнь, свои внутренние и внешние ресурсы. Происходит смена личных предпочтений, ожиданий.
- **Теория социального обмена** (social exchange theory, J. J. Dowd) утверждает, что в пожилом возрасте социальное взаимодействие направлено на получение большей выгоды от общения при минимизации затрат. Ключевым процессом является взаимность, когда человек распределяет ресурсы таким образом, чтобы получить удовлетворение от общения.

Процесс, когда человек выбирает доверительных лиц из своего социального окружения с целью удовлетворения собственных психологических потребностей, называется **социо-эмоциональной селективностью** [5]. Это сознательный, адаптивный механизм, который позволяет выборочно устанавливать размер и состав социальных контактов, а затем пересматривать и распределять цели (goal orientation) в зависимости от этих контактов. Ключевым вопросом является, какой механизм лежит в основе социо-эмоциональной селективности.

Лаура Карстенсен (L.L. Carstensen) предложила теорию социо-эмоциональной селективности (*Socioemotional Selectivity Theory – SST*), которая утверждает, что в основе селекции социальных контактов лежат не изменения в хронологическом возрасте, а изменения в осознании времени (awareness of time) и временной перспективы будущего времени (perceived future time), которые ведут к мотивационному сдвигу целей в поздних возрастах [3]; [5]. Теоретически хронологический возраст становится их причиной. Эмпирические данные подтверждают связь изменения социальных контактов от осознания времени. Например, молодые ВИЧ-инфицированные мужчины, которые приближались к концу своей жизни, мысленно представляли себе эмоционально близких людей, которым могут доверить свои переживания [3].

Теория социо-эмоциональной селективности Л. Карстенсен

Теория социо-эмоциональной селективности была предложена в качестве попытки объяснить специфику, во-первых, мотивационных изменений в социальных взаимодействиях в поздних возрастах, во-вторых, возрастных различий в восприятии эмоциональной информации [5].

Как и теория разъединения, теория социо-эмоциональной селективности предполагает, что снижение и избирательность в социальных контактах является осознанным индивидуальным выбором пожилого человека [1]. Как только люди становятся старше, восприятие своей жизни приобретает границы и цели в большей степени связываются с настоящим. Пожилые люди начинают больше уделять внимание эмоционально значимым аспектам своей жизни, в меньшей степени ориентируясь на будущее и не ставя перед собой далеко идущих целей [4]; [8].

Восприятие времени и временная перспектива будущего времени выполняют функцию селекции целей и выбора социальных партнеров для достижений этих целей [7].

Осознание времени и временная перспектива в поздних возрастах

В поздних возрастах, различные события обеспечивают понимание, что время течет быстро [7]. Для многих людей, которые испытывают хронические болезни, изменяется течение времени и усиливается осознание собственной смертности. Аналогичным образом частые болезни и смерть близких людей повышают осознание собственной смертности. Положительные события в жизни пожилого человека также напоминают о том, что время жизни не бесконечно, а время быстротечно [8].

Осознание времени – это не только восприятие времени на часах или времени на календаре, но и восприятие всей жизни, что является фундаментальной человеческой характеристикой. Это универсальная способность, центральное звено в эволюции человеческого сознания. Осознание времени играет существенную роль в построении целей деятельности. Цели часто формируются во временном контексте, и выбор целей зависит, главным образом, от временной перспективы будущего времени [3].

Временная перспектива будущего времени относится к репрезентациям человека о времени собственной жизни [3]. Выделяют следующие типы временной перспективы будущего времени:

- расширенная (expansive) временная перспектива будущего: жизнь безгранична и дает большое количество возможностей в будущем;
- ограниченная (limited) временная перспектива будущего: жизнь может закончиться в любой момент, например, из-за ухудшения здоровья.

Возраст тесно связан с осознанием времени [7]. Взрослые люди отмечают, что время течет быстрее, поскольку они стареют. Ощущение смертности накладывает ограничение на время. Субъективное восприятие оставшегося времени жизни имеет ключевое значение для мотивации, познания и эмоций [6].

Эмпирические данные показывают, что в возрасте от 20 до 90 лет наблюдается линейный тренд в изменении временной перспективы будущего времени [7].

Пожилые люди, которые регулярно наблюдаются у врачей, все равно оценивают свое будущее время как ограниченное [7]. В поздних возрастах человек понимает, что он живет **вне времени**: либо из-за старости, либо из-за хронических болезней его цели смещаются в сторону того, что могло бы ему помочь ощущать комфорт в настоящем времени. Пожилые люди понимают, что время ограничено, и начинают сосредотачиваться на эмоциональных аспектах жизни: предпочитают проводить время с друзьями и близкими, а не заводить новые отношения. Их интересует максимально положительная эмоциональная среда, они сводят к минимуму отрицательные переживания [3].

Временная перспектива ограничивает и изменяет целенаправленность поведения в поздних возрастах, что было показано в ряде исследований Л. Карстенсен [7]. Например, она попросила молодых (18-27 лет) и пожилых (55-74 лет) респондентов выбрать, с кем бы они хотели провести время в различных ситуациях, заранее предложив список знакомых им людей. Пожилые люди, как правило, выбирали эмоционально близких людей, в то время как молодые респонденты склонны были выбирать малознакомых и знакомых людей.

Мотивационный сдвиг в поздних возрастах

Временная перспектива, ориентированная в будущее, влияет на поведение с помощью механизма регуляции целей. Выделяют следующие категории целей деятельности [5]:

- цели, ориентированные на получение знаний (knowledge-related goals): приобретение знаний, карьерные планы, развитие социальных отношений;
- эмоционально ориентированные цели (emotional related goals), направленные на баланс эмоционального состояния и нахождение смысла в отношениях, например, регулирование эмоций, установление эмоциональных контактов.

В течение всей жизни цели соперничают друг с другом. Множество целей могут принести отрицательные эмоции (страх, тревогу, стыд) и мысли о нереализованности, невостребованности. Поскольку механизмом, участвующим в селекции целей, является осознание времени и временной перспективы, то временная оценка позволят сбалансировать долгосрочные и краткосрочные цели для того, чтобы эффективно распределять свои ресурсы для их достижения.

Расширенная временная перспектива связана с целями, ориентированными на получение знаний, в то время как ограниченная временная перспектива больше связана с эмоциональными целями, направленными на поддержание отношений. В повседневной жизни человек делает упор на одну из двух целей, включает ее в процесс принятия решений и предпринимает соответствующие решение [8].

Теория социо-эмоциональной селекции гипотетически предполагает что траектории развития целей связаны между собой в онтогенезе (рис. 2).

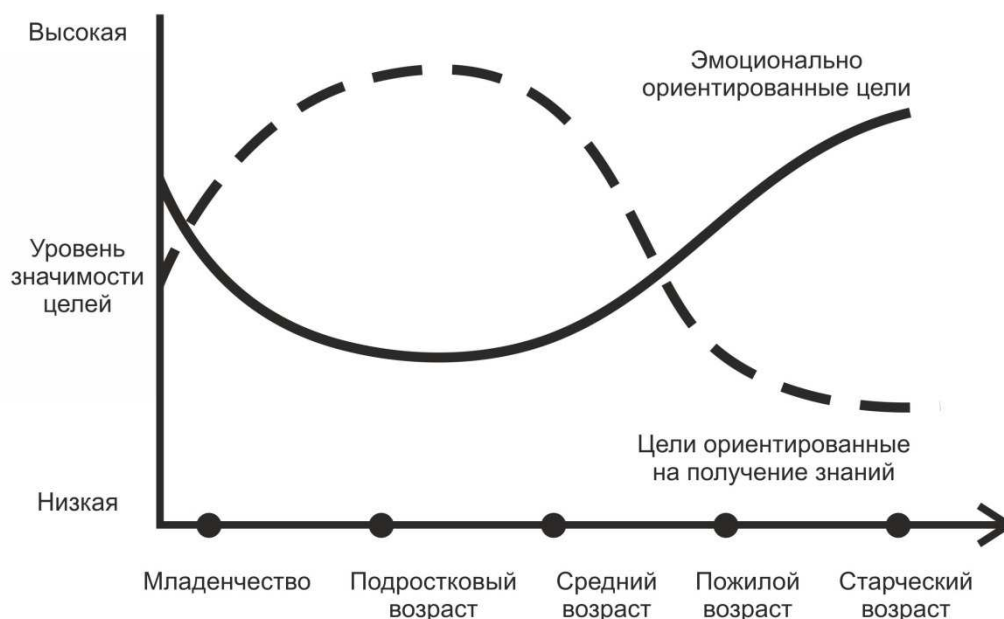


Рис. 2. Гипотетическая модель социо-эмоциональной селекции целей в онтогенезе Л. Карстенсен

В начале жизни время, как правило, воспринимается неограниченным и люди мотивированы, чтобы подготовиться к долгому и неизвестному будущему. Человек начинает выделять и распределять ресурсы для получения знаний и выработки новых навыков, даже ценой снижения эмоционального удовлетворения. В пожилом возрасте люди видят меньше возможностей, ожидающих их, меньше времени, чтобы получить пользу от имеющихся у них знаний.

Цели, ориентированные на получение знаний, преобладают в начале жизни и снижаются постепенно в течение жизни (рис. 2). Будущее время начинает восприниматься более туманным. Эмоционально ориентированные цели развиваются по криволинейной траектории. Эти цели важны на протяжении всей жизни, но их роль меняется с возрастом. Эмоциональные цели преобладают в младенчестве и раннем возрасте, когда на передний план выступает эмоциональное непосредственное общение с другим человеком. Эти цели вновь выходят на первый план в пожилом возрасте, когда роль будущего изменяется. Время осознается как ограниченное и начинает давить на пожилого человека, ориентируя его на настоящее время. Происходит **мотивационный сдвиг**, когда на первый план выступает участие в жизни эмоционально значимых людей, на второй план – расширение своего кругозора, получение новых знаний. Этот мотивационный сдвиг приводит к увеличению внимания к социальным отношениям и, как правило, усиливает понимание и ценность времени [3]. Л. Карстенсен показала, что мотивационные сдвиги в пожилом возрасте влияют на когнитивные и аффективные процессы [4]. Стоит отметить, что старость характеризует не гедонизм, а желание понять значение собственной жизни и получить удовлетворение от жизни.

Выводы

На основе проведенного обзора можно сделать следующие выводы по специфике социального взаимодействия в поздних возрастах.

1. Парадокс старения (paradox of aging) заключается в следующем: несмотря на то, что физическое здоровье с возрастом имеет тенденцию к ухудшению, субъективное благополучие, удовлетворенность старостью могут быть сохранены или даже улучшены.
2. В поздних возрастах происходят изменения в социальных взаимодействиях: повышается избирательность, происходит формирование доверительного круга с эмоциональной включенностью в него.
3. Теория социо-эмоциональной селекции Л. Карстенсен предполагает, что избирательность (селекция) социальных связей в поздних возрастах (сохранение только близких контактов, акцент на эмоциональном качестве этих отношений), как правило, носит произвольный, адаптивный характер и не связана с хронологическим возрастом, а сопряжена с изменениями в осознании времени, с ограниченной временной перспективой будущего.
4. В поздних возрастах происходят изменения в субъективном восприятии течения времени в сторону **ускорения**. Наблюдается ограниченность в осознании времени и временной перспективе будущего вследствие изменений в состоянии здоровья, позитивных и негативных перемен в жизни, которые увеличивают ощущение смертности.
5. Осознание времени и временная перспектива будущего влияют на перераспределение целей. В связи с мотивационным сдвигом от целей, ориентированных на знания, на эмоционально ориентированные цели, в пожилом и старческом возрасте больше ресурсов распределяется на регулирование эмоций и использование эффективных копинг-стратегий, которые позволяют взаимодействовать с другими людьми и поддерживать субъективное благополучие.
6. Социальная поддержка, эмоциональная близость контактов уменьшают риск развития аффективных расстройств позднего возраста и хронизации соматических расстройств, а также способствует психологическому восстановлению после психологических травм, уменьшая психосоциальную изоляцию.
7. Стоит учитывать наличие отрицательной связи между эмоциональной близостью в семье и ощущением комфорта. Тип социальных контактов может выступать источником травматизации, увеличивать риски развития аффективных расстройств и хронизации болезней в поздних возрастах.

Литература

1. *Bengtson V.L., Burgess E.O.* Theory, Explanation, And A Third Generation Of Theoretical Development In Social Gerontology. // Journal Of Gerontology: Social Sciences. 1997. Vol. 52. №2. p. 72-88.
2. *Brian R., K.B. Wright* Socioemotional Selectivity Theory and the Macrodynamics of Friendship: The Role of Friendship Style and Communication in Friendship across the Lifespan. // Communication Research Reports. 2006. Vol. 23. №. 3. P. 163–170.
3. *Carstensen L.L., Isaacowitz D.M.* Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. // Am Psychol. 1999. Vol. 54. №3. p.165-81.
4. *Carstensen L.L., Pasupathi M.* Emotional experience in everyday life across the adult life span. // Journal of Personality and Social Psychology. 2000. Vol.79. № 4. P. 644-655.
5. *Carstensen L.L., Fung H.H., Charles S.T.* Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. // Motivation and Emotion. 2003. Vol.27. №2. p.103-123.
6. *Carstensen L.L., Mikels J.A.* Aging and the intersection of cognition, motivation and emotion. // Ed. J.E. Birren, K.W. Schaie Handbook of the Psychology of Aging. Academic Press. 2005. 564 p.
7. *Carstensen L.L.* The influence of a sense of time on human development. // Science. 2006. Vol. 312. p. 1913-1915.
8. *Charles S.T., Carstensen L.L.* Emotion regulation and aging. // Ed. J.J. Gross Handbook of Emotion Regulation. New York: Guilford Press. 2007. 669 p.
9. *Drapaniotis P.M., Neubauer A.B.* Trends in gero-psychological research: Introducing a newly developed coding procedure and exemplary findings comparing the periods 1990–1994 and 2000–2004. // The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry. 2013. Vol. 26. № 4. P. 219-231.
10. *Gray A.* The social capital of older people. // Ageing & Society. 2009. Vol.29. p. 5–31.
11. *Gross J.J., Carstensen L.L.* Emotion and aging: experience, expression, and control. // Psychol Aging. 1997. Vol.12. № 4 p. 590-599.
12. *Litwin H., Stoeckel J.K.* Confidant Network Types and Well-Being Among Older Europeans // The Gerontologist. 2013. Vol. 7. p. 1-11.
13. *Litwin, H.* Social networks, ethnicity and public home-care utilisation. // Ageing and Society. 2004. Vol. 24. p. 921–939.

14. *McConatha J.T., Leone F.M.* Emotional control in adulthood. //Psychological Reports. 1997. Vol. 80. p. 499–507.
15. *Phillips L.H., Henry G.D.* Age, anger regulation and well-being. // Aging and mental health. 2006. Vol. 10. № 3. P. 250–256
16. *Ruth E.M.* Understanding the individual with Alzheimer’s disease: Can socioemotional selectivity theory guide us? //Advances in Alzheimer’s Disease. 2012. Vol.1. № 3. p.77-86.
17. *Samanez-Larkin G.R., L.L. Carstensen* Socioemotional Functioning and the Aging Brain// Ed. J. Decety, J. T. Cacioppo. The Handbook of Social Neuroscience: Oxford University Press. 2011. 1136 p.
18. Social Capital as a Health Resource in Later Life: The Relevance of Context// Ed. Nyqvist F., Forsman A.K. Springer. Pace University. New York. 2015. – 265 p.
19. *Urry L., Gross J.J.* Emotion Regulation in Older Age Heather.// Current Directions in Psychological Science. 2010. Vol.19. № 6. p. 352-357.

Socio-emotional selectivity in elderly and old age as a factor of subjective well-being

Melehin A.I.,

postgraduate student of the laboratory of developmental psychology, Institute of psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, clinmelehin@yandex.ru

The article shows that the presence of social support, confidant network is associated with positive subjective well-being in elderly (55 - 74 years) and old age (75-90 years). However, certain types of social interaction can be considered as predictors of affective disorders and chronic somatic disorders in later ages as in normal aging and in neurodegenerative disorders. The purpose of this article is to familiarize professionals in the mental health of people of later ages with the theory of socio-emotional selectivity (Socioemotional Selectivity Theory) L.L. Carstensen, who makes a significant contribution to the understanding of the specificity and mechanisms of selection in social interaction in elderly and old age. Central mechanisms of socio-emotional selection in the later ages are the awareness of time and limited future time perspective, which enhances the awareness of mortality.

Keywords: social interaction, subjective well-being, socio-emotional selection, socio-emotional selectivity theory, awareness of time, time perspective, old age.

References

1. *Bengtson V.L., Burgess E.O.* Theory, Explanation, And A Third Generation Of Theoretical Development In Social Gerontology. // *Journal Of Gerontology: Social Sciences.* 1997. Vol. 52. №.2. p. 72-88.
2. *Brian R., K.B. Wright* Socioemotional Selectivity Theory and the Macrodynamics of Friendship: The Role of Friendship Style and Communication in Friendship across the Lifespan. // *Communication Research Reports.* 2006. Vol. 23. №. 3. P. 163-170.
3. *Carstensen L.L., Isaacowitz D.M.* Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. // *Am Psychol.* 1999. Vol. 54. №3. p.165-81.
4. *Carstensen L.L., Pasupathi M.* Emotional experience in everyday life across the adult life span. // *Journal of Personality and Social Psychology.* 2000. Vol.79. № 4. P. 644-655.

5. *Carstensen L.L., Fung H.H., Charles S.T.* Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. //Motivation and Emotion. 2003. Vol.27. №2. p.103-123.
6. *Carstensen L.L., Mikels J.A.* Aging and the intersection of cognition, motivation and emotion. //Ed. J.E. Birren, K.W. Schaie Handbook of the Psychology of Aging. Academic Press. 2005. 564 p.
7. *Carstensen L.L.* The influence of a sense of time on human development. // Science. 2006. Vol. 312. p. 1913-1915.
8. *Charles S.T., Carstensen L.L.* Emotion regulation and aging. // Ed. J.J. Gross Handbook of Emotion Regulation. New York: Guilford Press. 2007. 669 p.
9. *Drapaniotis P.M., Neubauer A.B.* Trends in gero-psychological research: Introducing a newly developed coding procedure and exemplary findings comparing the periods 1990–1994 and 2000–2004.//The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry. 2013. Vol. 26. № 4. P. 219-231.
10. *Gray A.* The social capital of older people.//Ageing & Society. 2009. Vol.29. p. 5–31.
11. *Gross J.J., Carstensen L.L.* Emotion and aging: experience, expression, and control. // Psychol Aging. 1997. Vol.12. № 4 p. 590-599.
12. *Litwin H., Stoeckel J.K.* Confidant Network Types and Well-Being Among Older Europeans // The Gerontologist. 2013. Vol. 7. p. 1-11.
13. *Litwin, H.* Social networks, ethnicity and public home-care utilisation.// Ageing and Society. 2004. Vol. 24. p. 921–939.
14. *McConatha J.T., Leone F.M.* Emotional control in adulthood. //Psychological Reports. 1997. Vol. 80. p. 499–507.
15. *Phillips L.H., Henry G.D.* Age, anger regulation and well-being. // Aging and mental health. 2006. Vol. 10. № 3. P. 250–256
16. *Ruth E.M.* Understanding the individual with Alzheimer’s disease: Can socioemotional selectivity theory guide us? //Advances in Alzheimer’s Disease. 2012. Vol.1. № 3. p.77-86.
17. *Samanez-Larkin G.R., L.L. Carstensen* Socioemotional Functioning and the Aging Brain// Ed. J. Decety, J. T. Cacioppo. The Handbook of Social Neuroscience: Oxford University Press. 2011. 1136 p.
18. *Social Capital as a Health Resource in Later Life: The Relevance of Context*// Ed. Nyqvist F., Forsman A.K. Springer. Pace University. New York. 2015. – 265 p.

