

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2017. Том 6, № 2
2017. Vol. 6, no 2

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции

Зверева Н.В., Рощина И.Ф. К читателям 1–4

Теоретические исследования

Дьяченко А.С. Межмодальные соответствия на примере связи звука и цвета в норме и патологии 5–16

Эмпирические исследования

Власенкова И.Н., Зверева Н.В. Избирательность мышления и особенности ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей 8–11 лет в норме и при шизофрении 17–29

Горьковская И.А., Рождественский В.И. Опыт психолингвистического анализа содержания бреда при дебюте параноидной шизофрении 30–49

Горячева Т.Г., Шаль Л.Г., Рихтер С.В. Сравнительный анализ слухоречевой, зрительной и двигательной памяти у детей младшего школьного возраста с перинатальной гипоксией 50–63

Солондаев В.К., Конева Е.В., Лясникова Л.Н. Узнавание своего психического состояния родителями детей-пациентов 64–82

Султанова А.С., Иванова И.А. К проблеме нормативных показателей в патопсихологической диагностике 83–96

Прикладные исследования

Балашова Е.Ю. Восприятие времени и некоторые методические возможности его изучения в клиничко-психологических исследованиях 97–108

Методы и методики

Галасюк И.Н., Митина О.В. Модификация Опросника родительского отношения (А.Я. Варги, В.В. Столина) для семьи, воспитывающей особого ребенка 109–129

Рупчев Г.Е., Алексеев А.А. Первичная апробация методики для диагностики восприятия противоречий в норме и при психической патологии 130–140

Сергиенко А.А. Нейропсихологический метод в дифференциальной клиничко-психологической диагностике когнитивных нарушений у детей и подростков с психической патологией 141–157

Ялтонский В.М., Московченко Д.В., Сирота Н.А., Ялтонская А.В.
Психометрические характеристики модифицированного Опросника восприятия болезни: апробация на больных раком молочной железы и ишемической болезнью сердца 158–174

Книжное обозрение

Вачков И.В. Рецензия на коллективную монографию «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы» 175–181

Хроника

Горячева Т.Г. К юбилею Юрия Владимировича Микадзе 182–185

Рощина И.Ф., Зверева Н.В. Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности 186–190

CONTENT

From the editors

Zvereva N.V., Roschina I.F. To our Readers 1–4

Theoretical research

Dyachenko A.S. Intermodal Matching on the Example of Sound and Color Connection in Norm and Pathology 5–16

Empirical research

Vlasenkova I.N., Zvereva N.V. Selectivity of Thinking and Particularity of Association Activity in Different Modalities in Normal and Schizophrenia Children 8–11 Years Old 17–29

Gorkovaia I.A., Rozhdestvenskiy V.I. The Experience of Delusion Content Psycholinguistic Analysis in Paranoid Schizophrenia Onset 30–49

Goryacheva T.G., Shal L.G., Rikhter S.V. Comparative Analysis of Audio-Verbal, Visual and Motor Memory in School-Age Children with Perinatal Hypoxia 50–63

Solondaev V.K., Koneva E.V., Lyasnikova L.N. Recognition of One's Own Mental State by Parents of Children-patients 64–82

Sultanova A.S., Ivanova I.A. To the Problem of Normative Data in Pathopsychological Diagnostics 83–96

Applied research

Balashova E.Yu. Perception of Time and Some Methodical Possibilities of Its Study in Clinical Psychological Research 97–108

Methods and techniques

Galasyuk I.N., Mitina O.V. The Modification of the Parental Attitudes Questionnaire (A. Varga, V. Stolin) for the Family with the Child with Mental Disabilities 109–129

Rupchev G.E., Alekseev A.A. Primary Approbation of the Questionnaire for Assessing the Perception of Contradictions in the Norm and Mental Pathology 130–140

Sergienko A.A. Neuropsychological Method in the Differential Diagnosis of Cognitive Impairment in Children and Adolescents with Mental Disorders 141–157

Yaltonsky V.M., Moskovchenko D.V., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V. Psychometric Properties of Revised Illness Perception Questionnaire: Testing on Patients with Breast Cancer and Ischemic Heart Disease 158–174

Book review

Vachkov I.V. A Review of the Multi-Authored Monograph “The Medical (Clinical) Psychology Diagnosis: Current State and Prospects” 175–181

Chronicle

Goryacheva T.G. To the Anniversary of Juri Mikadze 182–185

Roschina I.F., Zvereva N.V. The School of V.M. Bechterew: From the Beginnings to the Present Time 186–190

К читателям

Зверева Н.В.,

кандидат психологических наук, профессор, кафедра нейро- и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ; ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, nwzvereva@mail.ru

Рощина И.Ф.,

кандидат психологических наук, профессор, кафедра нейро- и патопсихологии, факультета клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ; ведущий научный сотрудник, ФГБНУ "Научный центр психического здоровья", Москва, Россия, ifroschina@mail.ru

Уважаемые читатели, вам предстоит познакомиться с первым тематическим номером журнала «Клиническая и специальная психология». Такой формат был задан прошедшей в конце 2016 года конференцией «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы» (http://psyjournals.ru/psyclin/2016/n4/Zvererva_Shvedovskiy.shtml), посвященной 105-летию выдающегося отечественного психолога Сусанны Яковлевны Рубинштейн. Организаторы конференции получили высокую оценку профессионального сообщества: звание лауреатов Национального конкурса «Золотая Психея» по итогам 2016 года в номинации «Событие года в жизни сообщества». Итоги конференции убедительно показывают, что вопросы диагностики (методический инструментарий, объекты приложения, способы диагностики, нормативные данные, доступность диагностических средств для специалистов и неспециалистов и многое другое) остаются одними из ключевых в профессиональной деятельности клинических психологов. К конференции были изданы две книги: материалы участников (http://psyjournals.ru/med_psy_theses/index.shtml) и коллективная монография, включившая статьи ведущих специалистов по разным аспектам диагностики в клинической (медицинской) психологии (http://psyjournals.ru/med_psy_monograph/index.shtml). Продолжая знакомить коллег с новыми направлениями, новыми сложными, социально значимыми и популярными темами, звучавшими на конференции, редакция журнала предлагает вниманию тематический номер, посвященный вопросам диагностики в медицинской психологии и отражающий затронутые на конференции темы.

В соответствии с имеющимися традиционными рубриками журнала в номере представлены эмпирические (экспериментально-психологические) и прикладные исследования, методы и методики исследования, хроника и книжное обозрение. В статьях в контексте диагностики отражены основные направления современной клинической психологии: пато- и нейропсихология, психология аномального развития, психосоматика. Широко представлены возрастная палитра и нозологическое разнообразие проведенных исследований. Работы самой Сусанны Яковлевны Рубинштейн, которой и посвящен этот номер по диагностике в

медицинской психологии, имеют отношение ко всем названным областям. Все статьи номера продолжают традиции отечественной клинической психологии, отражают развитие ее диагностического потенциала на современном этапе и демонстрируют интеграцию с современной зарубежной клинической психологией.

Рубрика «Теоретические исследования» представлена статьей А.С. Дьяченко «Межмодальные соответствия на примере связи звука и цвета в норме и патологии», в которой интегративно сочетаются общепсихологический подход к проблеме синестезии звука и цвета и анализ этого феномена в клинической выборке.

В рубрике «Эмпирические исследования» представлены работы, относящиеся к психологии аномального развития: детской экспериментальной патопсихологии (И.Н. Власенкова, Н.В. Зверева «Избирательность мышления и особенности ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей 8–11 лет в норме и при шизофрении») и детской нейропсихологии (Т.Г. Горячева, Л.Г. Шаль, С.В. Рихтер «Сравнительный анализ слухоречевой, зрительной и двигательной памяти у детей младшего школьного возраста с перинатальной гипоксией»). Вторая статья затрагивает актуальные проблемы влияния перинатальной патологии на психическое развитие ребенка, меры этого влияния и возможностей диагностики. Неожиданный и очень важный ракурс детской клинической психологии представлен в статье В.К. Солондаева, Е.В. Коневой, Л.Н. Лясниковой «Узнавание своего психического состояния родителями детей-пациентов». Авторы акцентируют внимание на необходимости учитывать в психологической работе с родителями своеобразие понимания ими своего состояния. Такой анализ необходим для плодотворного сотрудничества врачей и родителей детей с нарушениями развития. Еще две работы отражают междисциплинарное положение клинической психологии (в том числе и ее диагностические возможности). Это проявляется не только в контексте сотрудничества с психиатрами, но и в применении экспериментальных общепсихологического и психолингвистического подходов в клинических целях (И.А. Горьковая, В.И. Рождественский «Опыт психолингвистического анализа содержания бреда при дебюте параноидной шизофрении»), открывающих возможные новые направления в патопсихологической диагностике и в исследовательской практике. Статья А.С. Султановой и И.А. Ивановой «К проблеме нормативных показателей в патопсихологической диагностике» поднимает вопросы оценки «нормы» в клинической психологии и динамики показателей практической «нормы» на фоне изменяющейся социальной ситуации.

Рубрика «Прикладные исследования» знакомит с работой Е.Ю. Балашовой «Восприятие времени и некоторые методические возможности его изучения в клиничко-психологических исследованиях», в которой обсуждаются методология и методические тонкости изучения клиничко-психологической проблемы восприятия времени как высшей психической функции.

В рубрике «Методы и методики» представлен новый методический инструментарий для разных ветвей клинической психологии. Психологии аномального развития посвящена статья И.Н. Галасюк и О.В. Митиной «Модификация Опросника родительского отношения (А.Я. Варги, В.В. Столина) для семьи, воспитывающей особого ребенка», в которой изложены итоги модификации известного в семейной психологии инструмента для использования с особым

контингентом родителей, воспитывающих детей с нарушениями развития. Интерес для патопсихологии представляет статья Г.Е. Рупчева и А.А. Алексеева «Первичная апробация методики для диагностики восприятия противоречий в норме и при психической патологии». Авторы в пилотажном исследовании показали, что переносимость противоречивости в восприятии себя и окружающих следует рассматривать как своего рода нормативный феномен, значимый для целостного и стабильного представления о себе и о других людях. Методам и технологиям нейропсихологической диагностики в детской психиатрической клинике посвящена статья А.А. Сергиенко «Нейропсихологический метод в дифференциальной клинико-психологической диагностике когнитивных нарушений у детей и подростков с психической патологией». Предложена система количественных и качественных оценок на топическом и факторном уровнях диагностики, показана возможность нейропсихологического анализа когнитивного дефицита при эндогенной психической патологии у детей и подростков. Завершает этот раздел статья В.М. Ялтонского, Д.В. Московченко, Н.А. Сироты, А.В. Ялтонской «Психометрические характеристики модифицированного Опросника восприятия болезни: апробация на больных раком молочной железы и ишемической болезнью сердца». В этой работе приводятся результаты апробации модифицированного Опросника восприятия болезни («The Revised Illness Perception Questionnaire»). На примере психосоматических расстройств показана реальная интеграция зарубежных средств диагностики в практику отечественного подхода к разным аспектам восприятия собственной болезни, что близко отечественным традициям исследования внутренней картины болезни.