19. *Urry L., Gross J.J.* Emotion Regulation in Older Age Heather.// Current Directions in Psychological Science. 2010. Vol.19. № 6. p. 352-357.

Уровень развития интеллекта и особенности ассоциативной деятельности на стимулы разных модальностей у детей в норме и при шизофрении

Власенкова И.Н.,

кандидат психологических наук, старший преподаватель, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, irene-v@mail.ru

Зверева Н.В.,

кандидат психологических наук, профессор, Московский городской психолого-педагогический университет, ведущий научный сотрудник, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия, nwzvereva@mail.ru

В статье приводятся результаты сопоставления уровня развития интеллекта и своеобразия параметров вербальных ассоциаций на стимулы разных модальностей у детей младшего школьного возраста при шизофрении. Исследованы две выборки: больные шизофренией и здоровые дети (60 детей, больных шизофренией, и 60 здоровых детей в возрасте от 7 до 11 лет). Использовался экспериментально-психологический авторский комплекс методик для изучения вербальных ассоциаций на стимулы разных модальностей (обонятельные, слухоречевые, зрительные, тактильные), а также батарея тестов К-АВС. Полученные данные обсуждаются в контексте своеобразия когнитивных дефицитов и проявлений когнитивного дизонтогенеза у больных шизофренией детей младшего школьного возраста. Описаны разные сочетания связи/отсутствия связи уровня интеллекта (по батарее Кауфманов – К-АВС) и различных параметров ассоциативной деятельности (продуктивность, временные показатели деятельности, коэффициент стандартности). Основным полученным результатом – относительная независимость своеобразия ассоциативной деятельности больных шизофренией детей (по показателю коэффициент стандартности) от уровня их когнитивного развития.

Ключевые слова: вербальные ассоциации, стимулы разных модальностей, младший школьный возраст, шизофрения, уровень когнитивного развития.

Для цитаты:

Власенкова И.Н., Зверева Н.В. Уровень развития интеллекта и особенности ассоциативной деятельности на стимулы разных модальностей у детей в норме и

при шизофрении [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 3. С. 34-46 doi: 10.17759/psyclin.2015040303

For citation:

Vlasenkova I.N., Zvereva N.V. Level of intellectual development and features of association activity of children of normal and schizophrenia conditions in response to stimuli of different modalities [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2015, vol. 4, no. 3, pp. 34-46 doi: 10.17759/psycljn.2015040303 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Как отмечают психиатры и психологи, психическое развитие детей, страдающих шизофренией, характеризуется особым развитием эмоционально-личностной сферы и познавательной деятельности (М. Ш. Вроно, В. М. Башина, Н. М. Иовчук, В. В. Лебединский, Т. К. Мелешко, Н. В. Зверева и др.). Известно, что познавательное развитие детей при шизофрении характеризуется диссоциацией в развитии, своеобразием операционального компонента мыслительной и перцептивной деятельности, снижением избирательности познавательной деятельности, прежде всего, коэффициента стандартности при выполнении ряда познавательных задач [11]. При этом не изучена связь уровня интеллектуального развития и выраженности нарушений избирательности познавательной деятельности. В работе С. М. Алейниковой оценивалось своеобразие мыслительной деятельности детей с разным типом дизонтогенеза при шизофрении – искаженным и задержанным вариантами по О. П. Юрьевой [1]. Показано, что при задержанном варианте дизонтогенеза показатели избирательности были ниже, чем при искаженном. Однако не была дана оценка общего уровня интеллектуального развития (IQ), соответственно, не выяснялась связь между уровнем интеллекта и особенностями избирательности мышления [1]; [2]; [6]; [9]; [10]; [11].

Определенная недосказанность в изучении связи уровня интеллектуального развития и стандартности/нестандартности мышления при шизофрении у детей пробудила интерес к новому витку исследований, касающихся возможной связи или отсутствия таковой между уровнем интеллекта и коэффициентом стандартности. Использован метод направленных вербальных ассоциаций на стимулы разных модальностей в сочетании с психометрической оценкой интеллекта. Возраст когнитивного развития и уровень интеллектуального развития тесно взаимосвязаны, представляется интересным выявление корреляции этих показателей, а также возраста хронологического развития с особенностями ассоциативной деятельности детей [3]; [4] [5]; [7]; [12].

Цель исследования – изучение связи уровня развития интеллекта и особенностей ассоциативной деятельности на стимулы разных модальностей у детей в норме и при шизофрении.

Материал – две выборки испытуемых: младшие школьники «практической нормы» (КГ) – 60 детей (из них – 34 мальчика), средний возраст в мес. 116 ± 13 (от 96 до 138), ученики начальных классов московских общеобразовательных школ и страдающие шизофренией, преимущественно мало- и среднепрогредиентные формы заболевания с непрерывным и приступообразным течением болезни (ЭГ) – 60 детей (из них – 38 мальчиков), средний возраст в мес. 122 ± 11 (от 101 до 139). Исследование ЭГ проводилось на базе детского клинического отделения Научного центра психического здоровья и городской детской психиатрической больницы №6 (ныне НПЦЗД департамента здравоохранения г. Москвы), все дети обучались по школьной программе, обследование проводилось в период относительной стабилизации состояния (перед выпиской).

Методы: экспериментально-психологическая, психометрическая, математическая обработки данных. Применялись следующие методики:

- авторская экспериментально-психологическая методика оценки ассоциативной деятельности в разных модальностях (обонятельной, слуховой, зрительной – варианты: форма, цвет, форма+цвет; тактильной – варианты: фактура, стереогноз) для выявления стандартности ассоциаций, продуктивности и темпа ассоциативной деятельности [7];
- методика «Конструирование объектов» [1]; [8];
- психометрическая батарея тестов К-АВС (Kaufman Assessment Battery for Children) [12] для оценки уровня когнитивного развития;
- корреляционный анализ для оценки связи между особенностями ассоциативной деятельности детей в разных модальностях и их интеллектуальным развитием [1]; [3]; [4]; [5]; [7]; [12].

Результаты

У всех детей контрольной и экспериментальной выборок (120 человек) была проведена диагностика с применением вышеназванных трех методик, по результатам был проведен корреляционный анализ полученных данных.

Тест К-АВС позволяет оценить умственный уровень и возрастные показатели, которые тесно взаимосвязаны. Была проведена корреляция этих показателей возраста когнитивного развития, уровня интеллектуального развития (МРС) и возраста хронологического развития с особенностями ассоциативной деятельности детей по коэффициенту стандартности в соответствующих пробах (обонятельная, слуховая, зрительная, тактильная модальности) и коэффициента стандартности в методике «Конструирование объектов». В табл. 1 приведены результаты корреляционного анализа между показателями уровня развития интеллекта, возрастом и коэффициентом стандартности ассоциаций в разных модальностях в контрольной группе испытуемых.

Таблица 1

Корреляция между возрастом когнитивного и хронологического развития и коэффициентом стандартности ассоциаций в контрольной группе

Показатели	Коэффициент стандартности в методиках							
	Обонятельная модальность	Слуховая модальность	Зрительная модальность (форма)	Зрительная модальность (форма-цвет)	Зрительная модальность (цвет)	Тактильная модальность (фактура)	Тактильная модальность (стереогноз)	Конструирование объектов
Возраст развития	0,99***	0,95***	0,99***	0,99***	0,41*	0,99***	0,99***	0,97***
Уровень интеллекта (МРС)	0,68***	0,69***	0,66***	0,66***	0,35*	0,68***	0,68***	0,65***
Хронологический возраст	0,94***	0,88***	0,95***	0,95***	0,31*	0,95***	0,94***	0,94***

Примечание: * - $p < 0,01$; *** - $p < 0,0001$

Как видно из табл. 1, в контрольной группе испытуемых коэффициент стандартности ассоциаций по всем модальностям (обонятельной, слуховой, зрительной, тактильной) имеет значимые положительные корреляции с возрастом когнитивного развития, уровнем интеллектуального развития, а также с возрастом хронологического развития.

Представленные результаты показывают, что у здоровых детей число наиболее часто даваемых реакций, частота встречаемости которых выше средней, с возрастом развития растёт, увеличение коэффициента стандартности носит пропорциональный возрасту характер. Причём по результатам настоящего исследования корреляционная связь коэффициента стандартности ассоциаций выявляется как с возрастом когнитивного развития, так и с хронологическим возрастом испытуемых, поскольку возраст когнитивного развития практически совпадает с возрастом хронологического развития детей контрольной группы.

Данные корреляционного анализа между показателями развития интеллекта, хронологическим возрастом и коэффициентом стандартности ассоциаций в разных модальностях в экспериментальной группе испытуемых приведены в табл. 2.

Таблица 2

Корреляция между возрастом когнитивного и хронологического развития и коэффициентом стандартности ассоциаций в экспериментальной группе

Показатели	Коэффициент стандартности в методиках							
	Обонятельная модальность	Слуховая модальность	Зрительная модальность (форма)	Зрительная модальность (форма-цвет)	Зрительная модальность (цвет)	Тактильная модальность (фактура)	Тактильная модальность (стереогноз)	Конструирование объектов
Возраст развития	0,10	0,21	-0,01	-0,09	0,31*	-0,11	-0,21	-0,12
Уровень интеллекта (МРС)	0,06	0,08	0,07	0,01	0,28*	0,01	0,09	-0,07
Хронологический возраст	0,03	-0,06	-0,12	-0,09	-0,20	0,004	0,04	0,14

Примечание: * - $p < 0,01$.

Как видно из табл. 2, в группе патологии корреляционная связь коэффициента стандартности с показателями развития интеллекта не обнаружена за исключением зрительной модальности серии «цвет», где выявлена положительная значимая корреляция. Также не обнаружена корреляция между коэффициентом стандартности и хронологическим возрастом испытуемых экспериментальной группы.

Приведённые результаты показывают, что в целом у детей, больных шизофренией, стандартность ассоциаций во всех исследуемых нами модальностях с возрастом когнитивного развития не увеличивается. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что низкие показатели избирательности ассоциативной деятельности (коэффициент стандартности ассоциаций) в разных модальностях больных шизофренией детей не зависят от возраста когнитивного развития.

Обратимся к статистической проверке корреляционных связей между показателями интеллектуального развития детей и продуктивностью ассоциативной деятельности в разных модальностях в контрольной и экспериментальной группах. Результаты корреляционного анализа показателей развития интеллекта и хронологического возраста испытуемых контрольной группы с продуктивностью ассоциативной деятельности приведены в табл. 3.

Таблица 3

Корреляция между возрастом когнитивного и хронологического развития и продуктивностью ассоциативной деятельности в контрольной группе

Показатели	Продуктивность							
	Обонятельная модальность	Слуховая модальность	Зрительная модальность (форма)	Зрительная модальность (форма-цвет)	Зрительная модальность (цвет)	Тактильная модальность (фактура)	Тактильная модальность (стереогноз)	Конструирование объектов
Возраст развития	-0,14	0,08	-0,21	-0,09	-	0,09	0,04	-0,07
Уровень интеллекта (МРС)	-0,03	-0,03	-0,06	-0,08	-	0,09	-0,02	0,01
Хронологический возраст	-0,21	0,11	-0,28*	-0,12	-	0,06	0,04	0,06

Примечание: * - $p < 0,01$.

Как видно из табл. 3, в группе здоровых детей корреляция между возрастом когнитивного развития, уровнем интеллекта и продуктивностью ассоциативной деятельности не выявлена. Между возрастом хронологического развития и продуктивностью ассоциативного процесса значимая отрицательная корреляция в контрольной группе обнаружена только в зрительной модальности серии «форма». Представленные результаты свидетельствуют о том, что продуктивность ассоциативной деятельности в разных модальностях в группе здоровых детей не зависит от возраста развития.

Результаты корреляционного анализа между возрастом развития, уровнем интеллекта (МРС), хронологическим возрастом и продуктивностью ассоциативной деятельности в разных модальностях в экспериментальной группе испытуемых приведены в таблице 4.

Таблица 4

Корреляция между возрастом когнитивного и хронологического развития и продуктивностью ассоциативной деятельности в экспериментальной группе

Показатели	Продуктивность							
	Обонятельная модальность	Слуховая модальность	Зрительная модальность (форма)	Зрительная модальность (форма-цвет)	Зрительная модальность (цвет)	Тактильная модальность (фактура)	Тактильная модальность (стереогноз)	Конструирование объектов
Возраст развития	-0,087	-0,08	-0,07	0,17	-0,06	0,07	0,44***	-0,03
Уровень интеллекта (МРС)	-0,10	-0,02	-0,02	0,09	-0,05	-0,08	0,29*	-0,06
Хронологический возраст	-0,13	-0,14	-0,11	0,23	-0,06	0,17	0,58***	-0,11

Примечание: * - $p < 0,01$; *** - $p < 0,0001$.

В экспериментальной группе испытуемых выявлена положительная значимая корреляция между продуктивностью ассоциативной деятельности в тактильной модальности серии «стереогноз» и уровнем интеллекта, возрастом когнитивного развития, а также возрастом хронологического развития. Это означает, что чем выше возраст развития и уровень интеллектуального развития у детей экспериментальной выборки, тем выше продуктивность ассоциативного процесса на объёмные стимулы тактильной модальности. Между всеми остальными показателями корреляция незначима. Таким образом, в целом полученные результаты показывают, что продуктивность ассоциативной деятельности в обонятельной, слуховой, зрительной и тактильной модальностях «фактура» у детей, больных шизофренией, не зависит от возраста развития.

Теперь обратимся к выявлению корреляционных связей между показателями развития интеллекта и темповыми характеристиками выполнения заданий в разных модальностях. В табл. 5 представлены результаты корреляционного анализа между временем выполнения заданий и возрастом когнитивного и хронологического развития в контрольной группе.

Таблица 5

Корреляция между возрастом когнитивного и хронологического развития и временем выполнения заданий в разных модальностях в контрольной группе

Показатели	Время выполнения заданий						
	Обонятельная модальность	Слуховая модальность	Зрительная модальность (форма)	Зрительная модальность (форма-цвет)	Зрительная модальность (цвет)	Тактильная модальность (фактура)	Тактильная модальность (стереоноз)
Возраст развития	0,17	-0,09	0,29**	0,06	0,07	-0,17	-0,14
Уровень интеллекта (МРС)	0,05	-0,05	0,10	-0,03	-0,08	-0,11	-0,06
Хронологический возраст	0,25*	-0,12	0,36***	0,11	0,13	-0,17	-0,13

Примечание: * - $p \leq 0,05$ (корреляция значима на уровне тенденции); ** - $p < 0,001$; *** - $p < 0,0001$.

Приведённые результаты показывают, что значимая положительная корреляция в контрольной группе выявлена между временем выполнения заданий и хронологическим возрастом испытуемых в обонятельной модальности на уровне тенденции. На высоком уровне значимости положительная корреляция между временем выполнения заданий и хронологическим возрастом здоровых детей обнаружена в зрительной модальности серии «форма». Положительная значимая корреляция также выявляется между серией «форма» зрительной модальности и возрастом когнитивного развития детей нормативной выборки. Это может означать, что скоростные характеристики выполнения заданий в зрительной модальности серии «форма» связаны с возрастом когнитивного и хронологического

развития, то есть, чем выше возраст развития, тем быстрее темп деятельности в зрительной модальности серии «форма». Однако по всем остальным модальностям между временем выполнения заданий и показателями развития детей контрольной группы корреляционных связей обнаружено не было.

В табл. 6 приведены данные корреляционного анализа между временем выполнения заданий и возрастом когнитивного и хронологического развития в экспериментальной группе

Таблица 6

Корреляция между возрастом когнитивного и хронологического развития и временем выполнения заданий в разных модальностях в экспериментальной группе

Показатель	Время выполнения заданий						
	Обонятельная модальность	Слуховая модальность	Зрительная модальность (форма)	Зрительная модальность (форма-цвет)	Зрительная модальность (цвет)	Тактильная модальность (фактура)	Тактильная модальность (стереоноз)
Возраст развития	-0,22	0,12	0,10	0,02	-0,04	-0,03	-0,01
Уровень интеллекта (МРС)	-0,10	0,05	0,02	0,16	-0,001	-0,13	-0,06
Хронологический возраст	-0,38**	0,16	0,13	-0,12	-0,01	0,08	0,10

Примечание: ** - $p < 0,001$.

Как видно из табл. 6, отрицательная значимая корреляция выявлена между временем выполнения заданий в обонятельной модальности и хронологическим возрастом детей, страдающих шизофренией. Это означает, что чем выше хронологический возраст детей экспериментальной выборки, тем меньше времени им требуется на выполнение заданий в обонятельной модальности. По всем остальным модальностям корреляция времени выполнения заданий детьми экспериментальной группы с показателями развития интеллекта, а также возрастом хронологического развития близка к нулю.

Резюме

Результаты исследования взаимосвязи особенностей ассоциативной деятельности с показателями развития интеллекта у здоровых и больных шизофренией детей выявляют как общие закономерности, так и различия.

- Для обеих сопоставляемых групп испытуемых не выявлена связь между показателями развития интеллекта (возраст когнитивного развития, уровень интеллекта (МРС)) и продуктивностью ассоциативного процесса во всех изучаемых модальностях, кроме тактильной модальности серии «стереогноз», где выявляется положительная значимая корреляция показателей интеллекта с продуктивностью ассоциативного процесса в экспериментальной группе.
- В обеих обследованных группах отсутствует связь между показателями интеллектуального развития и темповыми характеристиками ассоциативной деятельности. Однако в контрольной группе испытуемых существует связь возраста когнитивного развития с коэффициентом стандартности ассоциаций.
- С возрастом развития увеличивается стандартность ассоциаций во всех исследуемых модальностях в группе здоровых детей, тогда как в экспериментальной группе испытуемых связь показателей развития интеллекта с показателем стандартности ассоциаций (коэффициент стандартности) не выявляется.

Литература

1. *Алейникова С.М.* Особенности развития мыслительной деятельности у детей, больных шизофренией. Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1984
2. *Башина В.М.* Ранняя детская шизофрения: статистика и динамика: монография М.: «Медицина». 1989. 248 с.
3. *Власенкова И.Н.* Особенности ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей младшего школьного возраста в норме и при шизофрении. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2015. 24 с.
4. *Власенкова И.Н., Зверева Н.В.* Вербальные ассоциации на обонятельной основе у детей 8-11 лет в норме и при шизофрении // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – Москва, 2014. – № 1. – 144с. – С. 68-71
5. *Власенкова И.Н., Зверева Н.В.* Экспериментальное исследование особенностей ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей младшего школьного возраста, больных шизофренией // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – Москва, 2010. – № 2. – 143с. – С. 46-56.

6. *Вроно М.Ш.* Шизофрения у детей и подростков. М.: Медицина. 1971
7. *Зверева Н.В., Власенкова И.Н., Тимофеев И.В.* Полиmodalные вербальные ассоциации у детей в норме и при шизофрении // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2006. – № 4. – С. 32-40.
8. *Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И.* Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). Методические рекомендации. М., 2014. 40 с.
9. *Лебединский В.В.* Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: МГУ, 1985.
10. *Мелешко Т.К.* Об особом типе формирования познавательной деятельности при шизофрении // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / под ред. Ю.Ф.Полякова, М., 1982.
11. *Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В.* Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста / под ред. М.Ш.Вроно. М., 1986. С. 146-160.
12. *Kaufman A.S.* Kaufman Assessment Battery for Children / A.S. Kaufman, N.L. Kaufman // Circle Pines, MN: American Guidance Service, 1983.

Level of intellectual development and features of association activity of children of normal and schizophrenia conditions in response to stimuli of different modalities

Zvereva N.V.,

Ph.D. in psychology, Professor, Moscow State University of Psychology and Education, Chief researcher, Federal State Budgetary Scientific Institution Mental health research center, Moscow, Russia, nwzvereva@mail.ru

Vlasenkova I.N.,

Ph.D. in psychology, Senior lecturer, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, irene-v@mail.ru

The article contains results of comparison of level of intellectual development and features of verbal association measurements of young schoolchildren in normal and schizophrenia conditions in response to stimuli of different modalities. There have been examined two selections: schizophrenic children and mentally healthy children (60 schizophrenic children and 60 mentally healthy children at the age from 7 to 11 y.o.). There have been used experimental-psychological author's complex of methods to research verbal associations in response to stimuli of different modalities (olfactory, audio-verbal, visual, tactile), as well as battery of K-ABC tests. The research results are discussed in the context of particularity of cognitive deficiency and manifestation of cognitive dysontogenesis of young school schizophrenic children. The article contains description of various combinations of connection/ absence of connection between intelligence level (according to Kauffman's battery of K -ABC tests) and various measurements of association activity (productiveness, temporary indications of activity, commonality coefficient). The principal research result is relative independence of particularity of association activity of schizophrenic children (according to commonality coefficient) of their cognitive development level.

Keywords: verbal associations, stimulus situations of different modalities, young school age, schizophrenia, cognitive development level.

References

1. *Aleinikova S.M.* Osobennosti razvitiya myslitel'noi deyatel'nosti u detei, bol'nyh shizofreniei. Diss. ... kand.psihol.nauk. M., 1984
2. *Bashina V.M.* Rannaya detskaya shizofreniya: statistika i dinamika: monografiya M.: «Medicina». 1989. 248 s.
3. *Vlasenkova I.N.* Osobennosti associativnoi deyatel'nosti v raznyh modal'nostyakh u detei mladshogo shkol'nogo vozrasta v norme i pri shizofrenii. Avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. SPb., 2015. 24 s.
4. *Vlasenkova I.N., Zvereva N.V.* Verbal'nye associacii na obonyatel'noi osnove u detei 8-11 let v norme i pri shizofrenii // *Voprosy psicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov.* – Moskva, 2014. – № 1. – 144s. – S. 68-71
5. *Vlasenkova I.N., Zvereva N.V.* Eksperimental'noe issledovanie osobennostei associativnoi deyatel'nosti v raznyh modal'nostyakh u detei mladshogo shkol'nogo vozrasta, bol'nyh shizofreniei // *Voprosy psicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov.* – Moskva, 2010. – № 2. – 143s. – S. 46-56.
6. *Vrono M.Sh.* Shizofreniya u detei i podrostkov. M.: Medicina. 1971
7. *Zvereva N.V., Vlasenkova I.N., Timofeev I.V.* Polimodal'nye verbal'nye associacii u detei v norme i pri shizofrenii // *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya.* – 2006. – № 4. – S. 32-40.
8. *Zvereva N.V., Koval'-Zaicev A.A., Hromov A.I.* Patopsichologicheskie metodiki ocenki kognitivnogo razvitiya detei i podrostkov pri endogennoi psicheskoi patologii (zritel'noe vospriyatie i myshlenie). Metodicheskie rekomendacii. M., 2014. 40 s.
9. *Lebedinskii V.V.* Narusheniya psicheskogo razvitiya v detskom vozraste. M.: MGU, 1985.
10. *Meleshko T.K.* Ob osobom tipe formirovaniya poznavatel'noi deyatel'nosti pri shizofrenii // *Eksperimental'no-psichologicheskie issledovaniya patologii psicheskoi deyatel'nosti pri shizofrenii / pod red. Yu.F.Polyakova, M., 1982.*
11. *Meleshko T.K., Aleinikova S.M., Zaharova N.V.* Osobennosti formirovaniya poznavatel'noi deyatel'nosti u detei, bol'nyh shizofreniei // *Problemy shizofrenii detskogo i podrostkovogo vozrasta / pod red. M.Sh.Vrono. M., 1986. S. 146-160.*
12. *Kaufman A.S.* Kaufman Assessment Battery for Children / A.S. Kaufman, N.L. Kaufman // *Circle Pines, MN: American Guidance Service, 1983.*

Алекситимия у лиц, систематически занимающихся оздоровительной йогой

Ледовских А.Г.,

студентка, ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия, 79168627993@yandex.ru

Луковцева З.В.,

кандидат психологических наук, доцент ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия, sverchokk@list.ru

Целью исследования стало описание качественно-количественных особенностей алекситимии у лиц, систематически занимающихся оздоровительной йогой. В исследовании приняли участие 62 взрослых испытуемых, объединенных в две группы. Основная группа включала людей, практикующих хатха-йогу и йогу Айенгара, контрольная – тех, кто не занимается спортивно-оздоровительной деятельностью. Методический комплекс составили инструменты, предназначенные для диагностики уровня алекситимии и ассоциированных с ней эмоционально-личностных характеристик. Не обнаружено статистически значимых различий по уровню алекситимии между обследованными группами, однако описательная статистика и результаты качественного анализа данных указывают на наличие качественно-количественной специфики алекситимических проявлений у людей, практикующих йогу.

Ключевые слова: алекситимия, йога, защитные механизмы, эмоциональный интеллект.

Для цитаты:

Ледовских А.Г., Луковцева З.В. Алекситимия у лиц, систематически занимающихся оздоровительной йогой [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 3. С. 47-63 doi: 10.17759/psyclin.2015040304

For citation:

Ledovskikh A.G., Lukovtseva Z.V. Alexithymia in persons regularly engaged in wellness yoga [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2015, vol. 4, no. 3, pp. 47-63 doi: 10.17759/psycljn.2015040304 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Содержание понятия «алекситимия» может быть раскрыто в аспекте сущности данного феномена, его происхождения или функций. Алекситимия рассматривается как своеобразная задержка эмоционального и когнитивного развития, как следствие нейрофизиологических дисфункций и/или отсутствия культуры выражения чувств в семье, а также как психологическая защита (возникающая, в частности, в ответ на тревогу). В ряде исследований алекситимия выступает как сложно детерминированный индикатор соматизации [3]; [13]; [19].

В самом общем виде алекситимия может быть определена как сложный психологический конструкт, вплетенный в систему психосоматической патологии. Уровень алекситимии обнаруживает обратно пропорциональную связь с эмоциональным интеллектом и степенью выраженности ряда защитных механизмов [1]; [2]; [6]; [10]; [16]; [25]; [27]; [30]. Одним из важнейших признаков алекситимии является недостаточность рефлексии, определяющей качество интеграции телесного опыта в субъективную картину жизненного пути [5]; [15]. Людям, страдающим алекситимией, сложно установить контакт с собственным телом, понять свои ощущения и описать их [4]; [21]. Для возобновления такого контакта полезна целенаправленная стимуляция рецепторных систем в сочетании с вербализацией и рефлексией физических ощущений и сопутствующих им эмоций. Одним из путей организации такого опыта может служить практика оздоровительной йоги.

Активирующее и моделирующее воздействие йогических упражнений на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему улучшает нейронную коммуникацию и оказывает позитивное влияние на когнитивное функционирование и эмоциональную регуляцию [24].

Совокупный анализ литературных данных позволяет построить гипотетическую модель влияния оздоровительной йоги на различные компоненты алекситимии (табл.1).

Таблица 1

Влияние оздоровительной йоги на компоненты алекситимии

Основные компоненты алекситимии	Возможности коррекции перечисленных компонентов алекситимии с помощью оздоровительной йоги
1. Фокусирование на внешних событиях, а не на внутренних переживаниях	Концентрация внимания участников на определенных частях тела и процессах, происходящих там (в мышцах конечностей, внутренних органах и т.д.) во время выполнения упражнений. Тщательное исследование сигналов, поступающих от проприорецепторов и интерорецепторов.
2. Трудности в	Обращение внимания участников на эмоциональное

идентификации, вербализации собственных эмоций и их отграничении от телесных ощущений	состояние, меняющееся в процессе выполнения упражнений (в том числе, на фоне успеха/неуспеха при овладении сложными техниками). Вербализация соответствующих переживаний инструктором и самими участниками, групповое обсуждение эмоционального опыта.
3. Недостаток фантазии, воображения, способности к символизации	Применение инструктором, а затем и участниками образов-символов для обозначения нового перцептивного опыта.

Описание качественно-количественных особенностей алекситимии у лиц, систематически занимающихся классической оздоровительной йогой, стало целью исследования, которое будет описано ниже. Полученные данные рассмотрены в аспекте возможностей применения йогических техник при психологической коррекции алекситимических особенностей.

Программа исследования

Были обследованы 62 взрослых испытуемых, имеющих высокий образовательный уровень и стабильную трудовую занятость. Поскольку современные публикации указывают на независимость уровня алекситимии от пола, в исследовании участвовали как мужчины, так и женщины. Возрастной диапазон выборки (25-45 лет) был избран с учетом того, что период наименьшего проявления алекситимии соответствует примерно 30 годам, в то время как после 50 лет соответствующие показатели существенно возрастают [11]; [26].

Выборка состояла из двух равных по численности групп, дифференцированных на основании наличия/отсутствия у испытуемых опыта систематической практики йоги. Для определения критериев оценки такого опыта были опрошены четыре эксперта-инструктора в области классической йоги, имеющие медицинское образование. Опираясь на экспертные мнения, мы отнесли к **основной группе** тех, кто практикует йогу не менее полугода и посещает занятия не реже двух раз в неделю. Базой исследования стал клуб «Прцветание» (г. Зеленоград), клиенты которого занимаются в русле наиболее распространенных оздоровительных направлений йоги, – хатха-йоги и йоги Айенгара. В **контрольную группу** вошли обладатели сопоставимого социально-демографического статуса, не вовлеченные в какую-либо спортивно-оздоровительную деятельность.

Диагностический арсенал составили:

- анкеты, направленные на получение медико-демографических сведений об испытуемых;

- методика субъективного шкалирования «Дифференциация ощущений и эмоций»;
- модифицированная методика «Классификация ощущений» А. Ш. Тхостова и О. В. Ефремовой [23];
- Торонтская шкала алекситимии (TAS-20-R) [20];
- методика «Индекс жизненного стиля» [17];
- опросник на эмоциональный интеллект ЭИИ Д.В. Люсина [14].

Результаты и их интерпретация

При анкетировании обнаружено, что группы значительно различаются по соматоневрологическому статусу. Среди практикующих йогу хронические соматические заболевания присутствуют у 16 человек, причем шестеро имеют одновременно несколько диагнозов. В контрольной группе соответствующие показатели составили 12 и 4, однако эта группа оказалась гораздо менее благополучной в отношении вредных привычек и нарушений сна.

Рассматривая данные, полученные с помощью TAS-20-R, мы не выявили достоверных различий между группами по общему уровню алекситимии (U-критерий Манна-Уитни). Однако анализ соотношения отдельных параметров (рис. 1) показал, что алекситимия несколько более выражена у лиц, не практикующих спортивно-оздоровительную деятельность; исключение составила шкала ТОЧ («Трудности описания чувств»). Соответственно, более детальное изучение этого параметра алекситимии можно отнести к числу перспективных задач дальнейших исследований в данной области.

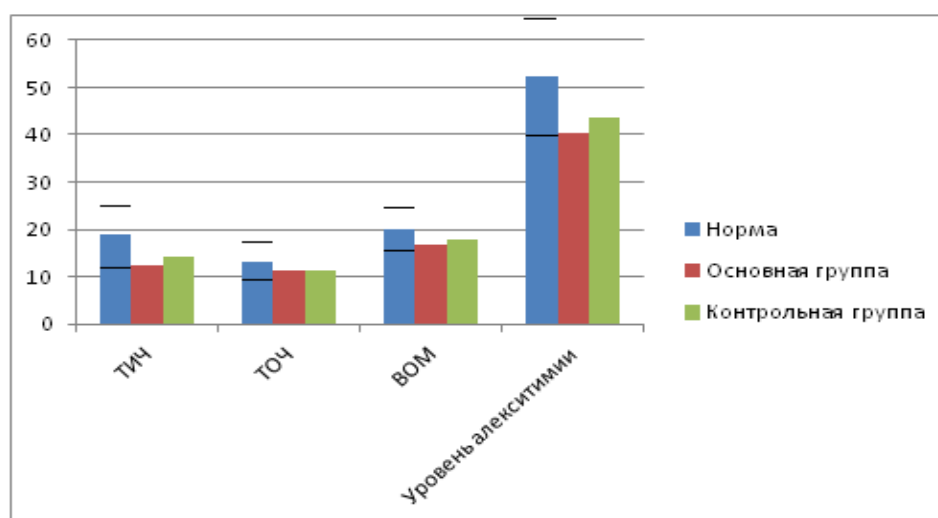


Рис. 1. Средние значения показателей алекситимии (в сравнении с нормативными)

Примечание. Здесь и далее горизонтальные линии обозначают границы нормативного коридора для каждой шкалы

Более низкие показатели по параметру ВОМ (внешне-ориентированное мышление), который отражает следование привнесенным извне правилам мышления и поведения в ущерб собственным потребностям и переживаниям, обнаружены у людей, практикующих йогу. Это может свидетельствовать как об изменении фокуса внимания с внешней ориентированности на внутреннюю под влиянием йоги, так и о том, что само по себе обращение к подобным практикам более свойственно обладателям внутренне-ориентированного мышления.

Для уточнения полученных данных оценивались характеристики эмоционально-личностной сферы, ассоциированные с алекситимией, – психологические защиты (методика «Индекс жизненного стиля») и эмоциональный интеллект (методика ЭМИИ).

Показатели механизмов регрессии, проекции и замещения у лиц, практикующих йогу, находятся на более низком уровне по сравнению не только с контрольной группой нашего исследования (рис. 2), но и с нормативными данными, опубликованными Л. И. Вассерманом и соавт. [17]. Однако при статистической оценке межгрупповых различий значимые результаты по Манну-Уитни ($p \leq 0,05$) получены лишь по шкалам проекции и замещения.

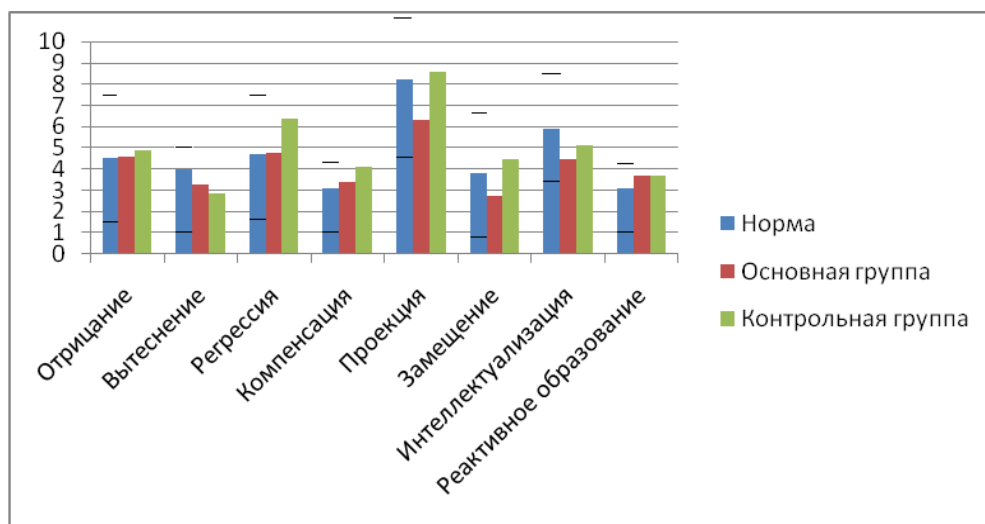


Рис. 2. Средние значения показателей психологических защит (в сравнении с нормативными)

Перейдем к результатам исследования другой психологической характеристики, традиционно связываемой с алекситимией, – эмоционального интеллекта. В этой сфере межгрупповые различия не обладают статистической значимостью (U-критерий Манна-Уитни), однако очевидна тенденция к более высокому уровню большинства компонентов эмоционального интеллекта в основной группе (рис. 3).