В рубрике «Книжное обозрение» представлена рецензия главного редактора журнала И.В. Вачкова на коллективную монографию «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы», подготовленную к конференции.

В рубрике «Хроника» в журнале представлены поздравления в адрес Ю.В. Микадзе по случаю 70-летия (статья Горячевой Т.Г. «К юбилею Юрия Владимировича Микадзе»). Кроме того, счастливое совпадение дат и юбилеев сказалось и на том, что весь «диагностический» номер завершается статьей, посвященной юбилейной конференции в память и в честь нашего выдающегося классика – Владимира Михайловича Бехтерева. Основные события и доклады конференции, имеющие отношение к медицинской психологии и диагностике, отражены в статье И.Ф. Рощиной и Н.В. Зверевой «Школа В.М.Бехтерева: от истоков к современности».

Как ответственные редакторы тематического номера, мы с удовлетворением отмечаем высокий уровень всех статей, показывающих продолжение традиций и развитие отечественной диагностики в клинической психологии с расширением сферы приложения диагностики, сохранением мультидисциплинарного подхода и специфики именно российской школы медицинской (клинической) психологии. Можно полагать, что опыт тематических номеров журнала будет продолжен. В настоящем номере читатели найдут много нового как в диагностических аспектах клинической психологии на современном этапе, так и в направлениях ее научного и практико-ориентированного развития.

To our Readers

Zvereva N.V.,

PhD. (Psychology), professor, Department of neuro and pathopsychology of development, Faculty of clinical and special psychology, MSUPE; chief researcher, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, nwzvereva@mail.ru

Roschina I.F.,

PhD. (Psychology), professor, Department of neuro and pathopsychology of development, Faculty of clinical and special psychology, MSUPE; chief researcher, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ifroschina@mail.ru

The editors' opening remarks contains general information about the structure and content of presented journal issue and evaluation of new and classic topics raised by the authors in their articles. The journal issue is devoted to the results of the past conference in memory of the 105th anniversary of one of the founders of Russian diagnostics in medical (clinical) psychology – S.Ya. Rubinshtein (1911–1990).

Межмодальные соответствия на примере связи звука и цвета в норме и патологии

Дьяченко А.С.,

клинический психолог, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия, tangobei@yandex.ru

В статье приводится обзор экспериментальных и теоретических исследований, посвященных изучению межмодальных соответствий. Описываются данные феномена межмодальных соответствий у здоровых людей (в том числе на примере связи звука и цвета). Проведенное предварительное исследование позволяет предположить, что у людей с шизофренией, в отличие от здоровых людей, звуко-цветовые соответствия претерпевают деструктивные изменения. Между тем новых, четко прослеживающихся закономерностей проявлений звуко-цветовых соответствий не обнаружено.

Ключевые слова: межмодальные соответствия, синестезия, звуко-цветовые соответствия, шизофрения.

Для цитаты:

Дьяченко А.С. Межмодальные соответствия на примере связи звука и цвета в норме и патологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 5–16. doi: 10.17759/psyclin.2017060202

For citation:

Dyachenko A.S. Intermodal Matching on the Example of Sound and Color Connection in Norm and Pathology [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 5–16. doi: 10.17759/psyclin.2017060202 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

С конца XIX века объектом пристального внимания и исследований научного сообщества стал феномен межмодальных соответствий. Синестезия, то есть трансляция ощущений из одной модальности в другую, и особенно цветной слух оказались в тот период столь популярными темами исследований, что на Международном конгрессе физиологической психологии в 1890 году была создана

комиссия, состоящая из семи выдающихся психологов, задачами которой были стандартизация терминологии по синестезии и выработка общего научного понимания проблемы. К началу XX века было собрано немало эмпирического материала, опубликовано несколько книг и более ста статей по этому вопросу. Уже тогда ученые отмечали способность гласных звуков вызывать цветовые образы [11].

Теоретические и экспериментальные исследования межмодальных соответствий

Ч. Осгуд исследовал коннотативное значение слов речи («...те состояния, которые следуют за восприятием слова-раздражителя и необходимо предшествуют осмысленным операциям с символами» [5, с. 279]) созданным им методом семантического дифференциала. В его кросскультурном исследовании такие вербальные понятия, как «хороший», «плохой», «белый» и «черный», оценивались англо-американским и мексикано-испанским населением, а также японцами и индейцами племени Навахо по визуальным шкалам «светлый–темный», «большой–маленький», «верх–низ» [12]. Было обнаружено не только точное вербально-визуальное синестетическое соответствие в группах, но также и корреляции между группами. Например, для англичан, для японцев и для индейцев племени Навахо «белое» было тонким и прохладным, «быстрое» – тонким и ярким, «тяжелое» – низким, толстым, темным и близким. Ч. Осгуд считал, что такие результаты демонстрируют тот факт, что значение зависит не от лингвистических структур, а от неких универсальных переживаний. Это исследование показывает поразительную межкультурную и межиндивидуальную устойчивость структуры коннотативных значений, которые свойственны человеку как представителю не столько культуры, сколько вида. Из исследований Ч. Осгуда очевидны два важных теоретических вывода. Во-первых, обнаруживается общность синестетических тенденций (по крайней мере, вербально-визуальных) у представителей различных языковых и культурных групп. Во-вторых, синестезия – это когнитивный феномен, связанный с коннотативным значением и служащий выделению в удобной и более экономичной форме наиболее общих факторов (яркости, размеров, аффекта и т.д.).

Важно отметить, что на данный момент не существует однозначного понимания механизма происхождения синестезии и единой общепринятой терминологии в силу включения в это понятие разными исследователями различных феноменов. Четкий критерий (произвольность трансляции ощущений из одной модальности в другую) предложил в 1995 году Р. Ситовик: «Синестезия – нейрологический феномен, при котором раздражение в одной сенсорной или когнитивной системе ведет к автоматическому, произвольному отклику в другой сенсорной системе» [10, с. 1]. Если опираться на это определение, на наш взгляд, корректнее говорить о межмодальных соответствиях (в рассматриваемом нами конкретном случае – звуко-цветовых соответствиях), так как в этом понятии отсутствует указание на валидизирование испытуемых по наличию «произвольного отклика в другой сенсорной системе».

А.П. Журавлев изучал функционирование фонетического значения отдельного слова и целого текста на уровне звуков [1; 2]. Исследовав русские гласные и согласные по 25 шкалам осгудовского семантического дифференциала,

А.П. Журавлев провел первые эксперименты по изучению звуко-цветовых ассоциаций в русском языке. В результате опроса 1000 человек были получены статистически достоверные звуко-цветовые соответствия (приводятся с учетом результатов измерений значимости по шкалам «светлый–темный» и «яркий–тусклый»):

- «А» – ярко-красный;
- «О» – яркий светло-желтый или белый;
- «И» – светло-синий;
- «Е» – светлый желто-зеленый;
- «У» – темный сине-зеленый;
- «Ы» – тусклый темно-коричневый или черный [1].

На основании многочисленных исследований ученый пришел к выводу, что фонетическая значимость порождается физическими свойствами звуков и является филогенетически более древним фактором, чем значения слов.

Фундаментальное изучение проблемы звуко-цветовых связей было осуществлено в исследовании Л.П. Прокофьевой [7], в котором проводился анализ множества научных работ и рассматривались теоретические вопросы происхождения и статуса синестезии. Л.П. Прокофьева предложила клинические случаи называть синестезией, тогда как межчувственные ассоциации, проявление метафорического мышления человека – синестемией. В ее монографии также приводятся результаты собственного экспериментального исследования символики звуков, построенного на огромном фактическом материале (2000 информантов, из них 1000 – русскоязычных) [7].

В монографии В.В. Левицкого сопоставляются данные субъективного и объективного звуко-символизма более чем в 50 языках различного строя, проводится анализ многочисленных зарубежных и отечественных экспериментальных исследований второй половины XX – начала XXI веков, обобщены результаты исследований звукового символизма, проводившихся в 1965–2008 гг. в Черновицком университете [4]. Природа возникновения звуко-цветовых соответствий рассматривается в контексте двух основных концепций: синестезии (связь между звуком и смыслом носит первичный, «отприродный» характер, звуко-символические правила универсальны) и ассоциации (возникает в сознании говорящего в силу языкового навыка, а звуковой символизм носит вторичный характер, его правила специфичны для каждого отдельного языка или группы родственных языков). В.В. Левицкий критически отзывается о многих применяемых А.П. Журавлевым методах исследования и выводах, но признает приемлемым способ исследования звуко-цветовых соответствий.

Критика методов проведения эксперимента, разработанных А.П. Журавлевым, обнаруживается также в работах Г.В. Расникова [9] и коллектива исследователей – Т. Пугачевой, М.Н. Дымшица и С. Кулаковой [8]. Приводимые этими авторами

экспериментальные данные не воспроизводят обнаруженных в исследованиях А.П. Журавлева результатов по «цветным гласным» [1]. Однако количество испытуемых в указанных исследованиях (по 30 человек) несравнимо с массивом данных в исследовании А.П. Журавлева: им только по «цветным гласным» было обследовано более тысячи человек. Л.П. Прокофьева приводит результаты своего исследования [7], которые почти аналогичны результатам А.П. Журавлева (табл. 1).

Таблица 1

**Звуко-цветовые соответствия
(по данным исследований Л.П. Прокофьевой [7] и А.П. Журавлева[1])**

Звук	Данные Л.П. Прокофьевой	Данные А.П. Журавлева
О	желтый или белый	яркий светло-желтый или белый
А	красный	ярко-красный
Ы	черный	тусклый темно-коричневый или черный
Е	зеленый	светлый желто-зеленый
У	-	темный сине-зеленый
И	синий	светло-синий

Примечание. Данные А.П. Журавлева приводятся с учетом результатов измерений значимости по шкалам «светлый–темный» и «яркий–тусклый».