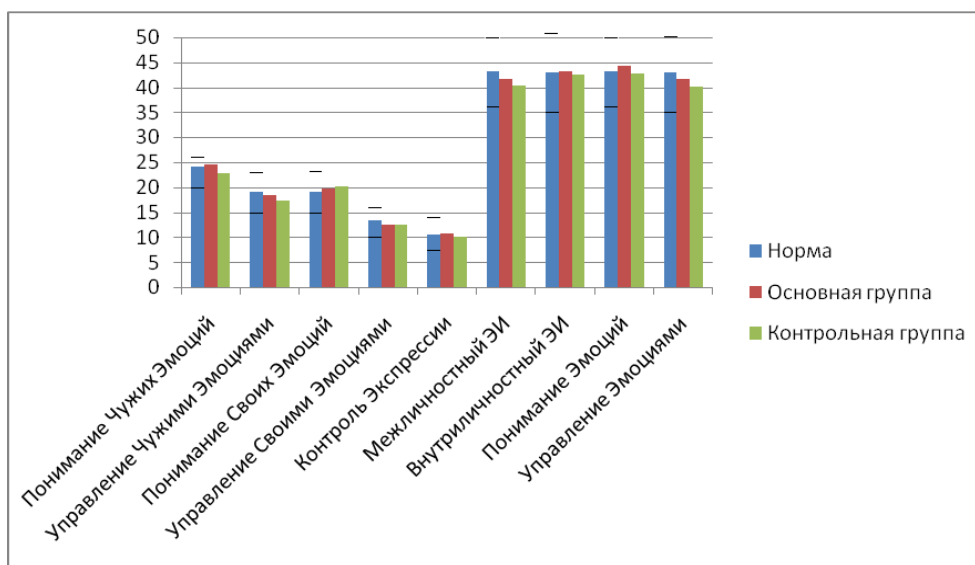


Рис. 3. Средние значения показателей эмоционального интеллекта (в сравнении с нормативными)

Суммируя приведенные результаты, можно сказать, что показатели алекситимии и близких к ней психологических характеристик представителей нашей выборки соответствуют нижней границе нормы. Что касается испытуемых, практикующих йогу, то они более благополучны по большинству параметров, однако эта закономерность не всегда подтверждается статистически.

Обратимся к качественной специфике алекситимических проявлений в обследованных группах. В этой части нас интересовала способность испытуемых к определению, различению, называнию и категоризации своих физических и эмоциональных переживаний. Основным инструментом анализа этой способности послужила модифицированная методика «Классификация ощущений» А. Ш. Тхостова и О. В. Ефремовой. В соответствии с целью нашего исследования, стимульный материал, предложенный создателями методики и включающий наименования телесных ощущений, был дополнен списком наименований эмоций по П. В. Симонову.

Первый этап выполнения методики подразумевал **спонтанное перечисление ощущений и эмоций**. Инструкция звучала следующим образом: «Перечислите знакомые вам по собственному опыту физические ощущения и эмоции». Это задание вызвало некоторые трудности в обеих группах, однако у практикующих йогу в итоге обнаружился несколько более обширный и разнообразный словарь (рис.4).

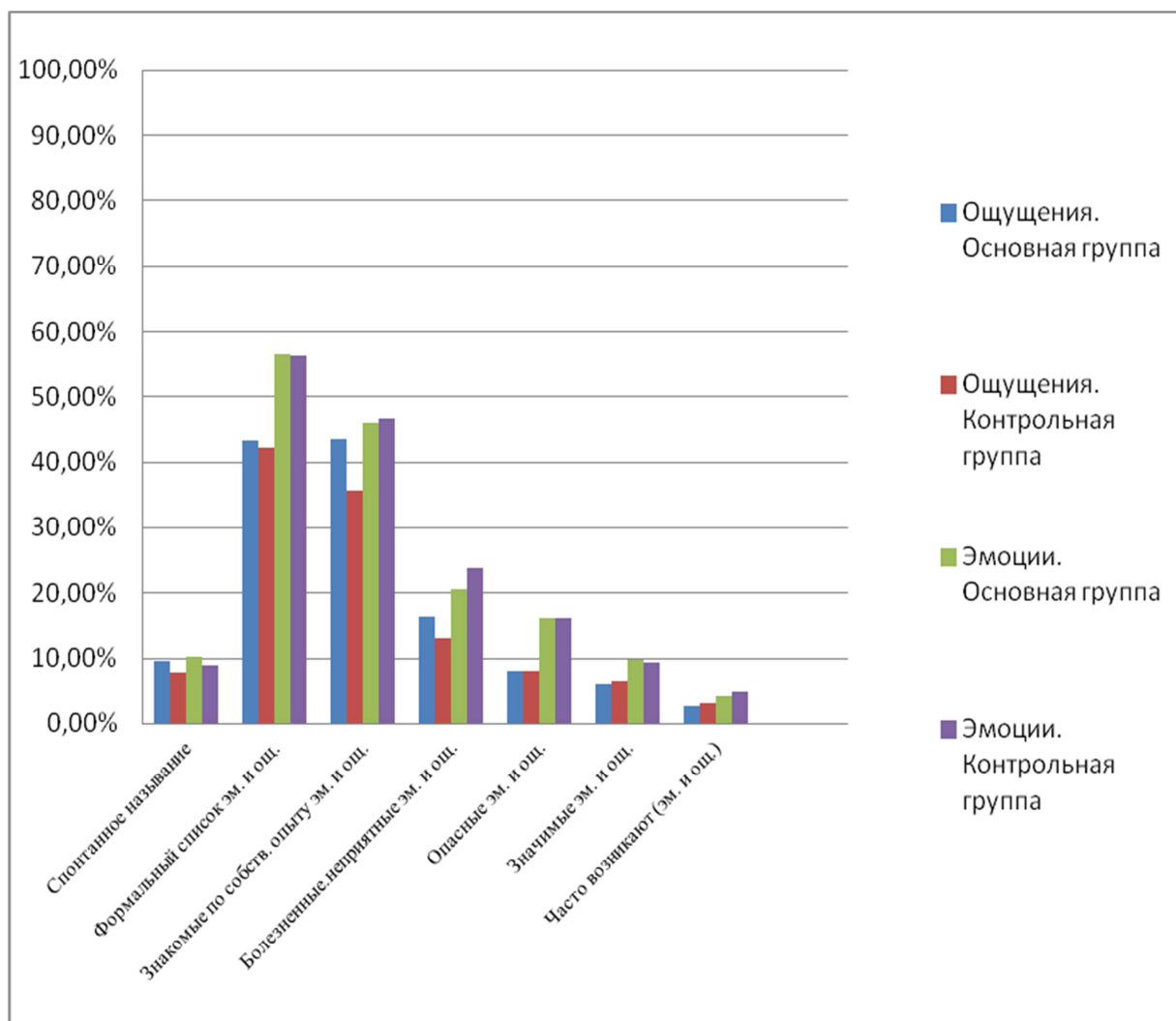


Рис. 4. Результаты субъективного шкалирования эмоций и ощущений представителями двух групп (в процентах от общего количества предложенных слов)

Теми, кто не занимается спортивно-оздоровительной деятельностью, было названо в общей сложности 36 телесных ощущений. Ответы многих испытуемых из данной группы совпадали, а наиболее часто встречающимися в соматическом словаре группы оказались общие обозначения состояния организма («комфорт», «дискомфорт»). Представители же основной группы, напротив, смогли назвать лишь 27 телесных ощущений, однако отдельные ответы здесь отличались разнообразием и оригинальностью («тепло», «сонливость», «головокружение», «покалывание» и др.). Интересен и тот факт, что при спонтанном назывании эмоций в контрольной группе было получено 57 ответов, в основной же – 61 ответ. Заметим, что в обоих списках были представлены эмоции разных модальностей и знаков («раздражение», «удивление», «нежность», «обида», «любовь» и т.д.), при этом тенденция к большей оригинальности ответов отдельных испытуемых в основной группе сохранялась.

На втором этапе выполнения данной методики испытуемые работали с **предоставленными им списками** эмоций и ощущений (по А. Ш. Тхостову, О. В. Ефремовой и П. В. Симонову). Инструкция звучала так: «Перед вами список различных состояний. Отберите слова, которые подходят для описания: а) физических, телесных ощущений; б) эмоций». Оказалось, что все испытуемые с большей легкостью отбирают наименования эмоций, чем физических ощущений. Однако эту закономерность сложно содержательно интерпретировать в аспекте алекситимии, поскольку понимание смысла стимульных слов отдельными людьми обладает высокой вариабельностью, что ярко проявилось в ходе нашего исследования. Важность учета полисемантизма подтверждается и анализом литературных источников. Так, например, А. Ш. Тхостов относит к физическим ощущениям «грусть», «тоску», что другими авторами описывается как эмоция [8]; [23]. Таким образом, следует подчеркнуть необходимость подробного обсуждения с каждым испытуемым смысла, вкладываемого им в то или иное стимульное слово, при выполнении данной методики.

Далее испытуемым следовало выбрать из списков эмоции и ощущения, **знакомые им по собственному опыту** (третий этап) и **являющиеся болезненными или неприятными** (четвертый этап). При этом на каждом следующем этапе предлагался список, оставшийся после выполнения предыдущего этапа. Выяснилось, что личный эмоциональный опыт представителей обеих групп уступает объему их теоретического эмоционального словаря. Аналогичная закономерность характеризует сферу телесных ощущений у лиц, не практикующих йогу; основной же группе доводилось испытывать практически все ощущения, выделенные из формального списка на втором этапе. Это можно объяснить большим количеством соматических заболеваний у практикующих йогу (и, соответственно, более богатым опытом переживания недомогания). Не случайно именно практикующие йогу вообще называют существенно больше болезненных ощущений, чем другие испытуемые. Другая возможная версия связана с тем, что представители основной группы занимаются физической практикой, предполагающей специальную концентрацию внимания на состоянии тела вообще и отдельных систем организма. Заметим также, что все обследованные вне зависимости от наличия спортивно-оздоровительного опыта сочли болезненными/неприятными лишь половину тех ощущений и эмоций, которые им доводилось переживать.

Далее проводился выбор **опасных** (пятый этап) и **субъективно значимых, важных** (шестой этап) ощущений и эмоций. Здесь представляют интерес не столько межгрупповые различия, оказавшиеся очень незначительными, сколько общие закономерности. Практически все субъективно значимые телесные ощущения расцениваются испытуемыми как опасные, а среди опасных эмоций значимыми названа лишь половина. Здесь можно думать о филогенетически закрепленном значении опасных ощущений и эмоций как сигналов, необходимых для сохранения физической целостности и здоровья. Напротив, те значимые эмоции, которые не отнесены к категории опасных, могут рассматриваться как имеющие в большей степени социокультурное происхождение («счастье», «радость»).

Последним этапом методики был выбор тех ощущений и эмоций, которые **возникают особенно часто**. Лишь половину ощущений и эмоций, названных на предыдущем этапе значимыми, опрошенные испытывают действительно часто. Однако лица, практикующие йогу, переживают значимые для себя ощущения все-таки реже, что можно расценить как косвенное свидетельство положительного влияния йоги на соматовегетативную и эмоциональную регуляцию.

Итак, результаты модифицированной методики А. Ш. Тхостова и О. В. Ефремовой подтверждают описанные выше данные стандартизированной диагностики и указывают на отсутствие выраженных алекситимических проявлений в выборке. Единственное различие между группами обнаружилось при спонтанном назывании ощущений и эмоций (как указано выше, практикующие йогу оперируют более богатым и разнообразным в этом отношении словарем).

Алекситимия не просто связана с другими эмоционально-личностными характеристиками человека – ее уровень определяет риск возникновения психосоматических заболеваний. Поэтому инструментарий исследования был дополнен Гиссенским опросником соматических жалоб Е. Брюхлера и Дж. Снера. В русскоязычных описаниях данной методики, видимо, присутствует техническая ошибка – по некоторым шкалам стандартное отклонение превышает средние значения [9]; [22]. Таким образом, мы не располагали возможностью сопоставления результатов, полученных с помощью опросника, с опубликованными нормативами.

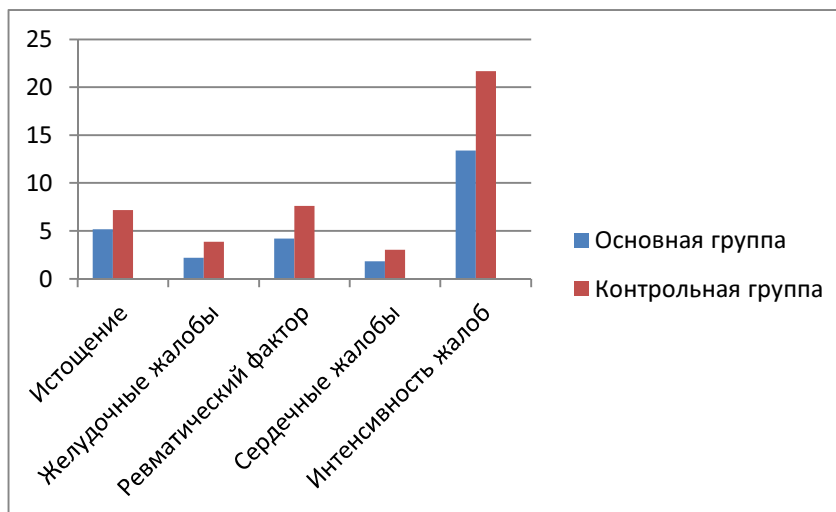


Рис. 5. Результаты Гиссенского опросника соматических жалоб.

Статистическая проверка подтвердила существование межгрупповых различий (U-критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$) по всем категориями соматических жалоб, кроме «Истощения» (табл. 2)

Таблица 2

Статистически достоверные различия между группами по соматическим жалобам

Психосоматический фактор	Уровень значимости (p)
«Желудочные жалобы»	0,034
«Ревматический фактор»	0,007
«Сердечные жалобы»	0,019
«Давление жалоб»	0,010

Итак, испытуемые, не имеющие спортивно-оздоровительного опыта, склонны к более выраженным эмоциональным переживаниям по поводу физических недомоганий (рис. 5). Интересно сопоставить эту закономерность с результатами анкетирования, в ходе которого было выявлено большее количество соматических диагнозов в основной группе. Можно говорить о том, что йогическая практика способствует эмоциональной стабилизации и формированию более уравновешенного, конструктивного реагирования на телесные симптомы даже при наличии хронических заболеваний.

В целом полученные в ходе исследования данные указывают на существование качественных и (в меньшей степени) количественных различий между обследованными группами по характеристикам алекситимии. Однако нельзя с уверенностью заявлять о наличии причинно-следственных связей, отражающих влияние практики йоги на психосоматическую сферу и, в частности, на алекситимические особенности.

Аргументом в пользу того, что оздоровительная йога действительно способствует преодолению алекситимии, могут служить полученные нами сведения о большем богатстве словаря чувств и ощущений у обладателей опыта занятий йогой. Наши результаты согласуются с литературными данными о влиянии йоги на успешность идентификации и выражения эмоций [7], а также на повышение нейрофизиологической пластичности мозга [28]; [29]. Нельзя не упомянуть в этом контексте и опыт применения йогических упражнений в нейропсихологической коррекции [12]; [18].

Сегодня сущность коррекционного воздействия оздоровительной йоги на алекситимию может быть описана как эмоциональная стабилизация в сочетании с развитием способности к рефлексивному отражению и осмыслению своих физических ощущений и эмоций. Вероятным кумулятивным эффектом коррекции алекситимии посредством йогических практик может стать актуализация процессов фантазии, воображения.

Выводы

1. В выборке лиц трудоспособного возраста с высоким образовательным уровнем выявлены нижненормативные показатели алекситимии, статистически не связанные с наличием/отсутствием йогического опыта.
2. Результаты качественного анализа данных указывают на меньшую выраженность алекситимических проявлений у лиц, практикующих йогу. Эти испытуемые обладают богатым словарем физических ощущений, знакомых по собственному опыту (в т.ч. субъективно расцениваемых как болезненные), однако испытывают их относительно редко и относятся к ним спокойно, уравновешенно.
3. Лицам, не занимающимся спортивно-оздоровительной деятельностью, свойственно более интенсивное эмоциональное реагирование на телесный дискомфорт. Они предпочитают привычные, стандартные способы разрешения проблемных ситуаций, чаще проецируют и направляют неприемлемые эмоции на других людей. При этом они менее склонны к подавлению эмоций по сравнению с теми, кто практикует йогу.

Заключение

Представленные результаты определяют перспективы изучения психокоррекционного потенциала оздоровительной йоги. В первую очередь следует говорить о необходимости лонгитюдного исследования динамики алекситимических особенностей у лиц, систематически практикующих йогу. Целесообразно модифицировать процедуру субъективного шкалирования эмоций и ощущений, более тщательно дифференцируя список стимульных слов с учетом существующих представлений об алекситимии. Важно учитывать индивидуальное понимание каждым испытуемым значения стимульных слов (подобно тому, как работают с понятиями «здоровье», «счастье» и т.д. при выполнении методики Дембо-Рубинштейн). При оценке эффективности коррекции алекситимии следует применять не только методики, традиционные для психосоматической практики, но также пато- и нейропсихологический инструментарий, позволяющий получить более полную картину динамики функционального состояния высших психических функций.

Литература

1. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца / Т.И. Грекова, В.М. Провоторов, А.Я. Кравченко, А.В. Будневский. – Клиническая медицина, 1997. Т. 75. № 11. С. 32–34.
2. Алекситимия и внутренние болезни / В.М. Провоторов, Ю.Н. Чернов, О.В. Лышова, А.В. Будневский. - Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2000. – № 6. С. 66–67.

3. *Большунова Н.Я.* Социокультурные проблемы современного человека: материалы IV Международной научно-практической конференции / под ред. Н.Я. Большуновой, О.А. Шамшиковой. Новосибирск: НГПУ, 2010. Ч. 1. 550 с.

4. *Брель Е.Ю.* К проблеме изучения особенностей взаимосвязи алекситимии, агрессивности и тревожности в структуре личности // Социальная работа в Сибири: сб. научных работ. Кемерово, 2004. 180 с.

5. *Василенко Т.Д.* Телесность и субъективная картина жизненного пути личности: автореферат дис. ... доктора психологических наук: 19.00.04 / Т.Д. Василенко. Санкт-Петербург, 2012. 48 с.

6. Выраженность алекситимии у больных сахарным диабетом 2-го типа и ее взаимосвязь с медицинскими и демографическими параметрами / И.Е. Сапожникова, Е.И. Тарловская, И.В. Мадянов, Т.П. Веденская; Терапевтический архив. 2012. №10. С.23-27.

7. *Голошейкин С.А.* Психофизиологический анализ особенностей эмоциональной реактивности у лиц практикующих медитацию: автореферат на соискание ученой степени к. б. н. Новосибирск, 2003. 133 с.

8. *Ильин Е. П.* Эмоции и чувства / Е.П. Ильин. СПб: Питер, 2001. 752 с.

9. *Карвасарский Б.Д.* Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. СПб.: Питер, 2004. 553 с.

10. *Коростий В.И.* Механизмы психологической защиты, алекситимия и агрессия у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями: патогнетическая роль и подходы к психотерапии / В. И. Коростий // Медицинская психология. 2011. № 3. С. 19-22.