Итак, в научной литературе отмечается, что феномен звуко-цветового соответствия имеет свою специфику и закономерности, которые проявляются в способности окрашивать в восприятии звуки речи в различные цвета. Эта закономерность касается преимущественно гласных звуков, для некоторых из которых в восприятии обнаружены корреляты в виде определенных цветов. Эти результаты были получены в исследовании, в котором испытуемыми являлись клинически нормальные носители русского языка. Мы предположили, что закономерности, характерные для «цветного слуха» людей с шизофренией, будут отличаться от таковых у здоровых людей.

Описание эмпирического исследования уместно предварить кратким анализом нарушений психической деятельности у людей с шизофренией. Результаты исследования Ю.Ф. Полякова позволяют считать, что у людей, больных шизофренией, наиболее сохранены те виды умственной деятельности, которые имеют четкую, однозначно детерминированную схему операций и жесткую, полностью формализованную программу реализации умственной деятельности [6]. Примерами такого рода деятельности являются счетные и формально-логические операции, сохранность грамматического строя речи даже при выраженной смысловой бессвязности высказываний. В познавательной сфере у людей с шизофренией обнаруживаются ослабление влияния прошлого опыта на избирательность актуализируемых знаний, расширение круга привлекаемых из

памяти сведений за счет латентных, малозначимых (но объективно присущих) свойств предметов, тенденция к уравниванию вероятностей актуализации различных свойств предметов.

Как показывают отечественные исследования, в основе «оригинальности» мышления, часто отмечаемой у людей с шизофренией, лежат следующие факторы: раннее развитие формально-логического мышления; способность и склонность к абстрагированию (в том числе в неуместных ситуациях); малая опора на житейский опыт и превалирование субъективной ценности суждений над значимостью их социальных оценок [3]. Недостаточная направленность на взаимодействие и как следствие слабое стремление быть понятым окружающими приводят к развитию своеобразия и причудливости мышления у людей с шизофренией, к предпочтению ими вычурных решений и формулировок стандартным, общепринятым.

Методы и процедура исследования

Исследование проводилось на базе Научного центра психического здоровья РАМН в 3-м и 4-м стационарных отделениях. В экспериментальную группу вошли 46 пациентов с диагнозами эндогенного круга: шизофрения, шизотипическое и шизоаффективное расстройства (F20.6, F21, F25.2 по МКБ-10 соответственно). Группа была разделена на две подвыборки: пациенты со сформировавшимся дефектом (дефицитарные расстройства личности в форме необратимых нарушений когнитивной, эмоциональной и волевой сфер, появляющиеся в результате длительно протекающей болезни или ядерных ее форм) и пациенты с более легким течением заболевания (табл. 2).

Таблица 2

Характеристики экспериментальных групп

Характеристики		Экспериментальные группы	
		Пациенты со сформировавшимся дефектом (n=14)	Пациенты с легким течением заболевания (n=32)
Пол	Ж	4	9
	М	10	23
Средний возраст		27,28	24,36
Образование	среднее, среднее специальное	6	9
	неоконченное высшее	6	13
	высшее	2	10
Диагноз по МКБ-10	F20.6	14	5
	F25.2	-	17
	F21	-	10

Основную контрольную группу составили 47 здоровых испытуемых. Кроме того, мы привлекли дополнительную контрольную группу с целью придать бóльшую четкость и репрезентативность эксперименту. Дополнительную контрольную группу составили 11 респондентов с аффективной патологией: биполярным аффективным расстройством (F31.0, F31.3 по МКБ-10) и циклотимией (F34.0 по МКБ-10) (табл. 3).

Таблица 3

Характеристики контрольных групп

Характеристики		Контрольные группы	
		Здоровые испытуемые (n=47)	Испытуемые с аффективной патологией (n=11)
Пол	Ж	16	4
	М	31	7
Средний возраст		24,51	23,13
Образование	среднее, среднее специальное	-	2
	неоконченное высшее	47	7
	высшее	-	2
Диагноз по МКБ-10	F31.0; F31.3	-	4
	F34.0	-	7

В исследовании была использована методика, предложенная А.П. Журавлевым. Процедура ее проведения была следующей: испытуемым предъявлялись карточки с написанными в строчку шестью гласными («Е», «О», «Ы», «У», «И», «А»), а в столбцах указаны шесть цветов: красный, черный, синий, желтый, зеленый, белый. Затем испытуемому давалась «глухая» инструкция: «Напишите, в какой из шести цветов, по вашему мнению, окрашен каждый из гласных; если не можете решить, – пишите наугад» [1, с. 119].

Результаты исследования

Во-первых, результаты нашей основной контрольной группы (здоровых людей) качественно сопоставимы с данными А.П. Журавлева (табл. 4). Именно такие звуко-цветовые соответствия упоминались большинством испытуемых в исследованиях А.П. Журавлева, что позволяет считать их стандартно-частотными (важно, впрочем, уточнить, что несоответствие им не является признаком какой-либо патологии).

Таблица 4

Звуко-цветовые соответствия основной контрольной группы и стандартные соответствия (по данным А.П. Журавлева)

Звук	Основная контрольная группа (%)		Стандартные соответствия
О	желтый или белый	85	яркий светло-желтый или белый
А	красный	73	ярко-красный
Ы	черный	68	тусклый темно-коричневый или черный
Е	желтый или зеленый	63	светлый желто-зеленый
У	синий или зеленый	57	темный сине-зеленый
И	синий	50	светло-синий

Примечания. Значения по группам приведены в % к общему числу испытуемых в контрольной группе.

Во-вторых, не удастся обнаружить какие-либо определенные и уникальные для людей с шизофренией звуко-цветовые соответствия; результаты оказываются более размытыми по сравнению со стандартными (Приложение 1).

Кроме того, мы провели анализ нестандартных выборов во всех группах, например, сколько процентов испытуемых «окрасили» звук «А» в любой цвет, кроме красного. Результаты приведены в табл. 5.

Таблица 5

Нестандартные звуко-цветовые соответствия (%)

Звуки	Группы			
	I	II	III	IV
О	0,64	0,45	0,27	0,15
А	0,57	0,50	0,27	0,27
Ы	0,79	0,59	0,45	0,32
Е	0,64	0,31	0,36	0,37
У	0,50	0,65	0,54	0,45
И	0,86	0,53	0,45	0,48

Примечание. Значения по группам приведены в % к общему числу членов группы. I – группа людей с шизофренией со сформировавшимся дефектом; II – группа людей с шизофренией с легким течением заболевания; III – дополнительная контрольная группа (больные с аффективной патологией); IV – контрольная группа здоровых людей.

Анализ результатов проведенного эксперимента позволяет предположить своеобразие звуко-цветовых соответствий у обеих групп больных шизофренией по сравнению с контрольной группой. Можно ожидать, что звуко-цветовые соответствия у людей с шизофренией, имеющих сформировавшийся дефект, будут отличаться от таковых у больных шизофренией с легким течением заболевания. Результаты дополнительной контрольной группы оказались близки к результатам основной контрольной группы.

Обсуждение и обобщение результатов

Результаты нашего исследования позволяют предварительно подтвердить данные А.П. Журавлева о наличии закономерностей проявления звуко-цветовых соответствий у здоровых людей на материале «цветных гласных» (при использовании того же методического подхода).

Данные, полученные в ходе исследования, позволяют предположить наличие различий в звуко-цветовых соответствиях у группы людей с шизофренией и у группы здоровых людей.

Результаты проявления феномена звуко-цветовых соответствий у людей с шизофренией не обнаруживают четко прослеживающихся собственных, свойственных только им закономерностей, поэтому можно говорить о деструктивных изменениях феномена звуко-цветовых соответствий при патологии эндогенного круга из-за происходящих в когнитивной и эмоционально-волевой сферах необратимых нарушений.

Мы предполагаем, что искажение (по сравнению с нормативными данными) звуко-цветовых соответствий при психической патологии связано с изменением восприятия цвета – как с эмоциональной, биологической, инстинктивной, «отприродной» (по В.В. Левицкому [4]) стороны, так и со стороны культурно детерминированной, определяемой культурным контекстом, в котором растет и развивается человек. Патология познавательной сферы больных шизофренией, характеризующаяся легкостью актуализации латентных признаков, равнозначностью многих возможных вариантов решений и недостаточной опорой на прошлый опыт, влияет, как нам кажется, на культурную детерминированность цветоотношения и восприятия. А патология эмоциональной сферы, более близкой к общебиологическим, инстинктивным механизмам, ведет к искажению восприятия «докультурных» значений цвета.

Близость результатов групп людей с аффективной патологией и здоровых людей говорит о том, что нарушение лишь в эмоциональной сфере при достаточной сохранности когнитивной сферы и восприятия не способно привести к значительным патологическим изменениям в области цветного слуха.

Обнаруженные нами вероятностные различия в звуко-цветовых соответствиях у здоровых людей и у людей с шизофренией позволяют предположить, что структура звуко-цветовых соответствий подвергается деструкции по мере течения болезни. Продолжая исследования в этой области, мы планируем верифицировать

различия между группами людей с шизофренией со сформировавшимся дефектом и людей с шизофренией с легким течением заболевания.

Литература

1. Журавлев А.П. Звук и смысл. М.: Просвещение, 1981. 160 с.
2. Журавлев А.П. Фонетическое значение. Л.: изд-во ЛГУ, 1974. 159 с.
3. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: изд-во МГУ, 1991. 256 с.
4. Левицкий В.В. Звуковой символизм. Мифы и реальность. Черновцы: Рута, 2009. 186 с.
5. Осгуд Ч., Суси Дж., Танненбаум П. Приложение методики семантического дифференциала к исследованиям по эстетике и смежным проблемам // Семиотика и искусствометрия / Под ред. Ю.М. Лотмана, В.М. Петрова. М.: Мир, 1972. С. 278–298.
6. Поляков Ю.Ф. Патология познавательных процессов. М.: Медицина, 1974. 86 с.
7. Прокофьева Л.П. Звуко-цветовая ассоциативность: универсальное, национальное, индивидуальное. Саратов: изд-во Саратов. мед. ун-та, 2007. 279 с.
8. Пугачева Т., Дымшиц М.Н., Кулакова С. Звуко-цветовая синестезия и методы ее исследования [Электронный ресурс]. // Публикации ВААЛ. 2017. 10 с. URL:<http://www.vaal.ru/show.php?id=114/> (дата обращения: 15.03.17).
9. Расников Г.В. Особенности цвето-звуковой синестезии: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2006. 162 с.
10. Cytowic R.E. Synesthesia: Phenomenology and neuropsychology [Электронный ресурс] // Psyche. 1995. Vol. 2. № 10. URL: <http://www.theassc.org/files/assc/2346.pdf> / (дата обращения: 21.05.17).
11. Marks L.E., Piere J.B. On coloured-hearing synesthesia: cross-modal translation of sensory dimensions. Psychological Bulletin. 1975. Vol. 82. № 3. P. 303–331.
12. Osgood C.E., May W.H., Miron M.S. Crosscultural universals of affective meaning. Urbana: University of Illinois Press, 1975. 486 p.