11. *Крюкова Т.Л.* Психология стресса и совладающего поведения: материалы III Междунар. науч.- практ. конф. Кострома, 26–28 сент. 2013 г.: в 2 т. / отв. ред.: Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2013. Т. 1. 284 с.

12. *Кузнеченкова С.О.* Нейройога. - СПб.: Речь, 2010. – 192 с.

13. *Кулаков С.А.* Основы психосоматики / С.А. Кулаков. СПб.: Речь, 2005. 288 с.

14. *Люсин Д.В.* Опросник на эмоциональный интеллект ЭМИн: новые психометрические данные // Социальный и эмоциональный интеллект: от моделей к измерениям / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. Москва: Институт психологии РАН, 2009. С. 264 – 278.

15. *Николаева В.В.* О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. Москва, 1993. С. 84-93.

16. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией / В.М. Провоторов, В.Н. Крутько, А.В. Будневский и др. // Пульмонология. 2000. №3. С. 30-25.
17. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др. СПб.: СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. 50 с.
18. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / А.В. Семенович. - Москва: Академия, 2002. - 232 с.
19. Соложенкин В.В. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции / В.В. Соложенкин, Е.С. Гузова // Социальная и клиническая психиатрия. 1998, Т.8, №2. С. 18-24.
20. Старостина Е.Г. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных / Е.Г. Старостина, Г.Д. Тэйлор // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т.20. №4. 38 с.
21. Сыропятов О.Г. Значение алекситимии при психических расстройствах у кардиологических больных / О.Г. Сыропятов, А.Н. Красюк // Нейро-News: психоневрология и нейропсихиатрия. 2009. №7. С. 12-19.
22. Трегубов И.Б. Гиссенский опросник соматических жалоб / И.Б. Трегубов, С.М. Бабин. СПб, 1992. 23 с.
23. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. Москва: Смысл, 2002. 287 с.
24. Эберт Д. Физиологические аспекты йоги. / Перевод с немецкого: Минвалеев Р.С. Leipzig: Veb Georg Thieme, 1999. 166 с.
25. Alexithymia and emotional intelligence in patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and major depressive disorder / Elif Onur, Tunc Alkin, Michael J. Sheridan, Thomas N. Wise // The Psychiatric quarterly. 2013. V. 84, P. 303-311.
26. Alexithymia in Finnish General Population. [Электронный ресурс]: Academic dissertation. 2009. URL: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66829/978-951-44-8632-6.pdf?sequence=1> (дата обращения 23.10.2014).
27. Clinical Assessment, Computerized Methods and Instrumentation / F.J. Maarse, A.E. Akkerman, A.N. Brand & L.J.M. Mulder (Eds.). - Lisse: Swets & Zeitlinger, 2003. P. 235-247.
28. Effect of sahaj yoga on neurocognitive functions in patients suffering from major depression / V. K. Sharma, S. Das, S. Mondal, U. Goswami and A. Gandhi // Indian J. Physiol. Pharmacol. 2006. V.50. P. 375-383.

29. *Slagter H.A.* Mental training as a tool in the neuroscientific study of brain and cognitive plasticity / H. A. Slagter, R. J. Davidson and A. Lutz. - *Frontiers in Human Neuroscience*, 2011. V. 7. 17p.

30. *Veríssimo R.* Emotional intelligence: from alexithymia to emotional control / R. Veríssimo. - *Acta Medica Portuguesa*, 2003. V.16. P.407-411.

Alexithymia in persons regularly engaged in wellness yoga

Ledovskikh A.G.,

Neuropsychologist, Yoga-club "Prosperity", Zelenograd, Russia, 79168627993@yandex.ru

Lukovtseva Z.V.,

Ph.D. in Psychology, assistant professor, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, sverchokk@list.ru

The aim of the study was to describe qualitative-quantitative characteristics of alexithymia in persons regularly engaged in Wellness yoga. The study involved 62 adult subjects, grouped into two groups. The main group included people practicing Hatha yoga and Iyengar yoga, the control group included people who are not engaged in sports activities. Methodical complex amounted tools for diagnosing the level of alexithymia and related emotional and personal characteristics. There was no statistically significant difference in the level of alexithymia between the examined groups, however, the descriptive statistics and the results of a qualitative analysis of the data indicate the presence of qualitative-quantitative specifics of the alexithymic symptoms in people practicing yoga.

Keywords: alexithymia, yoga, defense mechanisms, emotional intelligence.

References

1. Aleksitimiya v strukture lichnosti bol'nyh ishemicheskoi boleznyu serdca / T.I. Grekova, V.M. Provotorov, A.Ya. Kravchenko, A.V. Budnevskii. – *Klinicheskaya medicina*, 1997. T. 75. № 11. S. 32–34.
2. Aleksitimiya i vnutrennie bolezni / V.M. Provotorov, Yu.N. Chernov, O.V. Lyshova, A.V. Budnevskii. - *Jurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova*, 2000. – № 6. S. 66–67.
3. *Bol'shunova N.Ya. Sociokul'turnye problemy sovremennogo cheloveka: materialy IV Mejdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferencii / pod red. N.Ya. Bol'shunovoi, O.A. Shamshikovoi. Novosibirsk: NGPU, 2010. Ch. 1. 550 s.*
4. *Brel' E.Yu. K probleme izucheniya osobennosti vzaimosvyazi aleksitimii, agressivnosti i trevoznosti v strukture lichnosti // Social'naya rabota v Sibiri: sb. nauchnyh rabot. Kemerovo, 2004. 180 s.*

5. *Vasilenko T.D.* Telesnost' i sub'ektivnaya kartina jiznennogo puti lichnosti: avtoreferat dis. ... doktora psihologicheskikh nauk: 19.00.04 / T.D. Vasilenko. Sankt-Peterburg, 2012. 48 s.

6. Vyrajennost' aleksitimii u bol'nyh saharnym diabetom 2-go tipa i ee vzaimosvyaz' s medicinskimi i demograficheskimi parametrami / I.E. Sapojnikova, E.I. Tarlovskaya, I.V. Madyanov, T.P. Vedenskaya; *Terapevticheskii arhiv.* 2012. №10. S.23-27.

7. *Golosheikin S.A.* Psihofiziologicheskii analiz osobennosti emocional'noi reaktivnosti u lic praktikuyuschih meditaciyu: avtoreferat na soiskanie uchenoi stepeni k. b. n. Novosibirsk, 2003. 133 s.

8. Il'in E. P. Emocii i chuvstva / E.P. Il'in. SPb: Piter, 2001. 752 s.

9. *Karvasarskii B.D.* Klinicheskaya psihologiya / B.D. Karvasarskii. SPb.: Piter, 2004. 553 s.

10. *Korostii V.I.* Mehanizmy psihologicheskoi zaschity, aleksitimiya i agressiya u molodyh lic s psihosomaticheskimi zabolevaniyami: patogneticheskaya rol' i podhody k psihoterapii / V. I. Korostii // *Medicinskaya psihologiya.* 2011. № 3. S. 19-22.

11. *Kryukova T.L.* Psihologiya stressa i sovladayuschego povedeniya: materialy III Mejdunar. nauch.- prakt. konf. Kostroma, 26–28 sent. 2013 g.: v 2 t. / otv. red.: T. L. Kryukova, E. V. Kuftyak, M.V. Saporovskaya, S. A. Hazova. Kostroma: KGU im. N. A. Nekrasova, 2013. T. 1. 284 s.

12. *Kuznechenkova S.O.* Neuroioga. - SPb.: Rech', 2010. – 192 s.

13. *Kulakov S.A.* Osnovy psihosomatiki / S.A. Kulakov. SPb.: Rech', 2005. 288 s.

14. *Ljusin D.V.* Oprosnik na emocional'nyi intellekt EmIn: novye psihometricheskie dannye // Social'nyi i emocional'nyi intellekt: ot modelei k izmereniyam / Pod red. D.V. Ljusina, D.V. Ushakova. Moskva: Institut psihologii RAN, 2009. S. 264 – 278.

15. *Nikolaeva V.V.* O psihologicheskoi prirode aleksitimii // *Telesnost' cheloveka: mejdisciplinarnye issledovaniya.* Moskva, 1993. S. 84-93.

16. Osobennosti psihologicheskogo statusa bol'nyh bronhial'noi astmoi s aleksitimiei / V.M. Provotorov, V.N. Krut'ko, A.V. Budnevskii i dr. // *Pul'monologiya.* 2000. №3. S. 30-25.

17. Psihologicheskaya diagnostika indeksa jiznennogo stilya: posobie dlya psihologov i vrachei / L.I. Vasserman, O.F. Eryshev, E.B. Klubova i dr. SPb.: SPbNIPNI im. V.M.Behtereva, 2005. 50 s.

18. *Semenovich A.V.* Neiropsihologicheskaya diagnostika i korrekciya v detskom vozraste / A.V. Semenovich. - Moskva: Akademiya, 2002. – 232 s.

19. *Solojenkin V.V.* Aleksitimiya (adaptacionnyi podhod) i psihoterapevticheskaya model' korrektsii / V.V. Solojenkin, E.S. Guzova // *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 1998, T.8, №2. S. 18-24.
20. *Starostina E.G.* Torontskaya shkala aleksitmii (20 punktov): validizatsiya russkoyazychnoi versii na vyborke terapevticheskikh bol'nyh / E.G. Starostina, G.D. Teilor // *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 2010. T.20. N4. 38 s.
21. *Syropyatov O.G.* Znachenie aleksitimii pri psihicheskikh rasstroistvah u kardiologicheskikh bol'nyh / O.G. Syropyatov, A.N. Krasnyuk // *Neiro-News: psihonevrologiya i neiropsichiatriya*. 2009. №7. S. 12-19.
22. *Tregubov I.B.* Gissenskii oprosnik somaticheskikh jalob / I.B. Tregubov, S.M. Babin. SPb, 1992. 23 s.
23. *Thostov A.Sh.* Psihologiya telesnosti / A.Sh. Thostov. Moskva: Smysl, 2002. 287 s.
24. *Ebert D.* Fiziologicheskie aspekty iogi. / Perevod s nemeckogo: Minvaleev R.S. Leipzig: Veb Georg Thieme, 1999. 166 s.
25. Alexithymia and emotional intelligence in patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and major depressive disorder / Elif Onur, Tunc Alkin, Michael J. Sheridan, Thomas N. Wise // *The Psychiatric quarterly*. 2013. V. 84, P. 303-311.
26. Alexithymia in Finnish General Population. [Elektronnyi resurs]: Academic dissertation. 2009. URL: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66829/978-951-44-8632-6.pdf?sequence=1> (data obrascheniya 23.10.2014).
27. Clinical Assessment, Computerized Methods and Instrumentation / F.J. Maarse, A.E. Akkerman, A.N. Brand & L.J.M. Mulder (Eds.). - Lisse: Swets & Zeitlinger, 2003. P. 235-247.
28. Effect of sahay yoga on neurocognitive functions in patients suffering from major depression / V. K. Sharma, S. Das, S. Mondal, U. Goswami and A. Gandhi // *Indian J. Physiol. Pharmacol.* 2006. V.50. P. 375-383.
29. *Slagter H.A.* Mental training as a tool in the neuroscientific study of brain and cognitive plasticity / H. A. Slagter, R. J. Davidson and A. Lutz. - *Frontiers in Human Neuroscience*, 2011. V. 7. 17p.
30. Veríssimo R. Emotional intelligence: from alexithymia to emotional control / R. Veríssimo. - *Acta Medica Portuguesa*, 2003. V.16. P.407-411.

Психологическая поддержка матерей детей с расстройствами аутистического спектра с использованием традиций русского чаепития

Белопольская Н. Л.,

доктор психологических наук, профессор, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, natalybelopolsky@mail.ru

Рубан О. В.,

кандидат психологических наук, старший преподаватель, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, rubanolunj@mail.ru

В статье рассмотрены возможности оказания психологической поддержки матерям детей с расстройствами аутистического спектра в формате проведения традиционного русского чаепития. Представлены результаты анкетирования, показавшие, что матери детей с расстройствами аутистического спектра в основном ориентированы на получение психологической помощи по вопросам воспитания и развития своего ребенка, а личностные проблемы женщины, гармоничность ее психологического состояния отходят на второй план. В работе подтверждается предположение, что непринужденный формат чаепития позволяет сократить психологическую дистанцию в общении с психологом, дает возможность мамам таких детей чувствовать себя естественнее, непринужденнее. Представлен анализ серии психологических встреч, темами для которых стали аспекты личной жизни матерей. Результаты исследования позволяют сделать вывод об эффективности такого подхода. Формат психологической поддержки матерей в рамках русского чаепития способствовал росту их доверия к специалисту и расширению спектра обсуждаемых личных проблем. Матери получили возможность доверительного общения друг с другом и сообщали о психологической разгрузке.

Ключевые слова: матери детей с расстройствами аутистического спектра, психологическая поддержка, традиционное русское чаепитие.

Для цитаты:

Белопольская Н. Л., Рубан О. В. Психологическая поддержка матерей детей с расстройствами аутистического спектра с использованием традиций русского

чаепития [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 3. С. 64-76 doi: 10.17759/psyclin.2015040305

For citation:

Belopolskaya N.L., Ruban O.V. Psychological support for mothers of children with autism spectrum disorders via traditional Russian tea party [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2015, vol. 4, no. 3, pp. 64-76 doi: 10.17759/psycljn.2015040305 (In Russ., abstr. in Engl.)

Постановка проблемы

Структура психологической помощи детям в настоящее время включает в себя оказание психологической поддержки семье. Важность этого направления особенно отмечают специалисты, занимающиеся проблемами семей, имеющих детей с отклонениями в психическом развитии [3]; [8]; [9].

Эффективность поддержки семьи и особенно матери проблемного ребенка во многом зависит от степени доверия, которое мать испытывает к специалисту. Часто у матерей наблюдается низкая мотивация к сотрудничеству, сложности самораскрытия, неготовность к обсуждению проблем, возникших в семье с рождением ребенка с нарушением развития [1]; [2]; [11].

С другой стороны, в ходе исследований, проведенных Х. Дэвисом [6], установлено, что одним из источников неудовлетворенности родителей являются взаимоотношения со специалистами. Также он пишет о праве родителей самостоятельно принимать решения по выбору вида помощи ребенку на основе имеющейся у них информации. Автор призывает к отказу от «экспертной» модели поведения специалистов взамен на сопровождающую и поддерживающую модели.

Матери детей с расстройством аутистического спектра (РАС) представляют собой одну из категорий матерей, остро нуждающихся в поддержке психолога. Семьи, в которых растут дети с расстройствами аутистического спектра, считаются наиболее подверженными психотравмирующей ситуации [5]. Авторы отмечают особую ранимость взрослых, составляющих ближайшее окружение такого ребенка. Матери, воспитывающие детей с расстройствами аутистического спектра, в силу особенностей функционирования психики их детей не получают положительного опыта тактильного контакта, эмоционального отклика ребенка в виде улыбки, непосредственной радости при появлении матери. Дети не проявляют инициативы во взаимодействии с ухаживающими за ними матерями, что приводит женщин к астенизации и разочарованию в себе.

Несомненно, что консультирование матерей детей с РАС (необходимость их просвещения, объяснения происходящего) является наиболее актуальной формой общения со специалистом. Так как поведение ребенка с РАС характеризуется противоречивостью, матери сложно конструктивно подстроиться к эффективному с ним взаимодействию. В форме групповой работы или на индивидуальной

консультации специалист дает матери знания, подкрепляемые наглядно демонстрируемыми ситуациями общения с ребенком.

Другим немаловажным направлением консультирования матерей, имеющих детей с особым детством, признается консультирование, затрагивающее вопросы личностной сферы женщины. У матерей детей с РАС часто бывают депрессивные состояния, которые, трансформируясь в невротическое развитие личности, могут существенно нарушить ее социальную адаптацию [4]. Длительное действие таких психогенных факторов, как отвержение, чувство одиночества, страхи за свое будущее и будущее ребенка приводит к значительным личностным изменениям психики матери. В таких случаях личностные деформации родителей могут проявляться в виде дезадаптаций и неадекватных форм взаимодействия с внешним миром, в том числе и с ребенком.

Работа специалиста имеет целью снятие остроты переживания женщиной таких чувств, как вина и стыд за рождение неполноценного ребенка, горе от невозможности побороть его болезнь. Беседуя с матерью, психолог оказывает ей поддержку выслушиванием, сопереживанием, признанием ее титанических усилий в воспитании ребенка.

Тем не менее некоторые проблемы общения с матерями детей с РАС остаются вне фокуса специалистов. Все беседы специалистов с матерями, как правило, сводятся к обсуждению проблем их больных детей, что приводит к закрытости этих женщин, нежеланию говорить на другие важные для них темы и низкому уровню доверия к психологу.

Поиск методов, позволяющих выйти в общении с матерями детей с РАС на конструктивное сотрудничество, показал, что одним из таких ресурсов является использование русских традиционных игр матери с ребенком, которым они обучаются под руководством специалистов [10].

Вновь обращаясь к русским традициям, мы решили предпринять попытку организации неформального общения психолога с матерями в форме чаепития. Мы исходили из того, что близкий русскому человеку по духу процесс чаепития успокаивает, настраивает на беседу, располагает к общению, способствует повышению уровня доверия к специалисту.

Психокоррекционные возможности традиционного русского чаепития

Чай, чужак по своему происхождению для России, настолько полюбился нашему народу, что россияне считают этот напиток родным. На русской земле процесс чаепития с самоваром, с многочисленными угощениями и приятными собеседниками описывают с XVIII века.

Главное в чайной традиции то, ради чего устраивается данное времяпрепровождение, – это беседа, общение участников застолья. За чаем всегда приятно было поговорить в хорошей компании. И сейчас в России принято и

неожиданному посетителю, и долгожданному гостю предложить чашечку чая. Чаепитие является одним из любимых и приятных церемоний в жизни русских людей. Приглашение попить чай является проявлением дружелюбия, гостеприимства, расположения, оказания внимания, перспективы кратковременного отдыха и приятной беседы.

Время, проведенное за чаем, дополняется обычно еще и разговором, а иногда и совместным решением важной проблемы. Традиционное русское чаепитие не имеет, как правило, определенного сценария, предполагает неформальную обстановку и простоту общения [7].

Мы предположили, что в таких условиях матери детей с РАС будут чувствовать себя естественнее, непринужденнее, что позволит психологу легче транслировать их принятие и поддержку. Также мы рассчитывали на то, что всем известные достоинства чая как напитка и чаепития как времяпрепровождения будут способствовать сокращению психологической дистанции между женщинами и психологом.

Атрибуты русского чаепития должны были послужить нам отвлекающими факторами, провоцировать женщин на высказывания и комментарии на темы, не затрагивающие вопросов, связанных с состоянием их детей. Атмосфера чаепития была нацелена на отдых и расслабление, а также повышение уровня доверия матерей к психологу.

Организация исследования и выборка

Исследование проводилось в три этапа на базе детского сада №288 в течение полугода.

На *первом этапе* было проведено краткое интервью с 25 матерями детей с РАС, направленное на определение потребности женщин в психологической помощи.

На *втором этапе* была сформирована группа матерей, изъявивших желание посетить цикл чаепитий, направленных на межличностное общение, обсуждение личных проблем и самоанализ под руководством психолога.

Встречи с матерями детей с РАС проводились один раз в три недели; всего было проведено пять чаепитий.

В исследовании приняли участие 6 матерей детей с РАС, посещающих со своими детьми занятия по коррекции коммуникативных навыков средствами традиционных детских фольклорных игр.

Возраст матерей варьировал от 29 до 35 лет, все матери имели одного ребенка, возраст которых варьировал от 4 до 7 лет. Все отобранные для исследования женщины имели примерно равные жизненные условия: были замужем, не работали,

имели хорошие взаимоотношения с мужем. Все женщины охотно откликнулись на предложение участвовать в чаепитиях.

На *третьем этапе* исследования было проведено анонимное анкетирование участниц чаепития с целью оценки эффективности предложенного метода психологической поддержки.

Первый этап исследования

Интервью матерей на первом этапе исследования содержало всего шесть вопросов:

1. Нуждаетесь ли вы в настоящий момент в психологической помощи для решения личных проблем?
2. Нуждались ли вы ранее в психологической помощи для решения личных проблем?
3. Нуждаетесь ли вы в психологической помощи в воспитании своего ребенка?
4. Нуждались ли вы ранее в психологической помощи в воспитании своего ребенка?
5. Какие виды психологической помощи по вопросам воспитания своего ребенка вы предпочитаете:
 - индивидуальная консультация;
 - тренинг;
 - чаепитие с небольшой группой матерей детей с РАС под руководством психолога?
6. Какие виды психологической помощи по решению личных проблем вы предпочитаете:
 - индивидуальная консультация;
 - тренинг;
 - чаепитие с небольшой группой матерей детей с РАС под руководством психолога?

Результаты интервью

60% опрошенных матерей сообщили о том, что нуждаются в настоящее время в психологической помощи для решения личных проблем, из них 28% нуждались в ней и раньше.

40% матерей ответили, что в настоящий момент не нуждаются в помощи психолога для решения личных проблем, из них 24% матерей ответили, что нуждались в психологической помощи раньше (рис.1).

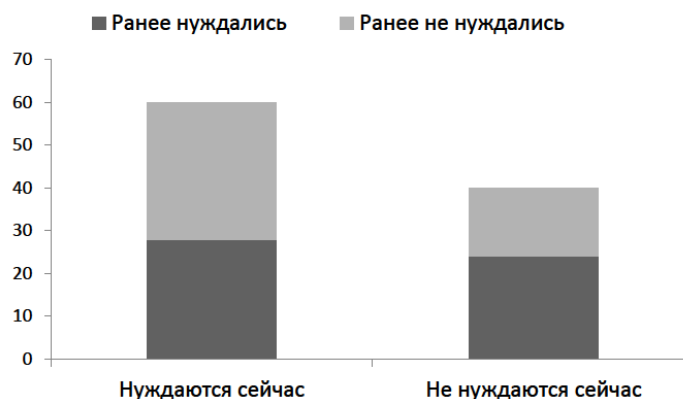


Рис. 1. Процентное соотношение ответов матерей о потребностях в психологической помощи по личным проблемам.

Все опрошенные матери детей с расстройствами аутистического спектра (100%) ответили, что нуждаются в помощи психолога в воспитании и развитии своего ребенка, из них 12% сообщили, что ранее не считали необходимым обращаться к психологам.

На вопросы о формах психологической помощи были получены следующие ответы. Самым предпочитаемым видом помощи было названо индивидуальное консультирование: 68% положительных ответов по проблемам детского развития и соответственно 44% – по личным проблемам. Общение с психологом и другими матерями детей с РАС в форме традиционного чаепития было выбрано 40% матерей для решения личных проблем и 24% матерей для решения детских проблем. Тренинги предпочло малое количество матерей: 16% – для решения личных проблем и 8% – для решения детских проблем (рис.2).

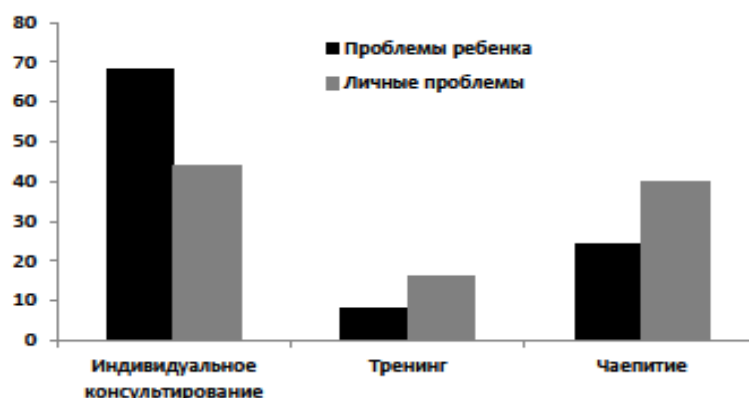


Рис. 2. Процентное соотношение ответов матерей о предпочтительных видах психологической помощи в воспитании ребенка с РАС и решении личных проблем.

Второй этап исследования

На втором этапе был проведен цикл чаепитий с шестью матерями под руководством психолога.

Чаепитие проводилось за круглым столом. Стол был накрыт вышитой скатертью, на столе стояли электрический самовар, чашки с блюдцами, заварочный чайник, сахар, лимон. Также гостям предлагалось угощение, традиционное для русского чаепития: конфеты, печенье, сушки, баранки и пряники. Женщины были заранее сориентированы психологом на то, что темами для общения будут те, которые имеют отношение к аспектам личной жизни матерей, а не особенностям развития их детей.

Первая встреча. Знакомство. Психология имени

После того, как все участники чаепития расположились за столом и был налит чай, ведущий чаепития психолог предложил обсудить тему выбора и значения имен участниц: историю называния; нравится или не нравится свое имя и почему; значение своего имени; распространенность; каким именем хотела бы называться, какие имена нравятся.

На первой встрече женщины были насторожены, высказывались немногословно, больше слушали ведущего. Когда говорили о предпочитаемых именах, стали рассказывать, как и почему назвали своих детей. Постепенно разговор сместился на проблемы, связанные с заболеванием ребенка: принятие обществом особого ребенка; поведение мужчин в ситуации рождения ребенка с заболеванием; нереализованные возможности женщины, воспитывающей ребенка с РДА; страх перед рождением второго больного ребенка. Женщины говорили, перебивая друг друга.

Вторая встреча. Изучение самооценки

После того, как все собрались, поздоровались и выпили первую чашку чая, психолог предложил выполнить модифицированный вариант методики на исследование самооценки Дембо-Рубинштейн.

На второй встрече женщины вели себя более непринужденно, больше высказывались. После выполнения методики женщины начали говорить об особенностях своего характера, под руководством психолога анализировали свою самооценку по различным параметрам, особенно интересовали шкалы красоты, здоровья, внешней привлекательности, счастья. Затем стали обсуждать, как они изменились после рождения ребенка. Вышли на оценивание своих мужей, матерей и свекровей. Началось общее обсуждение семейных проблем.

Третья встреча. Анализ цветовых предпочтений

После приветствий и рассадки за столом женщинам было предложено поговорить о значении цвета в жизни женщины: его влияния на настроение, любимые цвета и так далее. Познакомились с тестом Люшера.

Тема вызвала большой интерес, оживление. Приводили интересные примеры, наблюдения. Обсуждали свои цветовые предпочтения, их связь с характером человека, настроением, цветовые ассоциации с разными людьми и с собой. Под руководством психолога обсуждали результаты выполнения теста Люшера.

Четвертая встреча. Анализ любимых занятий и способов отдыха

На этой встрече психолог посетовал на то, что у него остается мало времени на отдых и любимые занятия, и предложил участницам чаепития рассказать, как они отдыхают и чем любят заниматься в свободное время.

Тема застала женщин врасплох. Они растерялись и сказали, что у них нет любимых способов отдыха. Затем одна женщина вспомнила: «Я книги читаю по утрам в понедельник». После ее рассказа другая женщина призналась, что она **иногда** занимается фитнесом, но стесняется об этом рассказывать. Остальные участницы чаепития слушали ее очень внимательно, буквально затаив дыхание. Затем начали рассказывать о том, что ходят в театр, читают. Постепенно все успокоились, развеселились, но было заметно, что троим из шести женщин рассказать практически нечего. Одна из них призналась группе, что хочет найти для себя время, так как раньше любила рисовать.

Пятая встреча. Представление о комфортном доме

На пятой встрече женщины выглядели достаточно непринужденно. Было заметно, что им хочется продолжить обсуждение некоторых тем, затронутых на предыдущих чаепитиях, поэтому сначала группа пила чай под неформальную беседу.

Затем психолог предложил обсудить тему устройства комфортного для каждой женщины дома (квартиры). Каждой женщине было предложено описать идеальный для себя дом или квартиру: планировку, оформление, размер, цветовое решение.

Задание чрезвычайно увлекло женщин. Им захотелось помечтать. Одна из женщин сделала рисунки дома. Затем спонтанно возникла тема обсуждения возможного ремонта, дизайна, желаний каких-либо изменений в доме для улучшения общей атмосферы. Женщины рассказывали о домах и квартирах, которые они видели в журналах, по телевидению или в реальности. Нашли место и шутки, смешные истории.

Женщины знали, что пятое чаепитие – последнее, и выразили сожаление по этому поводу. Расходиться никто не хотел, о времени окончания чаепития психологу пришлось напомнить.

Третий этап исследования

После проведения цикла чаепитий его участницам были розданы анкеты, которые они заполняли анонимно. Анкета состояла из шести вопросов:

1. Было ли проведение чаепитий интересно?
2. Было ли проведение чаепитий полезно?
3. Есть ли желание продолжить такую форму работы?
4. Есть ли потребность обсуждения в формате чаепитий личных проблем?
5. Есть ли потребность обсуждения в формате чаепитий проблем детей?
6. Есть ли желание использовать чаепития только для отдыха?

Результаты анкетирования

Анализ полученных ответов на вопросы анкеты показал, что все женщины остались довольны проведенным циклом чаепитий и признали его интересным и полезным для себя. Также все женщины сообщили о желании продолжить такую форму работы.

Потребности женщин в тематике чаепитий оказались разными. Трое из шести женщин отметили в анкете, что хотели бы использовать чаепитие для своего отдыха и обсуждения личных проблем. Другая половина группы указала, что хотели бы обсуждать за чаем с другими матерями и психологом и личные проблемы, и проблемы, связанные с воспитанием ребенка.

Заключение

Матери, воспитывающие детей с расстройствами аутистического спектра, в основном осознают необходимость получения профессиональной психологической помощи и поддержки. Однако в большей степени они осознают потребность в психологической помощи, необходимой для воспитания и развития своего ребенка. В то же время часть матерей осознает потребность и в получении психологической поддержки для себя лично. При этом психологическая поддержка нужна матерям как в поиске решения личных проблем, так и в поиске способов отдыха и отвлечения от повседневных забот и переживаний по поводу ребенка.

Разработка новых методов психологической поддержки таких матерей является важной задачей для специалистов, так как успех психологической коррекции развития детей с расстройствами аутистического спектра во многом зависит от психологического состояния их матерей.

Организация общения матерей детей с расстройствами аутистического спектра друг с другом под руководством психолога в формате традиционных русских чаепитий может стать еще одним направлением в коррекционной работе.

Как показало наше исследование, предпочитаемой формой получения психологической помощи для матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра, является индивидуальное консультирование. В то же время первый опыт организованного цикла чаепитий показал, что матери детей с РАС одобрили такую форму психологической поддержки. Большинство из них считает, что чаепития более актуальны для психологической разгрузки и обсуждения личных проблем. Небольшая часть женщин считает возможным проведение чаепитий совместно с детьми. Также наметились разные потребности в тематике чаепитий. Половина матерей высказались за то, что тематика чаепитий под руководством психолога должна включать и вопросы воспитания и развития детей с РАС.

Проведенное исследование показало, что общение с психологом и друг с другом в формате чаепитий позволило матерям детей с РАС как обсудить свои личные проблемы и переживания, так и получить некоторую психологическую разгрузку.

Было также замечено, что общение матерей детей с РАС с психологом в формате традиционных русских чаепитий способствовало росту их доверия к специалисту и расширению спектра обсуждаемых проблем.

В сборе эмпирических данных частично использованы результаты магистерской диссертации студентки МГППУ Н. С. Ермолаевой.

Финансирование

Исследование выполнено при поддержке РГНФ (проект №14-06-00349 «Разработка и оценка эффективности методов психологической коррекции

коммуникативного поведения детей, основанных на традициях русского фольклора»)

Литература

1. *Аутеншлюс Ю.Б.* Специфика психологической помощи матерям, имеющим детей-инвалидов, при формировании позитивной Я-концепции // Дисс. на соиск. учён. степ. д-ра. психол. наук, 2011.
2. *Белопольская Н.Л., Улькина Н.А.* Исследование возрастной идентификации у матерей, воспитывающих детей с нарушениями психического развития // Дефектология. № 1, М., 2010.
3. *Белопольская Н.Л.* Некоторые вопросы психолого-педагогического консультирования семей, имеющих детей с отклонениями в интеллектуальном развитии // Дефектология. № 5, М., 1984.
4. *Гуслова М.Н., Стуре Т.К.* Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов // Дефектология. №3, М., 2003.
5. *Дети и подростки с аутизмом: психологическое сопровождение.* М.: Теревинф, 2005.
6. *Дэвис Х.* Как помочь семье, в которой серьезно болен ребенок. Взгляд психолога: пер. с англ. Х. Дэвис; пер. О.Н. Хрущева. М.: Этерна, 2011.
7. *Колесниченко Л.В.* Чайные традиции и церемонии в разных странах мира. М.: АСТ, 2006.
8. *Левченко И.Ю.* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. М.: Просвещение, 2008.
9. *Разенкова Ю.А.* Потребности семей с детьми раннего и дошкольного возрастов, проживающих в Курской области / Разенкова Ю. А.// Дефектология. 2009. № 3. С. 76-83.
10. *Рубан О.В., Белопольская Н.Л.* Традиционное русское пестование – как метод коррекции взаимодействия в диаде мать – ребенок с расстройствами аутистического спектра // Дефектология №4, М., 2012.
11. *Селигман М., Дарлинг Р.* Обычные семьи, особые дети. М.: Теревинф, 2013.

Psychological support for mothers of children with autism spectrum disorders via traditional Russian tea party

Belopolskaya N.L.,

Doctor of Psychology, professor, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, natalybelopolsky@mail.ru

Ruban O.V.,

Ph.D. in psychology, senior lecturer, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, rubanolunj@mail.ru

The study aimed to discuss the possibility of providing psychological support for mothers of children with autism spectrum disorders via traditional Russian tea party. Questionnaire results, according to which mothers of children with ASD are essentially focused on receiving psychological counseling in the area of child development and education are presented. However personal problems of the woman, including psychological weightiness is usually taken a back seat. The research supports a hypothesis that informal format of tea party allows mothers decreasing psychological distance with psychologist, feeling at ease. The article includes an analysis of psychological meetings focused on personal life questions of participants. The results obtained in the research showed effectiveness of this approach. The Russian tea party is a meeting form that fosters the growth of confidence toward psychologist, expanding the range of personal questions that could be discussed. The mothers had the opportunity of open communication with each other, reported psychological safety valve.

Keywords: mothers of children with autism spectrum disorders, psychological support, a traditional Russian tea party.

Acknowledgements

This work was supported by grant RFH № №14-06-00349.

References

1. *Autenshlyus Yu.B.* Specifika psihologicheskoi pomoschi materyam, imeyuschim detei-invalidov, pri formirovaniy pozitivnoi Ya-koncepcii // Diss. na soisk. uchen. step. d-ra. psihol. nauk, 2011.

2. *Belopol'skaya N.L., Ul'kina N.A.* Issledovanie vozrastnoi identifikatsii u materei, vospityvayuschiy detei s narusheniyami psihicheskogo razvitiya // Defektologiya. № 1, М., 2010.
3. *Belopol'skaya N.L.* Nekotorye voprosy psihologo-pedagogicheskogo konsul'tirovaniya semei, imeyuschiy detei s otkloneniymi v intellektual'nom razvitii // Defektologiya. № 5, М., 1984.
4. *Guslova M.N., Sture T.K.* Psihologicheskoe izuchenie materei, vospityvayuschiy detei-invalidov // Defektologiya. №3, М., 2003.
5. *Deti i podrostki s autizmom: psihologicheskoe soprovozhdenie.* М.: Terevinf, 2005.
6. *Devis H.* Kak pomoch' sem'e, v kotoroi ser'ezno bolen rebenok. Vzgl'yad psihologa: per. s angl. H. Devis; per. O.N. Hrusheva. М.: Eterna, 2011.
7. *Kolesnichenko L.V.* Chainye traditsii i ceremonii v raznykh stranah mira. М.: AST, 2006.
8. *Levchenko I.Yu.* Psihologicheskaya pomoshch' sem'e, vospityvayuschei rebenka s otkloneniymi v razvitii: metod. posobie / I.Yu. Levchenko, V.V. Tkacheva. М.: Prosveschenie, 2008.
9. *Razenkova Yu.A.* Potrebnosti semei s det'mi rannego i doshkol'nogo vozrastov, projivayuschiy v Kurskoi oblasti / Razenkova Yu. A.// Defektologiya. 2009. № 3. S. 76-83.
10. *Ruban O.V., Belopol'skaya N.L.* Traditsionnoe russkoe pestovanie – kak metod korrektsii vzaimodeistviya v diade mat' – rebenok s rasstroistvami autisticheskogo spektra // Defektologiya №4, М., 2012.
11. *Seligman M., Darling R.* Obychnye sem'i, osoby deti. М.: Terevinf, 2013.