Приложение 1

Однозначный выбор звуко-цветовых соответствий

ЦВЕТА	ЗВУКИ																							
	А				О				Ы				И				Е				У			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
красный	43	50	72	<u>73</u>	14	155	0	5	0	3	9	3	7	9	18	9	28	125	0	7	7	9	0	6
черный	14	3	9	2	285	22	0	2	215	405	54	<u>68</u>	14	6	0	2	14	125	9	10	7	15	27	17
белый	215	25	0	15	28	25	27	<u>50</u>	14	125	9	4	285	155	18	7	0	3	18	17	7	19	27	7
желтый	7	0	9	5	7	28	45	<u>35</u>	215	125	0	2	14	3	9	14	215	37	36	<u>29</u>	28	22	0	14
зеленый	14	19	9	6	14	0	27	4	7	19	9	11	215	19	0	10	14	31	27	<u>34</u>	285	9	27	<u>27</u>
синий	0	3	0	2	7	9	0	5	355	125	18	12	14	47	54	<u>52</u>	215	3	9	3	21	25	18	<u>28</u>

Примечание. Значения по группам приведены в % к общему числу членов группы. I – группа людей с шизофренией со сформировавшимся дефектом; II – группа людей с шизофренией с легким течением заболевания; III – дополнительная контрольная группа (больные с аффективной патологией); IV – контрольная группа здоровых людей.

Intermodal Matching on the Example of Sound and Color Connection in Norm and Pathology

Dyachenko A.S.,

clinical psychologist, Health Scientific and Practical Center of Mental Health of Children and Adolescents of the Moscow Department of Healthcare, Moscow, Russia, mangobei@yandex.ru

The article describes the initial period of research of synesthesia and further work, experimental and theoretical, related to the study of various intermodal correspondences. Information about the presence of a statistically significant phenomenon of various intermodal correspondences in healthy people (which includes for example the connection of sound and color) is provided. Present experiment reveals that the phenomenon of sound-color correspondences undergoes destructive changes in patients with schizophrenia compared with that in healthy individuals, but does not detect new distinct patterns.

Keywords: intermodal matching, synesthesia, sound-color matching, schizophrenia.

References

1. Zhuravlev A.P. *Zvuk i smysl [Sound and sense]*. Moscow: Prosveshchenie, 1981. 160 p.
2. Zhuravlev A.P. *Foneticheskoe znachenie [Phonetic value]*. Saint-Petersburg: Publ. of LGU, 1974. 159 p.
3. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. *Patologiya psikhicheskoi deyatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie [Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition]*. Moscow: Publ. of MGU, 1991. 256 p.
4. Levitskii V.V. *Zvukovoi simbolizm. Mify i real'nost' [Sound symbolism. Myths and reality]*. Chernovtsy: Ruta, 2009. 186 p.
5. Osgud Ch., Susi Dzh., Tannenbaum P. *Prilozhenie metodiki semanticheskogo differentsiala k issledovaniyam po estetike i smezhnym problemam [The Measurement of*

meaning]. In Yu.M. Lotmana, V.M. Petrova (eds.). *Semiotika i iskusstvometriya* [Semiotics and accustomedly]. Moscow: Mir, 1972, pp. 278–298 (In Russ.).

6. Polyakov Yu.F. *Patologiya poznavatel'nykh protsessov* [Pathology of cognitive processes]. Moscow: Meditsina, 1974. 86 p.

7. Prokof'eva L.P. *Zvuko-tsvetovaya assotsiativnost': universal'noe, natsional'noe, individual'noe* [Sound-colour associativity: universal, national, individual]. Saratov: Publ. of Saratov. med. un-t, 2007. 279 p.

8. Pugacheva T., Dymshits M.N., Kulakova S. *Zvuko-tsvetovaya sinesteziya i metody ee issledovaniya* [Elektronnyi resurs] [Sound-color synesthesia and research methods]. *Publikatsii VAAL* [Digital Library VAAL], 2017, p. 10. URL: <http://www.vaal.ru/show.php?id=114/> (Accessed 15.03.17).

9. Rasnikov G.V. *Osobennosti tsveto-zvukovoi sinestezii*. Diss. kand. psikhol. nauk [Features of color-sound synesthesia. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 2006. 162 p.

10. Cytowic R.E. *Synesthesia: Phenomenology and neuropsychology* [Elektronnyi resurs]. *Psyche*, 1995, vol. 2, no. 10. URL: <http://www.theassc.org/files/assc/2346.pdf> / (Accessed 21.05.17).

11. Marks L.E., Piere J.B. *On coloured-hearing synesthesia: cross-modal translation of sensory dimensions*. *Psychological Bulletin*, 1975, vol. 82, no, 3, pp. 303–331.

12. Osgood C.E., May W.H., Miron M.S. *Crosscultural universals of affective meaning*. 1975. Urbana: University of Illinois Press, 1975. 486 p.

Избирательность мышления и особенности ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей 8–11 лет в норме и при шизофрении

Власенкова И.Н.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра нейро- и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, irene-v@mail.ru

Зверева Н.В.,

кандидат психологических наук, профессор, кафедра нейро- и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ; ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, nwzvereva@mail.ru

Статья посвящена актуальной для современной клинической психологии проблеме изучения психического когнитивного дизонтогенеза при шизофрении. Приводятся результаты сопоставления своеобразия ассоциативной деятельности с характером избирательности мышления у детей младшего школьного возраста в норме и при шизофрении. Исследована выборка, состоящая из 60 детей с шизофренией и 60 условно здоровых детей в возрасте от 7 до 11 лет. Использован экспериментально-психологический авторский комплекс методик для изучения вербальных ассоциаций на стимулы разных модальностей (обонятельной, слуховой, зрительной, тактильной) в сочетании с оценкой избирательности мыслительной деятельности и когнитивного развития. Полученные данные обсуждаются в контексте проявлений когнитивного дизонтогенеза у детей младшего школьного возраста с шизофренией. Описаны связи нарушения избирательности мышления у детей с шизофренией с особенностями ассоциативной деятельности в разных модальностях. Основной полученный вывод заключается в том, что нарушение избирательности мышления у детей с шизофренией проявляется в ассоциативной деятельности и не зависит от модальности предъявляемых стимулов.

Ключевые слова: ассоциативная деятельность, вербальные ассоциации, стимулы разных модальностей, младший школьный возраст, шизофрения.

Власенкова И.Н., Зверева Н.В. Избирательность мышления и особенности ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей 8–11 лет в норме и при шизофрении
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 17–29.

Vlasenkova I.N., Zvereva N.V. Selectivity of Thinking and Particularity of Association Activity in Different Modalities in Normal and Schizophrenia Children 8–11 Years Old
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 17–29.

Для цитаты:

Власенкова И.Н., Зверева Н.В. Избирательность мышления и особенности ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей 8–11 лет в норме и при шизофрении [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 17–29. doi: 10.17759/psyclin.2017060203

For citation:

Vlasenkova I.N., Zvereva N.V. Selectivity of Thinking and Particularity of Association Activity in Different Modalities in Normal and Schizophrenia Children 8–11 Years Old [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 17–29. doi: 10.17759/psycljn.2017060203 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Изучение психического дизонтогенеза при шизофрении – важная и актуальная проблема современной клинической психологии. Известно, что развитие детей с шизофренией характеризуется своеобразием когнитивной и эмоционально-личностной сфер (С.М. Алейникова, В.М. Башина, М.Ш. Вроно, Н.В. Зверева, Н.М. Иовчук, В.В. Лебединский). Диссоциативное развитие психических процессов у детей при шизофрении описано в работах С.М. Алейниковой, Н.В. Зверевой, Т.К. Мелешко [1; 10]. Выявлено снижение избирательности мыслительной и перцептивной видов деятельности у больных шизофренией детей по сравнению с нормативным развитием (С.М. Алейникова, Н.В. Зверева, Ю.Ф. Поляков, 1986). Обнаружены разнообразные когнитивные дефициты (памяти, внимания, мышления) у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра [3; 4; 5; 8; 9; 11]. Психиатры в своих работах указывают на своеобразие ассоциаций при шизофрении [2; 6]. Однако психологические исследования ассоциативной деятельности при шизофрении представлены мало. Одна из причин такого положения дел – отсутствие методических средств, позволяющих рассмотреть своеобразие ассоциативной деятельности в едином экспериментальном подходе. В данном исследовании мы подошли к рассмотрению проблемы психического дизонтогенеза при шизофрении посредством изучения ассоциативного процесса больных шизофренией детей на материале стимулов разных модальностей (обонятельной, слуховой, зрительной, тактильной) с помощью разработанной нами специальной диагностической экспериментальной процедуры. Одной из основных характеристик мыслительной деятельности при шизофрении является снижение избирательности мышления. Показателем избирательности мыслительной деятельности является коэффициент стандартности [1; 10]. Мы предположили, что системный характер нарушений мышления должен проявляться и в ассоциативном процессе. Для оценки избирательности ассоциативного процесса был использован модифицированный метод направленных вербальных ассоциаций на стимулы разных модальностей в сочетании с оценкой избирательности мыслительной

деятельности по методике «Конструирование объектов», давно зарекомендовавшей себя в детской клинической психологии. Осуществлялось сопоставление параметров избирательности мыслительной деятельности с уровнем интеллектуального развития в группах детей с шизофренией и детей с нормативным развитием. Это позволило оценить зависимость/независимость своеобразия избирательности мышления от уровня интеллектуального развития у детей одного возрастного периода.

Цель исследования – изучение связи особенностей ассоциативной деятельности в разных модальностях с характером избирательности мыслительной деятельности у здоровых детей и детей, больных шизофренией.

Эмпирическая база исследования

Общую **выборку** составили 120 детей младшего школьного возраста от 8 до 11 лет. В контрольную группу вошли 60 детей «практической нормы» – ученики ЦО «Измайлово» № 1811 г. Москвы. Основную (экспериментальную) группу составили 60 детей с диагнозом «шизофрения, детский тип» (мало- и среднепрогредиентные формы заболевания с непрерывным и приступообразным течением болезни), проходивших стационарное лечение на базе детского клинического отделения Научного центра психического здоровья Российской академии медицинских наук (НЦПЗ РАМН) и в детской психиатрической больнице № 6 (НПЦЗД Департамента здравоохранения г. Москвы). Обследование детей основной группы проводилось в период стабилизации состояния. Испытуемые контрольной и основной групп были обследованы по единой исследовательской программе и уравниены по полу и уровню развития интеллекта.

Методы: экспериментально-психологический (модифицированный вариант ассоциативного эксперимента для изучения направленных вербальных ассоциаций), клинический (анализ медицинской документации, консультации психиатров), метод тестов, статистический анализ (программы MS Excel 2007 и STATISTICA V. 7.0).

Применялись следующие **методики**:

- авторская экспериментально-психологическая методика оценки ассоциативной деятельности в разных модальностях (обонятельной, слуховой, зрительной (фрагменты: «форма», «цвет», «форма-цвет»); тактильной (фрагменты: «фактура», «стереогноз»)). Параметры оценки: стандартность ассоциаций и продуктивность ассоциативной деятельности (Зверева Н.В., Власенкова И.Н., 2006) [7];
- патопсихологическая методика «Конструирование объектов» для оценки избирательности мыслительной деятельности. Параметры оценки: стандартность и продуктивность мыслительной деятельности [1; 8; 10];
- батарея тестов К-АВС (Kaufman Assessment Battery for Children) для оценки уровня интеллекта [12].

Статистическая оценка связей между особенностями ассоциативной деятельности детей в разных модальностях и показателями мыслительной деятельности по методике «Конструирование объектов» осуществлялась при помощи корреляционного анализа.

Результаты

Все дети контрольной и основной групп (120 человек) были продиагностированы с помощью вышеназванных методик. Общий методический прием, реализованный в ассоциативных методиках и в методике «Конструирование объектов», заключается в том, что их выполнение требует опоры на прошлый опыт ребенка, на систему знаний о функциях и свойствах предметов и об их социально-практической значимости. Рассмотрим результаты выполнения ассоциативных методик и методики «Конструирование объектов» здоровыми детьми и детьми с шизофренией.

В табл. 1 приведены средние показатели продуктивности по ассоциативным методикам в обонятельной, слуховой, зрительной, тактильной модальностях и по методике «Конструирование объектов».

Таблица 1

Продуктивность ассоциативной деятельности в разных модальностях и по методике «Конструирование объектов» в контрольной и основной группах

Группы	Контрольная		Основная		Значимость различий U-критерия Манна-Уитни
	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение	
Обонятельная модальность	83,16	9,21	61,99	11,85	0,000
Слуховая модальность	99,99	0,68	96,31	8,49	0,001
Зрительная модальность «форма»	101,49	4,84	85,41	14,01	0,000
Зрительная модальность «форма-цвет»	100,36	2,77	82,38	16,26	0,001
Зрительная модальность «цвет»	100,00	0,00	90,48	24,34	0,060
Тактильная модальность «фактура»	101,19	4,17	74,94	14,32	0,001
Тактильная модальность «стереогноз»	100,72	3,94	73,16	15,04	0,001
Конструирование объектов	97,62	5,37	97,85	5,14	0,880

Как видно из табл. 1, обследованные группы детей значительно различались по продуктивности ассоциативной деятельности во всех исследуемых модальностях (обонятельной, слуховой, зрительной и тактильной), кроме зрительной модальности по фрагменту «форма-цвет», где значимость различий была выявлена на уровне тенденции. При этом самая высокая продуктивность ассоциативной деятельности в контрольной группе отмечалась в зрительной модальности по фрагменту «форма», а в группе детей с шизофренией – в слуховой модальности. Наиболее низкий результат продуктивности ассоциативной деятельности в обеих группах был выявлен в обонятельной модальности. Значимые различия по продуктивности мыслительной деятельности (методика «Конструирование объектов») обнаружены не были.

В табл. 2 представлены средние показатели избирательности мыслительной деятельности (коэффициент стандартности ответов) по ассоциативным методикам и методике «Конструирование объектов» у условно здоровых детей и детей с шизофренией.

Таблица 2

Стандартность ассоциаций в разных модальностях и по методике «Конструирование объектов» в контрольной и основной группах

Группы	Контрольная		Основная		Значимость различий U-критерия Манна-Уитни
	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение	
Обонятельная модальность	47,10	13,09	22,03	8,86	0,000
Слуховая модальность	54,72	13,18	34,60	14,37	0,000
Зрительная модальность «форма»	54,53	13,47	35,51	12,09	0,000
Зрительная модальность «форма-цвет»	48,22	13,27	24,32	10,21	0,000
Зрительная модальность «цвет»	50,02	19,08	20,78	9,99	0,000
Тактильная модальность «фактура»	52,87	11,70	30,80	5,93	0,000
Тактильная модальность «стереогноз»	52,48	10,11	33,15	5,28	0,000
Конструирование объектов	56,40	12,86	32,41	12,36	0,000

Как видно из табл. 2, у больных шизофренией детей выявлялись более низкие показатели избирательности мыслительной деятельности по сравнению со здоровыми детьми (коэффициент стандартности ответов в основной группе значимо ниже, чем в контрольной группе). Дети с шизофренией использовали нестандартные свойства предметов значительно чаще, чем здоровые сверстники. Эти различия проявлялись в снижении уровня избирательности мыслительной деятельности, что может свидетельствовать о менее устойчивом характере связей, признаков, лежащих в основе знаний о существенных и практически значимых свойствах окружающих предметов.

Для анализа связи особенностей ассоциативной деятельности детей в разных модальностях с показателями мыслительной деятельности по методике «Конструирование объектов» был проведен корреляционный анализ полученных данных. В табл. 3 приведены результаты корреляционного анализа показателей продуктивности и избирательности (коэффициент стандартности ответов) мыслительной деятельности детей и показателей продуктивности ассоциативного процесса и коэффициента стандартности ассоциаций в разных модальностях в контрольной группе испытуемых.

Таблица 3

Корреляция показателей продуктивности и избирательности мыслительной деятельности с показателями продуктивности и избирательности ассоциативной деятельности в контрольной группе

Ассоциативные методики (модальности)	Конструирование объектов	Продуктивность	Коэффициент стандартности
Обонятельная		-0,21	0,97**
Слуховая		0,00	0,89**
Зрительная – «форма»		0,08	0,97**
Зрительная – «форма-цвет»		-0,16	0,96**
Зрительная – «цвет»		-	0,33*
Тактильная – «фактура»		-0,11	0,94**
Тактильная – «стереогноз»		-0,14	0,96**

Примечание. * – $p \leq 0,01$; ** – $p \leq 0,001$.

Как видно из табл. 3, значимые положительные связи были выявлены между коэффициентом стандартности ответов мыслительной деятельности по методике «Конструирование объектов» и коэффициентами стандартности ассоциаций по всем ассоциативным методикам. Эти показатели отражают особенности усвоения детьми

общественного опыта, социально значимых признаков и отношений, функций предметов окружающего мира.

Связей между показателем продуктивности мыслительной деятельности по методике «Конструирование объектов» и показателем продуктивности ассоциативной деятельности в разных модальностях в контрольной группе испытуемых обнаружено не было. Это означает, что показатели продуктивности, полученные по методике «Конструирование объектов», не позволяют прогнозировать, как будет меняться продуктивность ассоциативного процесса.

Теперь обратимся к результатам корреляционного анализа показателей продуктивности и избирательности (коэффициент стандартности ответов) мыслительной деятельности и показателей продуктивности ассоциативного процесса и коэффициента стандартности ассоциаций в разных модальностях в основной группе испытуемых (табл. 4).

Таблица 4

Корреляция показателей продуктивности и избирательности мыслительной деятельности с показателями продуктивности и избирательности ассоциативной деятельности в основной группе

Ассоциативные методики (модальности)	Конструирование объектов	Продуктивность	Коэффициент стандартности
Обонятельная		0,32*	0,39*
Слуховая		0,12	0,52**
Зрительная – «форма»		0,09	0,68**
Зрительная – «форма-цвет»		0,21	0,61**
Зрительная – «цвет»		0,02	0,29*
Тактильная – «фактура»		-0,12	0,89**
Тактильная – «стереогноз»		0,02	0,86**

Примечание. * – $p \leq 0,01$; ** – $p \leq 0,001$.

Из табл. 4 видно, что показатель стандартности ответов мыслительной деятельности по методике «Конструирование объектов» имеет значимые положительные связи с показателем стандартности ассоциаций по ассоциативным методикам. Приведенные результаты позволяют сделать вывод о том, что нарушение избирательности мышления детей с шизофренией проявляется и в ассоциативном процессе как одной из сторон мыслительной деятельности. Таким

образом, полученные данные по методике «Конструирование объектов» и ассоциативным методикам в разных модальностях согласуются между собой и отражают специфику нарушения мышления детей с шизофренией.

Между показателем продуктивности мыслительной деятельности в методике «Конструирование объектов» и показателями продуктивности ассоциативной деятельности в разных модальностях была обнаружена положительная значимая корреляция только при предъявлении стимулов обонятельной модальности. Это означает, что изменение продуктивности мыслительной деятельности согласуется с изменением продуктивности ассоциативного процесса в обонятельной модальности. Однако в целом по показателю продуктивности значимые корреляции между методиками в основной группе не были обнаружены.

В других исследованиях, где применялась методика «Конструирование объектов» [8; 10; 11], было выявлено, что дети с шизофренией показывают высокий результат по продуктивности мыслительной деятельности (7 ответов на предъявляемый стимул) и по данному показателю практически не отличаются от контрольной группы. Тот факт, что при ассоциативной деятельности у детей с шизофренией – при том же формальном требовании дать 7 ответов на стимулы разной модальности – продуктивность является значимым показателем, дифференцирующим норму и патологию, указывает на значение модально-специфичной деятельности при решении познавательных задач этого типа. В дальнейших исследованиях данной тематики необходимо введение более тонких клинических показателей (ведущий синдром, возраст начала заболевания, его длительность и степень прогрессивности), что позволит уточнить связь продуктивности, активности и избирательности разных аспектов познавательной деятельности (в мышлении и в ассоциативной деятельности) у детей с шизофренией.