Модель психического (theory of mind) и нейрокогнитивное функционирование при шизофрении

Румянцева Е.Е.,

кандидат психологических наук, младший научный сотрудник отдела медицинской психологии, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия, rumyantsewa@gmail.com

Целью работы было исследование проблемы взаимосвязи модели психического и нейрокогнитивного функционирования при шизофрении. Задача заключалась в анализе литературы по проблеме взаимосвязи модели психического и нейрокогнитивного функционирования при шизофрении. Предметом исследования стала взаимосвязь модели психического и нейрокогнитивного функционирования. Было сделано предположение, что состояние модели психического взаимосвязано с нейрокогнитивным функционированием. В ходе исследования обнаружено, что регистрируется снижение функционирования модели психического при шизофрении. Известно, что гипофронтальность при шизофрении детерминирует снижение социальной перцепции. Ряд авторов выделяет структуры мозга, обеспечивающие модели психического: регионы медиальной префронтальной коры и задневисочные зоны, включая височно-теменную область. В некоторых исследованиях обнаруживается связь между моделью психического и памятью, исполнительными функциями. Тем не менее существуют исследования, в которых не было обнаружено связи модели психического и нейрокогнитивного функционирования.

Ключевые слова: шизофрения, социальное познание, модель психического, теория психического, нейрокогнитивное функционирование.

Для цитаты:

Румянцева Е.Е. Модель психического (theory of mind) и нейрокогнитивное функционирование при шизофрении [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 3. С. 77-85 doi: 10.17759/psyclin.2015040306

For citation:

Rumyantseva E.E. Theory of mind and neurocognitive functioning in schizophrenia [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i

spetsial'naia psikhologiya], 2015, vol. 4, no. 3, pp. 77-85 doi: 10.17759/psycljn.2015040306 (In Russ., abstr. in Engl.)

В последние два десятилетия многие исследователи занимаются изучением проблемы функционирования модели психического при шизофрении [1]; [4]; [6]; [7] и др. Модель (или теория) психического (theory of mind) – это система концептуализации знаний о своем психическом, ментальном мире и психическом других людей [3]. В структуре модели психического выделяются следующие компоненты: понимание эмоций, намерений, желаний других людей, предсказаний их действий на основе их желаний и мнений, понимание ментальной причинности, обмана, метафор, иронии, неловких ситуаций и прочего, возникающих между людьми [18].

Установлено, что больные шизофренией хуже справляются с задачами на модель психического по сравнению со здоровыми испытуемыми и эти нарушения являются характерными для шизофрении [10]; [13]. Снижение социального функционирования и нарушения социального познания, к которым относится модель психического – признанный маркер шизофрении. Родственники первой степени имеют шизотипические особенности, и для них тоже характерны ошибки в решении задач на модель психического, что указывает, по мнению ряда авторов, на то, что это характерный для шизофрении эндофенотип, хотя данный вопрос на сегодняшний день так и остаётся спорным [7]; [8]; [15].

В настоящий момент среди ученых нет единой точки зрения на проблему снижения функционирования модели психического при шизофрении [18], однако существуют исследования, обнаруживающие как схожие друг с другом, так и противоречащие друг другу механизмы нарушения модели психического. Данная статья посвящена рассмотрению проблемы взаимосвязи модели психического и нейрокогнитивного функционирования при шизофрении.

Ещё в 90-х годах ряд зарубежных авторов отмечал влияние нарушений во фронтальных областях мозга (гипофронтальность) и специфического когнитивного дефицита на социальное функционирование больных шизофренией, при этом гипофронтальность была названа основой нарушений социальных навыков [2]. Также было обнаружено, что нейробиология социальных когнитивных функций в целом затрагивает области преимущественно префронтальной коры и задней височной борозды, височных полюсов, структурные или функциональные нарушения которых часто констатируются при шизофрении [19].

Активно изучается вклад нейрокогнитивного дефицита в нарушения функционирования модели психического. Обнаруживается вклад преимущественно фронтальной коры мозга в успешное функционирование модели психического [9]. Можно утверждать, что существует комплекс перекрывающихся нейросетей, которые опосредуют функционирование модели психического и зависят от контекста происходящего и степени произвольного контроля [4].

J. D. Steele et al. (Дж. Д. Стил и соавт.) показали, что активация эмоциональной части медиальной префронтальной области обнаруживалась примерно в 90% исследований функционирования модели психического и в половине исследований эмоциональной перцепции. Согласно их мнению, некоторые зоны мозга обеспечивают как когнитивный, так и эмоциональный аспекты социального познания [20]. E. Brunet-Gouet et al. (Э. Брюне-Гуэт и соавт.) отмечают, что в нейровизуализационных исследованиях, которые сравнивали больных шизофренией со здоровыми людьми, была отмечена аномальная гемодинамическая реакция в медиальной префронтальной коре, префронтальной коре, амигдале, верхнетеменной области мозга, то есть в совокупности областей, обеспечивающих социальные когниции [12].

Отдельно можно выделить предпринятые исследователями попытки изучить анатомо-патологическую основу модели психического. N. C. Andersen et al. (Н. К. Андерсен и соавт.) исследовали при помощи ПЭТ состояние модели психического у больных шизофренией, не получающих медикаментозного лечения [5]. При решении задач, требующих построения модели психического, у больных шизофренией, по сравнению со здоровыми испытуемыми, наблюдается уменьшение притока крови во многих областях левого полушария: фронтальной и зрительной ассоциативной зоне, задней части гиппокампа и островке. Поток был также снижен в контралатеральных областях мозжечка и червя мозжечка, таламуса и задней части островковой зоны. При этом поток увеличивался в правом полушарии, включая фронтальную и теменную области, островок, зоны зрительного анализатора, подушечки. Предположительно, активация потока в правом полушарии возникает для компенсации дефицита в левом полушарии [5].

В некоторых исследованиях обнаруживается связь между функционированием модели психического и памятью, рабочей памятью и исполнительными функциями. У больных шизофренией обнаруживаются нарушения всех этих функций. Авторы предполагают, что нарушения функционирования модели психического вторичны по отношению к когнитивному дефициту [13]. По мнению исследователей, это косвенно подтверждается тем, что по мере улучшения рабочей памяти отмечается улучшение функционирования состояния модели психического [8]. В целом, по мнению E. Bora et al. (Э. Бора и соавт.), снижение функционирования модели психического при заболеваниях круга шизофрении является проявлением общего когнитивного дефицита и может быть скорее остаточным симптомом, нежели специфическим маркером шизофрении [8]. Авторами утверждается, что нарушения функционирования модели психического вторичны по отношению к когнитивным нарушениям, вызванным неблагоприятным воздействием фронтальных областей у больных шизофренией. При этом прочих когнитивных нарушений недостаточно для того, чтобы объяснить нарушения модели психического у пациентов в психозе или с выраженными негативными симптомами.

Также существуют исследования, в которых не было обнаружено взаимосвязи между моделью психического и когнитивным функционированием, однако было обнаружено снижение функционирования модели психического у непораженных

родственников больных шизофренией. Так, I. Janssen et al. (И. Янссен и соавт.) указывают на особое значение нарушений модели психического как на показатель предрасположенности к шизофрении [17]. По мнению исследователей, они лишь отчасти связаны с когнитивным функционированием. Нарушения в функционировании модели психического наблюдаются у больных шизофренией на разных этапах становления ремиссии. S. Anselmetti et al. (С. Ансельметти и соавт.) было обнаружено снижение функционирования модели психического у больных шизофренией и непораженных родственников, при этом оно не коррелировало с выполнением когнитивных тестов [6].

Существует предположение, что дефицит функционирования модели психического – это характерная особенность при шизофрении, не зависящая от интеллекта и уровня когнитивного функционирования [14]. Более того, некоторые считают, что дефицит функционирования модели психического является не просто характерной самостоятельной особенностью, но обязательной чертой, маркером шизофрении, поскольку он был обнаружен и у здоровых сиблингов, у лиц с шизоидной акцентуацией и у больных шизофренией в ремиссии. Дефицит функционирования модели психического присутствует длительно, устойчиво, обнаруживается у людей из группы риска и, возможно, независим от прочих когнитивных функций [16]. М. В. Алфимовой были обнаружены коммуникативные аномалии у непораженных родственников первой степени [1]. По мнению автора, внимание и память не оказывают влияния на нарушения общения у больных, кроме того, нарушения внимания и памяти не связаны с пониманием модели психического другого.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что отделы мозга, обеспечивающие функционирование модели психического, более или менее изучены: её основными компонентами считаются регионы медиальной префронтальной коры и задневисочные зоны, включая височно-теменную область. Однако нет безусловного влияния когнитивного функционирования на понимание модели психического при шизофрении, поскольку не во всех исследованиях обнаруживается их взаимосвязь. Таким образом, во взгляде на связь когнитивного функционирования и модели психического при шизофрении существует противоречие, которое может свидетельствовать о сложном и непрямом влиянии нарушений функционирования мозга при шизофрении на состояние социальных когниций. Возможно, часть противоречий по данному вопросу, обнаруженная в данных разных авторов, может быть снята, если уравнивать выборки испытуемых больных шизофренией по полу, возрасту, ведущему психопатологическому синдрому и времени начала заболевания.

Финансирование

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект №14-36-01309 «Культурная специфичность и универсальность нормативных оценок слов и изображений»)

Литература

1. *Алфимова М.В.* Наследственные факторы в нарушениях познавательных процессов при шизофрении: Автореферат дис. ... д-ра психол. наук. М., 2006. 46 с.
2. *Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика, 2004. 492 с.
3. *Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И., Прусакова О.А.* Модель психического в онтогенез человека. М.: ИП РАН, 2009. 415 с.
4. *Adolphs R.* The social brain: neural basis of social knowledge // *Annual Review of Psychology*. 2009, vol. 60. P. 693-716. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163514.
5. *Andreasen N.C., Calage C.A., O'Leary D.S., Woods A.H.* Theory of Mind and Schizophrenia: A Positron Emission Tomography Study of Medication-Free Patients // *Schizophrenia Bulletin*. 2008, vol. 34 (4). P. 708-719. doi: 10.1093/schbul/sbn034.
6. *Anselmetti S., Bechi M., Bosia M., Quarticelli C., Ermoli E., Smeraldi E., Cavallaro R.* «Theory» of mind impairment in patients affected by schizophrenia and in their parents // *Schizophrenia Research*. 2009, vol. 115. P. 278-85. doi: 10.1016/j.schres.2009.09.018
7. *Bora E., Yucel M., Pantelis C.* Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis // *Schizophrenia Research*. 2009, vol. 109. P. 1-9. doi:10.1016/j.schres.2008.12.020.
8. *Bora E., Pantelis C.* Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis // *Schizophrenia research*. 2013, vol. 144 (1). P. 31-36. doi:10.1016/j.schres.2012.12.013.
9. *Brune M.* Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia // *Schizophrenia Research*. 2003, vol. 60. P. 57-64. doi:10.1016/S0920-9964(02)00162-7.
10. *Brune M.* Emotion recognition, «theory of mind», and social behavior in schizophrenia // *Psychiatry Reseach*. 2005, vol. 133. P. 135-147. doi: 10.1016/j.psychres.2004.10.007.
11. *Brune M., Brune-Cohrs U.* Theory of mind — evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology (review) // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2006, vol. 30. P. 437-455. doi:10.1016/j.neubiorev.2005.08.001.
12. *Brunet-Gouet E., Decety J.* Social brain dysfunctions in schizophrenia: a review of neuroimaging studies // *Psychiatry Research*. 2006, vol. 148. P. 75-92.
doi: 0.1016/j.psychresns.2006.05.001.

13. *Corcoran R.* Theory of mind and schizophrenia // *Social cognition and schizophrenia* / P. W. Corrigan, D. L. Penn (Eds.). Washington, DC: American Psychological Association, 2001. P. 149-174.
14. *Harrington L., Siegert R.J., McClure J.* Theory of mind in schizophrenia: a critical review // *Cognitive Neuropsychiatry*. 2005, vol. 10 (4). P. 249–286. doi: 10.1080/13546800444000056.
15. *Irani F., Platek S.M., Panyavin S. et al.* Self-face recognition and theory of mind in patients with schizophrenia and first-degree relatives // *Schizophrenia Research*. 2006, vol. 88. P. 151-160. doi: 10.1016/j.schres.2006.07.016.
16. *Koelkebeck K., Pedersen A., Suslow T., Kueppers K.A., Arolt V., Ohrmann P.* Theory of Mind in first-episode schizophrenia patients: correlations with cognition and personality traits // *Schizophrenia Research*. 2010, vol. 119 (1-3). P. 115-123. doi: 10.1016/j.schres.2009.12.015.
17. *Janssen I., Krabbendam L., Jolles J. et al.* Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003, vol. 108. P. 110-117.
18. *Penn D.L., Sanna L.J., Roberts D.L.* Social Cognition in Schizophrenia An Overview // *Schizophrenia bulletin*. 2008, vol. 34 (3). P. 408-411. doi: 10.1093/schbul/sbn014.
19. *Pinkham A.E., Hopfinger J.B., Pelphrey K.A., Piven J., Penn D.L.* Neural Bases for Impaired Social Cognition in Schizophrenia and Autism Spectrum Disorders // *Schizophrenia Research*. 2008, vol. 99 (1-3). P. 164-175. doi: 10.1016/j.schres.2007.10.024.
20. *Steele J.D., Lawrie S.M.* Segregation of cognitive and emotional function in the prefrontal cortex: a stereotactic metaanalysis // *NeuroImage*. 2004, vol. 21. P. 868-875. doi:10.1016/j.neuroimage.2003.09.066.

Theory of mind and neurocognitive functioning in schizophrenia

Rumyantseva E.E.,

Ph.D. in Psychology, Junior Research Associate, Department of Medical Psychology, The Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, rumyantsewa@gmail.com

The aim of this work was to study the problem of interrelation between theory of mind and neurocognitive functioning in schizophrenia. Tasks: analysis of the literature on the problem of interrelation of theory of mind and neurocognitive functioning in schizophrenia. Subject of research: interrelation of theory of mind and neurocognitive functioning. Research hypothesis: the state of the mental model correlated with neurocognitive functioning. Registered a decline in the functioning of theory of mind in schizophrenia. It is known that hypofrontality in schizophrenia determines the reduction of social perception. A number of authors allocate structures in the brain, providing mental models: regions of the medial prefrontal cortex and posttemporal areas, including the temporo parietal region. Some studies found relationship between the theory of mind and memory, executive functions. However, there are studies, which has not been found the interrelation between theory of mind and neurocognitive functioning. Nonetheless, some studies concluded that currently there is no consensus about the influence of neurocognitive functioning on the theory of mind in schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, social cognition, theory of mind, neurocognitive functioning.

Acknowledgements

This work was supported by grant RFH №14-36-01309.

References

1. *Alfimova M.V.* Nasledstvennyye faktory v narusheniyah poznavatel'nyh processov pri shizofrenii: Avtoreferat dis. ... d-ra psihol. nauk. M., 2006. 46 с.
2. *Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozakova Ya.A.* Psihosocial'naya terapiya i psihosocial'naya reabilitaciya v psihiatrii. M.: Medpraktika, 2004. 492 s.
3. *Sergienko E.A., Lebedeva E.I., Prusakova O.A.* Model' psihicheskogo v ontogenez cheloveka. M.: IP RAN, 2009. 415 s.
4. *Adolphs R.* The social brain: neural basis of social knowledge // Annual Review of Psychology. 2009, vol. 60. P. 693-716. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163514.

5. *Andreasen N.C., Calage C.A, O'Leary D.S., Woods A.H.* Theory of Mind and Schizophrenia: A Positron Emission Tomography Study of Medication-Free Patients // *Schizophrenia Bulletin*. 2008, vol. 34 (4). P. 708-719. doi: 10.1093/schbul/sbn034.
6. *Anselmetti S., Bechi M., Bosia M., Quarticelli C., Ermoli E., Smeraldi E., Cavallaro R.* «Theory» of mind impairment in patients affected by schizophrenia and in their parents // *Schizophrenia Research*. 2009, vol. 115. P. 278–85. doi: 10.1016/j.schres.2009.09.018
7. *Bora E., Yucel M., Pantelis C.* Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis // *Schizophrenia Research*. 2009, vol. 109. P. 1-9. doi:10.1016/j.schres.2008.12.020.
8. *Bora E., Pantelis C.* Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis // *Schizophrenia research*. 2013, vol. 144 (1). P. 31-36. doi:10.1016/j.schres.2012.12.013.
9. *Brune M.* Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia // *Schizophrenia Research*. 2003, vol. 60. P. 57-64. doi:10.1016/S0920-9964(02)00162-7.
10. *Brune M.* Emotion recognition, «theory of mind», and social behavior in schizophrenia // *Psychiatry Reseach*. 2005, vol. 133. P. 135-147. doi: 10.1016/j.psychres.2004.10.007.
11. *Brune M., Brune-Cohrs U.* Theory of mind — evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology (review) // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2006, vol. 30. P. 437-455. doi:10.1016/j.neubiorev.2005.08.001.
12. *Brunet-Gouet E., Decety J.* Social brain dysfunctions in schizophrenia: a review of neuroimaging studies // *Psychiatry Research*. 2006, vol. 148. P. 75-92. doi: 0.1016/j.pscychresns.2006.05.001.
13. *Corcoran R.* Theory of mind and schizophrenia // *Social cognition and schizophrenia / P. W. Corrigan, D. L. Penn (Eds.)*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. P. 149-174.
14. *Harrington L., Siegert R.J., McClure J.* Theory of mind in schizophrenia: a critical review // *Cognitive Neuropsychiatry*. 2005, vol. 10 (4). P. 249–286. doi: 10.1080/13546800444000056.
15. *Irani F., Platek S.M., Panyavin S. et al.* Self-face recognition and theory of mind in patients with schizophrenia and first-degree relatives // *Schizophrenia Research*. 2006, vol. 88. P. 151-160. doi: 10.1016/j.schres.2006.07.016.
16. *Koelkebeck K., Pedersen A., Suslow T., Kueppers K.A., Arolt V., Ohrmann P.* Theory of Mind in first-episode schizophrenia patients: correlations with cognition and personality

traits // *Schizophrenia Research*. 2010, vol. 119 (1-3). P. 115-123. doi: 10.1016/j.schres.2009.12.015.

17. *Janssen I., Krabbendam L., Jolles J. et al.* Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003, vol. 108. P. 110-117.

18. *Penn D.L., Sanna L.J., Roberts D.L.* Social Cognition in Schizophrenia An Overview // *Schizophrenia bulletin*. 2008, vol. 34 (3). P. 408-411. doi: 10.1093/schbul/sbn014.

19. *Pinkham A.E., Hopfinger J.B., Pelphrey K.A., Piven J., Penn D.L.* Neural Bases for Impaired Social Cognition in Schizophrenia and Autism Spectrum Disorders // *Schizophrenia Research*. 2008, vol. 99 (1-3). P. 164-175. doi: 10.1016/j.schres.2007.10.024.