Резюме

Исследование избирательности мыслительной деятельности условно здоровых детей и детей с шизофренией позволяет сделать следующие обобщения.

1. Исследование особенностей ассоциативной деятельности в разных модальностях выявило у детей с шизофренией снижение стандартности и продуктивности ассоциативного процесса во всех модальностях по сравнению со здоровыми детьми.

2. Изучение особенностей избирательности мышления у больных шизофренией детей выявляет более низкие показатели избирательности актуализации знаний по сравнению со здоровыми сверстниками.

3. Исследование взаимосвязи особенностей избирательности мышления с особенностями ассоциативной деятельности детей в обонятельной, слуховой, зрительной и тактильной модальностях выявило положительные значимые корреляции между показателем стандартности ответов мыслительной

деятельности (методика «Конструирование объектов») и показателями стандартности ассоциаций по ассоциативным методикам в контрольной и основной группах испытуемых. Полученные по методикам данные согласуются между собой и отражают специфику нарушения мышления детей, страдающих шизофренией.

4. Использованный диагностический комплекс обогащает арсенал средств практической диагностики в современной детской клинической психологии.

Литература

1. *Алейникова С.М.* Особенности развития мыслительной деятельности у детей, больных шизофренией: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1984. 189 с.
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: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2015. 203 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. 2014. № 1. С. 68–71.
5. *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. Т. 4, № 3. С. 34–46. doi:10.17759/pspe.2015040303 (дата обращения: 21.12.2015).
6. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. М.: Академия, 2011. 248 с.
7. *Зверева Н.В., Власенкова И.Н., Тимофеев И.В.* Полимодальные вербальные ассоциации у детей в норме и при шизофрении // Вестник Московского университета. Сер. 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. Москва: Академия, 2014. 40 с.
9. *Лебединский В.В.* Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: изд-во МГУ, 1985. 142 с.
10. *Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В.* Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией // Проблемы

Власенкова И.Н., Зверева Н.В. Избирательность мышления и особенности ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей 8–11 лет в норме и при шизофрении
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 17–29.

Vlasenkova I.N., Zvereva N.V. Selectivity of Thinking and Particularity of Association Activity in Different Modalities in Normal and Schizophrenia Children 8–11 Years Old
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 17–29.

шизофрении детского и подросткового возраста /под ред. М.Ш. Вроно. М.: Медицина, 1986. С. 146–160.

11. *Хромов А.И., Зверева Н.В.* Возрастная динамика когнитивного дефицита у детей и подростков при эндогенной психической патологии // Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции к 100-летию С.Я. Рубинштейн «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения» / под ред. Н.В. Зверевой. М.: МГППУ, 2011. С. 169–174.

12. *Kaufman A.S., Kaufman N.L.* Kaufman Assessment Battery for Children. Circle Pines, MN: American Guidance Service, 1983. 327 p.

Selectivity of Thinking and Particularity of Association Activity in Different Modalities in Normal and Schizophrenia Children 8–11 Years Old

Vlasenkova I.N.,

PhD. (Psychology), associate professor, Department of neuro and pathopsychology of development, Faculty of clinical and special psychology, MSUPE, Moscow, Russia, irenev@mail.ru

Zvereva N.V.,

PhD. (Psychology), professor, Department of neuro and pathopsychology of development, Faculty of clinical and special psychology, MSUPE; chief researcher, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, nwzvereva@mail.ru

The article is devoted to the actual problem of clinical psychology studies of cognitive dysontogenesis in schizophrenic conditions. Evaluation results of particularity of association activity and selectivity of thinking in normal and schizophrenic primary school age children are given. Two samples were examined: 60 schizophrenic children and 60 mentally healthy children at the age from 7 to 11 years old. Experimental psychological author's complex of techniques for evaluation of verbal associations in response to stimuli of different modalities (olfactory, audio-verbal, visual, tactile) along with evaluation of thinking selectivity and cognitive development level were used. Present research results are discussed in relations with particularity of cognitive deficiency and manifestation of cognitive dysontogenesis in schizophrenic primary school age children. Connections between thinking selectivity disorder and particularities of association activity in different modalities of schizophrenic young schoolchildren are demonstrated. The key research result is following: thinking selectivity disorder in schizophrenia condition is also manifested in the association process of schizophrenic children and doesn't depend on modality.

Keywords: association activity, verbal associations, stimulus situations of different modalities, primary school age, schizophrenia.

References

1. Alejnikova S.M. Osobennosti razvitija myslitel'noj dejatel'nosti u detej, bol'nyh shizofreniej: diss. ... kand. psihol. nauk. [Particularities of thinking development of schizophrenic children. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 1984. 189 p.
2. Bashina V.M. Rannjaja detskaja shizofrenija: statistika i dinamika: monografija [Early children's schizophrenia: statistics and dynamics: monography]. Moscow: Medicina, 1989. 248 p. (In Russ.).
3. Vlasenkova I.N. Osobennosti associativnoj dejatel'nosti v raznyh modal'nostjah u detej mladshogo shkol'nogo vozrasta v norme i pri shizofrenii: diss. ... kand. psihol. nauk. [Particularities of association activity in different modalities of young schoolchildren under normal and schizophrenia conditions. PhD. (Psychology) diss.]. Saint-Petersburg, 2015. 203 p.
4. Vlasenkova I.N., Zvereva N.V. Verbal'nye associacii na obonjatel'noj osnove u detej 8-11 let v norme i pri shizofrenii [Olfactory verbal associations of children from 8 to 11 y.o. under normal and schizophrenia conditions]. *Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov [Children's and Teenagers' Mental Health Issues]*, 2014, no. 1, pp. 68–71.
5. Vlasenkova I.N., Zvereva N.V. Uroven' razvitija intellekta i osobennosti associativnoj dejatel'nosti na stimuly raznyh modal'nostej u detej v norme i pri shizofrenii [Level of intellectual development and particularities of association activity of children under normal and schizophrenia conditions in response to stimuli of different modalities]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija [Clinical and Special Psychology]*, 2015, vol. 4, no. 3, pp. 34–46. doi:10.17759/cpse.2015040303 (Accessed 21.12.2015) (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Detskaja i podrostkovaja psihiatrija. Klinicheskie lekicii dlja professionalov [Childhood and adolescence psychiatry. Clinical lectures for professionals]. Ju.S. Shevchenko (ed.). Moscow: Academiya, 2011. 248 p.
7. Zvereva N.V., Vlasenkova I.N., Timofeev I.V. Polimodal'nye verbal'nye associacii u detej v norme i pri shizofrenii [Multimodal verbal associations of children under normal and schizophrenia conditions]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Ser. 14. Psihologija [The Moscow University Herald. Ser. 14. Psychology]*, 2006, no. 4, pp. 32–40.
8. Zvereva N.V., Koval'-Zajcev A.A., Hromov A.I. Patopsihologicheskie metodiki ocenki kognitivnogo razvitija detej i podrostkov pri jendogennoj psihicheskoj patologii (zritel'noe vosprijatie i myshlenie): metodicheskie rekomendacii [Pathopsychological methods of evaluating cognitive development of children and teenagers under endogenous psychic pathology (visual perception and thinking): Guideline]. Moscow: Academiya, 2014. 40 p.
9. Lebedinskij V.V. Narusheniya psihicheskogo razvitija v detskom vozraste [Psychic development disorder of children]. Moscow: publ. of MGU, 1985. 142 p.

Власенкова И.Н., Зверева Н.В. Избирательность мышления и особенности ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей 8–11 лет в норме и при шизофрении
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 17–29.

Vlasenkova I.N., Zvereva N.V. Selectivity of Thinking and Particularity of Association Activity in Different Modalities in Normal and Schizophrenia Children 8–11 Years Old
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 17–29.

10. Meleshko T.K., Alejnikova S.M., Zaharova N.V. Osobennosti formirovaniya poznavatel'noj dejatel'nosti u detej, bol'nyh shizofreniej [Particularities of formation of cognitive activity of schizophrenia]. In M.Sh. Vrono (ed.) *Problemy shizofrenii detskogo i podrostkovogo vozrasta [Children's and teenagers' schizophrenia problems]*. Moscow: Meditsina, 1986, pp. 146–160.

11. Hromov A.I., Zvereva N.V. Vozrastnaja dinamika kognitivnogo deficita u detej i podrostkov pri jendogennoj psihicheskoj patologii [Age dynamics of cognitive deficiency of children and teenagers under endogenous psychic disorder]. In N.V. Zvereva (ed.) *Materialy Vserossijskoj jubilejnoj nauchno-prakticheskoj konferencii k 100-letiju S.Ja. Rubinshtejn "Jeksperimental'nye metodiki patopsihologii i opyt ih primenenija" [Materials of All-Russia jubilee science and practice conference dedicated to 100 anniversary of S.Y. Rubenshtein "Experimental methods of pathopsychology and their application"]*. Moscow: publ. of MGPPU, 2011, pp. 169–174.

12. Kaufman A.S., Kaufman N.L. Kaufman Assessment Battery for Children. Circle Pines, MN: American Guidance Service, 1983. 327 p.

Опыт психолингвистического анализа содержания бреда при дебюте параноидной шизофрении

Горьковая И.А.,

доктор психологических наук, профессор, кафедра психологии человека, Институт психологии, ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»; заведующая кафедрой, кафедра психосоматики и психотерапии, факультет клинической психологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, iralgork@mail.ru

Рождественский В.И.,

кандидат психологических наук, медицинский психолог первой категории, дневной стационар № 3, Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром) (СПбГБУЗ ГПНДС № 7); старший преподаватель, кафедра психосоматики и психотерапии, факультет клинической психологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, countrozhh@mail.ru

В статье представлен опыт психолингвистического анализа содержания бреда при дебюте параноидной шизофрении. Были изучены 100 историй болезни пациентов обоего пола с диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (F20.0). Пациенты были поделены на четыре группы в зависимости от пола и возраста (юность и первый период зрелости), когда произошел дебют заболевания. Для реализации психолингвистического анализа содержания бреда на лексическом уровне языка был использован индуктивный контент-анализ на преимущественно синтаксическом уровне языка – дедуктивный контент-анализ. В статье отражены варианты статистической обработки данных контент-анализа и способы их графического представления. Сделан вывод о том, что психолингвистический анализ выявляет специфику содержания бреда в группах пациентов, выделенных по полу и возрасту дебюта параноидной шизофрении.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, содержание бреда, психолингвистический анализ, контент-анализ.

Для цитаты:

Горьковая И.А., Рождественский В.И. Опыт психолингвистического анализа содержания бреда при дебюте параноидной шизофрении [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 30–49. doi: 10.17759/psyclin.2017060204

For citation:

Gorkovaia I.A., Rozhdestvenskiy V.I. The Experience of Delusion Content Psycholinguistic Analysis in Paranoid Schizophrenia Onset [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 30–49. doi: 10.17759/psycljn. 2017060204 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Параноидная форма шизофрении (F20.0), в соответствии с критериями МКБ-10, характеризуется двумя основными симптомами – бредом и галлюцинациями. Бред, являясь качественным нарушением мышления, эксплицируется через патологическое поведение и речь. Бредовое умозаключение представляет собой продукт мышления конкретного больного [26], поэтому неразрывно связано с его индивидуально-психологическими особенностями, которые оказывают влияние на клиническую картину любого заболевания [4]. Таким образом, анализ речевых высказываний пациентов, страдающих параноидной шизофренией с бредом, позволяет делать выводы не только о нарушениях мыслительной деятельности, но и о социально-психологических характеристиках больных.

В философии постмодернизма мир рассматривается как текст, который может быть представлен в форме речевого акта. Анализ языка, речи конкретного индивида (используется, например, процедура деконструкции) позволяет очертить индивидуальное семиотическое поле, то есть множество взаимосвязанных значений и смыслов, и таким образом реконструировать реальность говорящего (к примеру, Ж. Деррида реконструировал философские системы Ф. Ницше, М. Хайдеггера, М. Фуко и других, обозначив их базовые теоретические концепты) [3; 5].

Реализацией постмодернистской концепции «мир как текст» может являться психолингвистический подход к анализу патологической психопродукции, реализованный отечественными психиатрами. Пионером в этой области по праву считается Ф.И. Случевский [24]. Им было показано, что патологическое мышление (атактическое мышление) и речь (шизофазия) взаимосвязаны, но в каждом конкретном случае необходимо выяснять, что первично, а что вторично [25]. Ф.И. Случевский модифицировал классический ассоциативный эксперимент и одним из первых использовал лингвистические методы при исследовании патологии речи и мышления при шизофрении [24].

Б.Е. Микиртумов и его ученики широко использовали клинико-семантический анализ лексики психически больных [11; 28]. В частности, было показано, что при персекуторном бреде в рамках шизофрении высказывания пациентов несут в себе

имплицитное значение – «скрытая угроза», при этом больные уверены, что включены в некую «игру» [8; 10]. Было выявлено, что при шизофреническом аутизме лексика пациентов образует тематические ряды – «перерождение», «иное существование» и «предназначение», а смысловая структура отражается в категориях «новизна», «свой/чужой» и «призвание» [12].

Лингвистический анализ, на наш взгляд, может быть успешно применен в клинической психологии для психодиагностики. Во-первых, он лишен таких недостатков стандартизированных опросных инструментов, как очевидность формулировок и невозможность оценки имплицитных реакций [2], поскольку посредством анализа слов-знаков и их взаимоотношений позволяет работать одновременно с эксплицитным (значение слов) и имплицитным (смысл слов) уровнями. Во-вторых, строгая процедура обработки данных предоставляет возможность корректной интерпретации, снимая тем самым вопросы в отношении недостаточной валидности и субъективности выводов, возникающие ко всем проективным методикам [15].

Таким образом, психолингвистический анализ высказываний пациентов с любой психиатрической патологией может дать возможность проникновения в их патологическую реальность.

В психиатрической литературе имеются указания на то, что пол пациентов влияет на клиническую картину шизофрении [32; 33], на вероятность заболевания ей, на эффективность терапии нейрорептиками [31], однако значение пола в определении содержания бреда изучено недостаточно.

Схожая ситуация имеется с возрастными особенностями больных. Было показано, что возраст влияет на течение шизофренического процесса и его клинику [27]. Отдельные работы, так или иначе затрагивающие вопрос о влиянии возраста дебюта параноидной шизофрении на содержание бреда (например, [29]), не были центрированы на нем, носили обобщенный характер и рассматривали бредообразование при шизофрении исключительно с позиций психопатологии, не учитывая психологические особенности больных.

Вместе с тем исследование половозрастного фактора бредообразования позволит углубить представление о клинической картине параноидной шизофрении и понять психологические механизмы психопатологических состояний.

Целью исследования является выявление возможностей психолингвистического анализа содержания бреда при дебюте параноидной шизофрении у пациентов разного пола и возраста.

Организация и методы исследования

Были изучены 100 историй болезни пациентов обоего пола с диагнозом «шизофрения, параноидная форма, параноидный синдром» (F20.0). Анализ были подвергнуты фабулы бреда, зафиксированные на момент первичного попадания

больных в психиатрические учреждения, что позволило исключить влияние медикаментозного лечения на бредовые переживания. Изучение содержания бреда на параноидном этапе параноидной шизофрении дало возможность отобрать бредовые идеи, находящиеся на одной стадии «эволюции» (этап кристаллизации бреда по В. Маньяну [цит. по: 9]). У всех пациентов стаж болезни до первого стационарирования не превышал трех лет.

Бредовые суждения пациентов соответствовали трем критериям бреда, предложенным К. Ясперсом [30]: субъективная убежденность больного в правильности своих умозаключений; невозможность коррекции бреда с помощью опыта и вытекающих из него выводов; несоответствие субъективных убеждений объективной реальности. Это позволило дифференцировать их от сверхценных образований, заблуждений, ситуативных переживаний и других подобных феноменов, которые могут быть характерны для определенных социальных групп.

Пациенты были поделены на две группы по половому признаку. Внутри каждой группы были выделены две подгруппы в зависимости от возраста больных на момент начала шизофренического процесса: 1) дебют в юности («ранний» дебют); 2) дебют в первый период зрелости («поздний» дебют).

В группу мужчин с ранним дебютом эндогенного заболевания вошли 20 человек, средний возраст на момент дебюта составил $18,6 \pm 1,6$ лет; с поздним дебютом – 30 человек, средний возраст – $31,4 \pm 6,9$ лет.

В группу женщин с ранним дебютом шизофренического процесса вошли 20 человек, средний возраст на момент дебюта составил $18,0 \pm 2,2$ лет, с поздним дебютом – 30 человек, средний возраст – $31,2 \pm 5,6$ лет.

Для реализации психолингвистического анализа содержания бреда на лексическом уровне языка был использован индуктивный контент-анализ, на преимущественно синтаксическом уровне языка – дедуктивный контент-анализ.

В основе *индуктивного* контент-анализа лежит процедура извлечения категорий «снизу». Исследователь не придумывает новые категории, а работает с исходными единицами текста, то есть лексемами (словами).

В ходе индуктивного контент-анализа подсчитывалось общее количество одинаковых лексем (знаменательные части речи: существительное, прилагательное, числительное, местоимение, глагол, наречие и слова категории состояния) в каждой экспериментальной группе. По количеству одинаковых лексем, включая их грамматические формы, вычислялся уровень значимости, применяемый для текстов небольшого объема («обозримые объемы текста») [7; 13]:

- 4–5 лексем – $p \leq 0,1$;
- 6–7 лексем – $p \leq 0,05$;

- 8–10 лексем – $p \leq 0,01$;
- 11 и больше лексем – $p \leq 0,001$.

В основе *дедуктивного* контент-анализа лежит процедура привнесения категорий извне, то есть на исходное содержание «сверху» накладывается матрица, разработанная исследователем. В качестве методологического базиса для разработки данной матрицы была применена структурно-типологическая теория текста В.Я. Проппа, реализованная им в работе «Морфология сказки» [14].

В.Я. Пропп предложил в качестве основы классификации функции, выполняемые действующими лицами (персонажами). В этом случае действия персонажей (их функции) являются постоянными величинами, а названия персонажей – переменными. «Под функцией понимается поступок действующего лица, определенный с точки зрения его значимости для хода действия» [14, с. 30–31].

Полученные эмпирические данные обрабатывались с использованием углового преобразования Фишера (ф-критерий Фишера) и кластерного анализа.

Исследование проводилось на базе СПбГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)», г. Санкт-Петербург.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты индуктивного контент-анализа. Частотность лексем в содержании бреда у мужчин и женщин с ранним и поздним дебютом параноидной шизофрении представлена в табл. 1–4.

Таблица 1

Лексемы в содержании бреда мужчин с ранним дебютом шизофрении

Лексема	Частотность, раз	Статистическая вероятность
Все	7	$p \leq 0,05$
Люди	8	$p \leq 0,01$
Мочь	4	$p \leq 0,1$
Следить	4	$p \leq 0,1$
Смотреть	4	$p \leq 0,1$
Странный	4	$p \leq 0,1$

Таблица 2

Лексемы в содержании бреда женщин с ранним дебютом шизофрении

Лексема	Частотность, раз	Статистическая вероятность
Все	4	$p \leq 0,1$
Голова	5	$p \leq 0,1$
Мысль	4	$p \leq 0,1$
Некрасивая	3	$p \leq 0,1$
Относиться	4	$p \leq 0,1$
Плохо	5	$p \leq 0,1$
Становиться	5	$p \leq 0,1$
Человек	5	$p \leq 0,1$

Таблица 3

Лексемы в содержании бреда мужчин с поздним дебютом шизофрении

Лексема	Частотность, раз	Статистическая вероятность
Воздействовать	4	$p \leq 0,1$
Все	4	$p \leq 0,1$
Говорить	4	$p \leq 0,1$
Жена	4	$p \leq 0,1$
Кто-то	5	$p \leq 0,1$
Люди	7	$p \leq 0,05$
Меня	4	$p \leq 0,1$
Мир	4	$p \leq 0,1$
Мочь	6	$p \leq 0,05$
Сатана	6	$p \leq 0,05$
Себя	5	$p \leq 0,1$
Следить	13	$p \leq 0,001$
Хотеть	5	$p \leq 0,1$
Чувствовать	4	$p \leq 0,1$

Таблица 4

Лексемы в содержании бреда женщин с поздним дебютом шизофрении

Лексема	Частотность, раз	Статистическая вероятность
Боль	4	$p \leq 0,1$
Влиять	4	$p \leq 0,1$
Влюбляться	4	$p \leq 0,1$
Воздействовать	6	$p \leq 0,05$
Все	4	$p \leq 0,1$
Говорить	5	$p \leq 0,1$
Голос	4	$p \leq 0,1$
Она	14	$p \leq 0,001$
Коллеги	9	$p \leq 0,01$
Любить	7	$p \leq 0,05$
Люди	6	$p \leq 0,05$
Мочь	5	$p \leq 0,1$
Муж	6	$p \leq 0,05$
Мысли	8	$p \leq 0,01$
Окружающие	6	$p \leq 0,05$
Относиться	4	$p \leq 0,1$
Работа	8	$p \leq 0,01$
Следить	7	$p \leq 0,05$
Хотеть	4	$p \leq 0,1$
Читать	4	$p \leq 0,1$

Рассмотрим лексемы, встречающиеся в выделенных группах чаще всего (при $p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$; $p \leq 0,001$).