20. *Steele J.D., Lawrie S.M.* Segregation of cognitive and emotional function in the prefrontal cortex: a stereotactic metaanalysis // *NeuroImage*. 2004, vol. 21. P. 868-875. doi:10.1016/j.neuroimage.2003.09.066.

V международный конгресс по синдрому дефицита внимания и гиперактивности

Горячева Т.Г.,

*кандидат психологических наук, доцент, РНИМУ им.Н.И.Пирогова, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва Россия,
Goriatcheva_tg@mail.ru*

Седова Е.О.,

*психолог, Центр психодиагностики и психокоррекции, Москва, Россия,
eosedova@mail.ru*

Статья посвящена состоявшемуся в мае 2015 года V Международному конгрессу по синдрому дефицита внимания и гиперактивности, организованному всемирной федерацией по изучению данного синдрома (World Federation of ADHD). В статье дается информация о проведенных лекциях, секциях и обсуждениях по вопросам диагностики, дифференциальной диагностики, лечении и коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, диагностика в медицине и психологии, психологическая коррекция.

Для цитаты:

Горячева Т.Г., Седова Е.О. V международный конгресс по синдрому дефицита внимания и гиперактивности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 3. С. 86-90 doi: 10.17759/psyclin.2015040307

For citation:

Goryacheva T.G., Sedova E.O. 5th World Congress on ADHD: From Child to Adult Disorder [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2015, vol. 4, no. 3, pp. 86-90 doi: 10.17759/psycljn.2015040307 (In Russ., abstr. in Engl.)

28-31 мая в Шотландии в г. Глазго состоялся V Международный конгресс по исследованиям синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), в котором приняли участие представители 65 стран. Организатором конгресса была всемирная федерация по изучению СДВГ (World Federation of ADHD).

Проблема отклоняющегося развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является крайне актуальной для всех специалистов,

работающих с детьми во всех странах. В настоящее время отмечается увеличение распространенности данной патологии в общей популяции. Наличие СДВГ является фактором риска нарушения детско-родительских отношений, развития школьной дезадаптации, снижения успеваемости. Когнитивные и поведенческие нарушения, связанные с СДВГ, продолжают сохраняться у многих подростков и взрослых людей. Поэтому в настоящее время особо остро стоит вопрос о понимании причин и следствий модификаций онтогенетического процесса при СДВГ. В настоящее время эта проблема требует междисциплинарного подхода, и преодоление СДВГ возможно при совместной работе специалистов различных направлений (неврологов, психиатров, дефектологов, психологов и др.).

Цель конгресса – обсуждение современного состояния исследований, средств диагностики (в том числе и психологической), лечения и психологической коррекции при синдроме дефицита внимания и гиперактивности.

Обсуждение велось по ряду направлений:

- этиология СДВГ (нейрофизиологические механизмы, генетические аспекты);
- эпидемиология (в том числе кросс-культурные исследования);
- диагностика СДВГ (инструментальные исследования, проблемы дифференциальной диагностики);
- нарушения при СДВГ, коморбидные расстройства (нейрокогнитивные нарушения, моторные нарушения, эмоционально-мотивационные расстройства);
- качество жизни при СДВГ;
- фармакологическое лечение СДВГ;
- немедикаментозные методы лечения (БОС, бихевиоральные тренинги для развития внимания, сенсомоторная коррекция, метод «Томатис», а также комплексные программы, включающие в себя тренинги для родителей детей с СДВГ);
- последствия СДВГ (проблемы обучения детей с СДВГ, в том числе дислексия, рискованное поведение в подростковом возрасте, химические зависимости);
- исследования на животных;
- лонгитюдные исследования пациентов с СДВГ;
- исследования гендерных различий.

Особо хотелось бы остановиться на вопросах, связанных с негативным воздействием ряда факторов на формирование психики ребенка в перинатальный период и их предполагаемую роль в последующем развитии симптомов СДВГ. Подробно рассматривалась связь повышенной тревожности матери во время беременности и появление у ребенка указанного синдрома; представлены различные точки зрения на влияние курения беременной женщины, в том числе пассивного, на возникновение СДВГ (B. Van den Berg, Netherlands). Когортные исследования, проведенные в Дании, не выявили устойчивой связи между проявлениями СДВГ у ребенка и обнаружением тяжелых металлов в крови матери во время беременности (M. Strom, Denmark). Исследование влияния потребления алкоголя во время беременности, выполненное британскими учеными, показало, что однократное употребление большого количества алкоголя имеет более серьезное влияние на развитие плода, чем продолжительное потребление малых доз алкоголя (K. Sayal, UK). О негативном влиянии табакокурения сделали интересный доклад немецкие специалисты (C. Tiesler, J. Heinrich, Germany).

Предметом ряда исследований явились представления окружающих об особенностях пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. В Португалии были опрошены братья и сестры детей, имеющих диагноз СДВГ. Исследование показало, что сиблинги имеют достаточные представления о симптомах СДВГ, но слабо ориентируются в признаках данного расстройства, не связанных с моторной сферой (C. Viana et al., Portugal). В Нидерландах проведено сравнение знаний о симптомах СДВГ у учителей начальной и средней школы со знаниями контрольной группы, состоящих из людей, не работающих в сфере образования и здравоохранения. Исследование показало, что наиболее полными представлениями о признаках данного расстройства обладают учителя начальной школы, причем выявлена положительная связь профессионального стажа со знаниями об СДВГ. В свою очередь, учителя средней школы не показали статистически достоверных различий в знаниях о признаках данного синдрома с контрольной группой (G. Gaastra et al., Netherlands).

Несмотря на то, что большее количество исследований, представленных на конференции, относилось к детскому возрасту, вопросы диагностики СДВГ у взрослых и помощи таким пациентам также нашли свое отражение в обсуждении. Были представлены различные программы тренингов для взрослых пациентов с СДВГ, в том числе для тех, у кого фармакологические методы лечения не принесли существенных результатов.

Была подчеркнута особая важность вопроса о суицидальном поведении пациентов с СДВГ. Указано, что данному аспекту заболевания до сих пор не уделяется должного внимания, между тем импульсивность при СДВГ создает дополнительные факторы риска в отношениях как в семье, так и в социуме.

Отечественные исследования были представлены работами С. Киселева из Екатеринбурга, С. Кашириной, Ю. Голубевой и Е. Седовой, Т. Горячевой из Москвы. Исследование С. Киселева посвящено специфике долговременной памяти у детей с

СДВГ. Работы С. Кашириной, Ю. Голубевой и Е. Седовой, Т. Горячевой направлены на немедикаментозную коррекционную работу с детьми, страдающими СДВГ. Авторами отмечается положительное воздействие Томатис-метода и метода сенсомоторной коррекции в работе с данным контингентом пациентов.

На конференции обсуждались и направления новых исследований, ставящих своей целью расширение имеющихся в науке и практике представлений об СДВГ. Синдром дефицита внимания и гиперактивности – мультифакторное системное расстройство, нуждающееся в многоплановом изучении как с позиций патогенеза, так и в вопросах лечения данного заболевания.

Материалы конференции отражены в тезисах: «ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders. 5th World Congress on ADHD: From Child to Adult Disorder». Official Journal of the World Federation of ADHD. Vol.7, Sup.1, May 2015

5th World Congress on ADHD: From Child to Adult Disorder

Goryacheva T.G.,

PhD, assistant professor, Pirogov Russian National Medical Research University, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, Goriatcheva_tg@mail.ru

Sedova E.O.,

special psychologist, Centre of Psychodiagnostics and Psychocorrection, Moscow, Russia, eosedova@mail.ru

The article concerns the 5th World ADHD Congress, organized by the World Federation of ADHD in May 2015. It informs about the lectures, symposia and discussions of diagnostics and differential diagnostics of ADHD, as well as issues, concerning intervention programs.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, diagnostics in medicine and psychology, psychological correction.

Юбилей Н. М. Иовчук

Щербакова А.М.,

кандидат педагогических наук, профессор, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, shcherbakova.a.m@yandex.ru

3 июля 2015 года Нина Михайловна Иовчук – профессор, доктор медицинских наук, сертифицированный врач-психиатр высшей категории – отпраздновала свой юбилей.

Для цитаты:

Щербакова А.М. Юбилей Н.М.Иовчук [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 3. С. 91-94 doi: 10.17759/psyclin.2015040308

For citation:

Scherbakova A.M. Jubilee of N.M. Iovchuk [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2015, vol. 4, no. 3, pp. 91-94 doi: 10.17759/psycljn.2015040308 (In Russ., abstr. in Engl.)

3 июля 2015 года Нина Михайловна Иовчук – профессор, доктор медицинских наук, сертифицированный врач-психиатр высшей категории – отпраздновала свой юбилей.



В Московском городском психолого-педагогическом университете Нина Михайловна работает с 2001 года, являясь одним из основателей факультета клинической и специальной психологии (ранее – факультет специальной психологии).

Основная сфера научных и практических интересов Н. М. Иовчук, в которой она является известным и авторитетным специалистом, – проблема аффективных психозов у детей и подростков,.

Любимый студентами преподаватель, Нина Михайловна делится с ними своим уникальным и богатейшим опытом практика и исследователя.

Окончив педиатрический факультет 2-го Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова, в 1963-1970 гг. работала участковым педиатром в Москве и Новосибирске и детским психоневрологом в поликлинике Сибирского отделения АН. Далее, в 1970-1974 гг. – обучение в клинической ординатуре и аспирантуре Научного центра психического здоровья РАМН. В 1975 г. защитила кандидатскую, а в 1989 г. – докторскую диссертацию. С 1984 г. Нина Михайловна – старший научный сотрудник НЦПЗ РАМН.

С 1990 г. она работала в детской клинике Московского НИИ психиатрии МЗ РФ в должности ведущего научного сотрудника. С 1997 г. по 2001 г. – главный научный сотрудник Института педагогики социальной работы РАО, ведущий научный сотрудник детской клиники Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. С 2001 года по настоящее время Н. М. Иовчук – профессор Московского городского психолого-педагогического университета, член диссертационного совета МГППУ.

Нина Михайловна Иовчук имеет более ста пятидесяти печатных работ в области аффективной патологии детско-подросткового возраста, пограничных психических расстройств в детском возрасте, психиатрических аспектов социальной и школьной дизадаптации, психиатрических аспектов проблемы сиротства, работы с семьями психически больных детей. Она участвовала в разработке Проекта реорганизации психиатрической помощи детям и подросткам для Государственной думы РФ, в работе российских и международных конгрессов и конференций (в Нидерландах, Германии, Франции, Болгарии, Польше, Испании, Швеции и др.). Для сотрудников общеобразовательных школ, школ надомного обучения, реабилитационных центров Нина Михайловна проводит занятия по проблемам психиатрических аспектов школьной дизадаптации, психических нарушений у детей и подростков с девиантным поведением, со сниженным интеллектом.

Имея значительную преподавательскую нагрузку, Нина Михайловна ведет большую общественную работу в качестве члена правления Ассоциации детских психиатров и психологов, главного редактора журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков».

Значительное место в деятельности Нина Михайловны Иовчук занимает консультативная работа, проводимая ею в Институте гармоничного развития и адаптации (ИГРА) и ряде образовательных и общественных организаций.

Важнейшей характеристикой научной и консультативной деятельности Нины Михайловны является междисциплинарный подход. Этот подход находит практическую реализацию в уникальной форме междисциплинарных консилиумов,

регулярно подготавливаемых Ниной Михайловной и вызывающих огромный интерес со стороны специалистов различных профессий: врачей-психиатров и неврологов, психологов, педагогов, дефектологов. Нина Михайловна взяла на себя огромный труд описания хода таких консилиумов. Сборник, включающий многолетние материалы междисциплинарных обсуждений сложных клинических случаев, подготовлен к печати и, несомненно, будет ценнейшим пособием для всех практиков, работающих в сфере помощи детям с нарушениями психического развития.

Особые дары Нины Михайловны – удивительная открытость, доброжелательность и отзывчивость. Ее отличают жизнерадостность, оптимизм и интерес к жизни в ее многообразных проявлениях, что делает общение с ней праздником для всех окружающих – близких, друзей, коллег, пациентов и их родителей.

Коллектив факультета клинической и специальной психологии от души поздравляет Нину Михайловну Иовчук с ее юбилеем и желает ей доброго здоровья, долголетия и осуществления творческих замыслов!

Jubilee of N. M. Iovchuk

Scherbakova A.M.,

Ph.D. in Education, professor, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, shcherbakova.a.m@yandex.ru

July 3, 2015 Nina Mikhailovna Iovchuk – Professor, Doctor of Medicine, a certified psychiatrist of highest category celebrated its anniversary.

Юбилей Н. В. Зверевой

Рощина И.Ф.,

*кандидат психологических наук, Научный центр психического здоровья РАМН,
Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия,
ifroshina@mail.ru*

Во второй половине ноября 2015 года отмечает свой юбилей Наталья Владимировна Зверева – известный отечественный клинический психолог, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития факультета клинической и специальной психологии МГППУ, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБНУ Научного Центра психического здоровья.

Для цитаты:

Рощина И.Ф. Юбилей Н.В.Зверевой [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 3. С. 95-98 doi: 10.17759/psyclin.2015040309

For citation:

Roschina I. F. Jubilee of N.V. Zvereva [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2015, vol. 4, no. 3, pp. 95-98 doi: 10.17759/psycljn.2015040309 (In Russ., abstr. in Engl.)

Во второй половине ноября 2015 года отмечает свой юбилей Наталья Владимировна Зверева – известный отечественный клинический психолог, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития факультета клинической и специальной психологии МГППУ, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБНУ Научного Центра психического здоровья.



Наталья Владимировна родилась в замечательной московской семье, с отличием закончила среднюю школу. Уже в старших классах у Натальи Владимировны сформировался интерес к психологии, который она реализовала на факультете психологии МГУ им. М.В.Ломоносова. Годы ее учебы (1971-1978) совпали с эпохой расцвета классической школы московской психологии. Наталья Владимировна слушала лекции и непосредственно училась у выдающихся отечественных психологов XX века – А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурия, Б. В. Зейгарник, Д. Б. Эльконина, В. В. Лебединского, Е. Д. Хомской, Н. К. Корсаковой и других.

Интерес к клинической психологии привел Наталью Владимировну на специализацию на кафедре нейро- и патопсихологии факультета психологии, а после отличной защиты диплома – на работу в лабораторию патопсихологии Института психиатрии АМН СССР. В этом научном отделе (который в настоящее время получил название отдела медицинской психологии) Наталья Владимировна прошла весь научный путь от лаборанта до ведущего научного сотрудника. В указанном научном подразделении Наталья Владимировна проводит научные исследования в течение 37 лет!

С начала работы Наталья Владимировна тесно сотрудничала и училась у выдающихся патопсихологов – Ю. Ф. Полякова, Т. К. Мелешко, В. П. Критской. Наталья Владимировна имеет фундаментальные знания в психиатрии, так как прошла замечательную школу у крупнейших представителей отечественной научной психиатрии – А. В. Снежневского, М. Е. Вартаняна, М. С. Вроно, В. П. Башиной.

В 1985 году Наталья Владимировна успешно защитила в МГУ им. М.В. Ломоносова диссертацию на тему «Особенности формирования зрительного восприятия у детей, больных шизофренией» (под руководством профессора Ю. Ф. Полякова). С этого времени сформировался круг ее научных интересов – это клиническая психология, детская патопсихология, клиническая психология дизонтогенеза, патопсихологическая диагностика и реабилитация.

Наталья Владимировна – успешный исследователь и руководитель аспирантов и молодых ученых, прекрасный клинический психолог, под ее руководством защищено более пяти кандидатских диссертаций и множество дипломных работ. В течение многих лет Наталья Владимировна занимается проблемами детской патопсихологии, изучением проблем специфики нарушений когнитивной сферы при различных вариантах нарушенного психического развития у детей и подростков, развивает методы и методики клинко-психологической диагностики когнитивного функционирования пациентов с психическими заболеваниями. Ее многочисленные доклады и мастер-классы на научных конгрессах и конференциях в России и за рубежом пользуются неизменным интересом коллег. Наталья Владимировна обладает замечательными организаторскими способностями, она имеет большой опыт работы в оргкомитетах ряда научных форумов. Такие качества, как научная честность и тщательность в работе, Наталья Владимировна проявляет при рецензировании статей в ведущих научных журналах. По разным направлениям медицинской (клинической) психологии за время работы в науке ею опубликовано

свыше 200 работ в ведущих журналах по психологии и медицине, в том числе учебники «Патопсихология детского и юношеского возраста» и «Клиническая психология детей и подростков». Наталья Владимировна является заместителем председателя правления Ассоциации детских психологов и психиатров; членом редколлегии журналов «Клиническая и специальная психология», «Медицинская психология в России», «Вопросы психического здоровья детей и подростков».

Помимо научной деятельности Н. В. Зверева многие годы преподает дисциплины клинической психологии в ведущих психологических вузах, среди них факультет психологии МГУ им. М. В. Ломоносова, МГППУ, МПСУ и другие. Более десяти лет Наталья Владимировна возглавляла кафедру нейро- и патопсихологии факультета клинической и специальной психологии МГППУ. Ее усилиями сформировался высокопрофессиональный коллектив, она неизменно пользуется уважением и признательностью студентов и аспирантов как глубоко эрудированный и требовательный руководитель и преподаватель.

Н. В. Зверева умело сочетает в себе качества исследователя, педагога, популяризатора науки, является обаятельной женщиной, замечательной матерью и надежным другом.

Научная и преподавательская деятельность Н. В. Зверевой отмечена дипломом победителя конкурса 15-го Национального психологического конкурса «Золотая Психея-2014» в номинации «Психология в образовании» за учебник «Клиническая психология детей и подростков» (в соавторстве с Т. Г. Горячевой), дипломом лауреата конкурса на лучшую научную книгу (2009, 2012), медалью имени Г. И. Челпанова (I степени) «За вклад в развитие психологической науки» (2007), дипломом лауреата конкурса «Грант Москвы» в области наук и технологий в сфере образования (2003), грамотами Департамента образования города Москвы (2005, 2010).

Коллектив факультета клинической и специальной психологии, студенты и аспиранты от всего сердца поздравляют Наталью Владимировну с юбилеем! Желаем ей здоровья, умных учеников, профессиональных успехов на пути служения отечественной клинической психологии и образованию, реализации всех задуманных планов.

Jubilee of N.V. Zvereva

Roschina I. F.,

*PhD in psychology, Moscow state university of psychology and education, Research center of
Mental Health, RAMS, ifroshina@mail.ru*

In the second part of November 2015 well-known domestic clinical psychologist Natalia Zvereva celebrates her Jubilee. Natalia Zvereva is a professor of the department of neuro- and patho- psychology of development of Moscow state university of psychology and education, leading researcher of department of medical psychology of Mental health research center.