В группе мужчин с ранним дебютом параноидной шизофрении наиболее распространенными лексемами являются «все» и «люди». Это может

свидетельствовать о феномене генерализации, что психологически можно связать с юношеским максимализмом. Клиническим выражением данной особенности будет параноидная настроенность: больные становятся подозрительными, недоверчивыми, им кажется, что окружающие относятся к ним недоброжелательно или даже враждебно [1].

В группе женщин с ранним началом процессуального заболевания статистически значимого преобладания одних лексем над другими не выявлено.

В группе мужчин с поздним дебютом шизофрении преобладают лексемы «следить», «люди», «мочь» и «сатана». Это может также указывать на параноидную настроенность («люди могут следить»), только в данном случае добавляется потусторонний персонаж, связанный, очевидно, с религиозной верой.

В группе женщин с поздним началом эндогенного заболевания чаще встречаются лексемы «она», «коллеги», «мысли», «работа», «воздействовать», «любить», «люди», «муж», «окружающие» и «следить». Можно заключить, что здесь имеют место генерализация, феномен идеаторных автоматизмов, а также темы слежки, трудовой деятельности, любви и семьи.

Таким образом, общим для всех выделенных групп, за исключением женщин с ранним началом шизофрении (это может быть обусловлено недостаточной репрезентативностью выборки), является генерализация в содержании бреда. Отмечается определенная половозрастная специфика: у мужчин с поздним дебютом в бредовой фабуле появляется религиозный компонент, у женщин – темы воздействия, трудовых отношений, любви и семьи.

Как видно из приведенной интерпретации данных, классическая процедура индуктивного контент-анализа обладает существенными ограничениями, поскольку главным образом опирается на «языковую интуицию исследователей» [12] и не позволяет выявить иерархию лексем. Чтобы преодолеть данный недостаток, нами был использован метод семиопсихометрического описания текста [6]. При помощи тетракорического коэффициента корреляции Пирсона были рассчитаны ассоциативные связи между лексемами. Ассоциативность в данном случае – совместное появление слов-категорий в одном и том же тексте, то есть в бреде конкретного больного. Для описания композиции категориальной структуры была использована тригонометрическая интерпретация коэффициентов корреляции (радианы угла по Фишеру). В результате были получены четыре преобразованных корреляционных матрицы устойчивых категорий бреда больных шизофренией. Все расчеты производились вручную.

Полученная предметно-ассоциативная структура бреда для каждой группы больных была нами представлена ранее [22]. В качестве примера приведем выявленную структуру для группы мужчин с поздним началом шизофрении (рис. 1).

Удалось выделить ядро содержания бреда, включающее в себя лексемы «воздействовать», «люди», «мир» и «мочь», а также периферию, что позволило более детально и информативно проанализировать фабулу бреда.

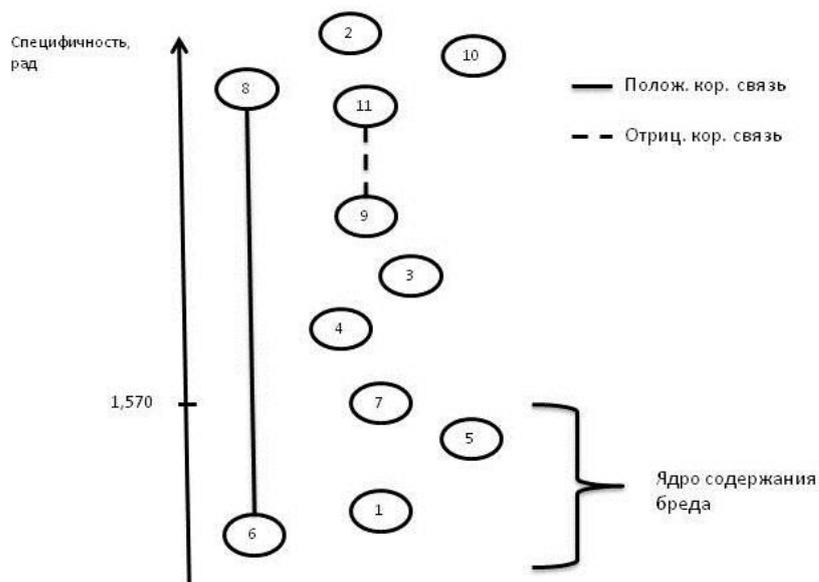


Рис. 1. Корреляционный граф содержания бреда у мужчин с поздним дебютом шизофрении

Примечания. Лексемы: 1 – воздействовать, 2 – все, 3 – жена, 4 – кто-то, 5 – люди, 6 – мир, 7 – мочь, 8 – сатана, 9 – следить, 10 – хотеть, 11 – чувствовать.

Таким образом, индуктивный контент-анализ содержания бреда при дебюте параноидной шизофрении дает возможность выявлять типичные лексемы, иерархически их располагать, выделяя ядро и периферию, и делать выводы относительно основных тем бредовых переживаний. Его слабой стороной, на наш взгляд, является большая привязка к имеющимся лексемам и игнорирование синтаксической структуры высказываний, что ограничивает эвристичность исследований. Для преодоления данных недостатков может быть применен дедуктивный контент-анализ.

Результаты дедуктивного контент-анализа. Было выделено 20 функций персонажей в содержании бреда мужчин и женщин с дебютом параноидной шизофрении; ниже приведем некоторые из них.

1. «Влияние/воздействие». К этой категории относятся указания больных на то, что они находятся под влиянием, воздействием кого-либо, ощущают данное воздействие («знакомый заставляет вспоминать прошлое», «бес какой-то во мне поселился»). При этом субъектом воздействия может выступать и неодушевленный персонаж (например, «проезжающие машины указывали, куда идти, что делать»).

2. «Вредительство». В эту функцию входят действия персонажей бреда, включая самого больного, результат которых расценивается как причинение вреда пациенту. Вред может иметь характер совершенного действия либо являться потенциальным, иметь физическую основу либо ментальную. К этой категории были отнесены такие высказывания больных, как: «на работе хотели отравить», «кто-то, кто завидует, ссорит с девушками», «Бог заставляет страдать», «я – раб

инопланетных разумных существ», «мать хочет отравить, стереть память», «я убил печень и мозг» и другие.

3. «Слежка». К этой функции относятся указания больных на наличие слежки, в том числе с использованием современных технических средств («телефон прослушивается», «нужно говорить тихо: в квартире жучки, у стен есть уши», следят ФСБ, мафия).

4. «Странное поведение». В эту категорию были включены высказывания больных, содержание которых может быть проинтерпретировано как необычное, подозрительное, странное поведение. Примеры высказываний: «косо смотрят в транспорте», окружающие люди на улице «подозрительно смотрят», «окружающие ощущают неприятный запах <моего тела>, морщатся, оборачиваются».

5. «Обладание сверхспособностями». В данную группу входят указания на обладание сверхспособностями как самим больным («могу читать мысли окружающих», «чувствую внутренние миры людей», «владею телепатией»), так и другими персонажами («люди в транспорте слышат мысли», «мои мысли известны окружающим»).

6. «Избранность/значительность». К этой категории отнесены прямые указания больных на их явное отличие от других людей, за исключением наличия сверхспособностей («я особенный, творческая личность, талант», «работаю в ФСБ», «по телевизору замечал 25-й кадр, где разыгрывались актерами сцены из моей жизни»), ощущение собственной избранности («как будто всё для меня», «избран, должен занять место Бога после второго пришествия»), наличие высокопоставленных или влиятельных родственников, что косвенно также указывает на собственную значительность («влиятельные родственники во всех посольствах и странах»).

Персонажи в содержании бреда были объединены в следующие группы:

1. «неопределенный персонаж» («кто-то», «голоса»);
2. «сам(а) больной(ая)»;
3. «внеземной разум» («инопланетяне», «пришельцы»);
4. «государственные организации» («спецслужбы», «ФСБ», «КГБ»);
5. «персонифицированный мужской персонаж» («коллега по работе», «молодой человек», «один из братьев Свидетелей Иеговы», «начальник», «мальчик»);
6. «соседи»;
7. «коллеги по работе» («коллеги-мужчины», «коллеги-женщины», «сослуживцы»);
8. «окружающие люди» («люди на улицах», «окружающие», «какие-то люди», «злые люди», «все», «находящийся рядом человек», «общество»);
9. «духовные сущности положительные» («Бог», «ангелы», «Небесный Отец»);
10. «мать»;
11. «мир вокруг»;

12. «муж/сожитель/любовник»;
13. «негосударственные организации» («секта», «террористы»);
14. «духовные сущности отрицательные» («дьявол», «демоны», «сатана», «бес»);
15. «персонафицированный женский персонаж» («женщина», «подруга»);
16. «известная личность» («Олег Погудин»);
17. «ровесники» («друзья», «сверстники», «новобранцы»);
18. «другие родственники» («родственники», «сестра», «бабушка»);
19. «жена»;
20. «больные в палате»;
21. «родители».

Были введены понятия «валентность функции» и «валентность персонажа». Валентность функции – это количество персонажей, которые ее выполняют. Валентность персонажа – это количество функций, которые он выполняет. Чем выше валентность, тем более напряженным является функция или персонаж, то есть можно судить об их большем значении для конкретного пациента.

Для наглядности нами было предложено графическое представление валентности. Приведем в качестве примера валентность функций и персонажей в группе женщин с поздним дебютом параноидной шизофрении (рис. 2).

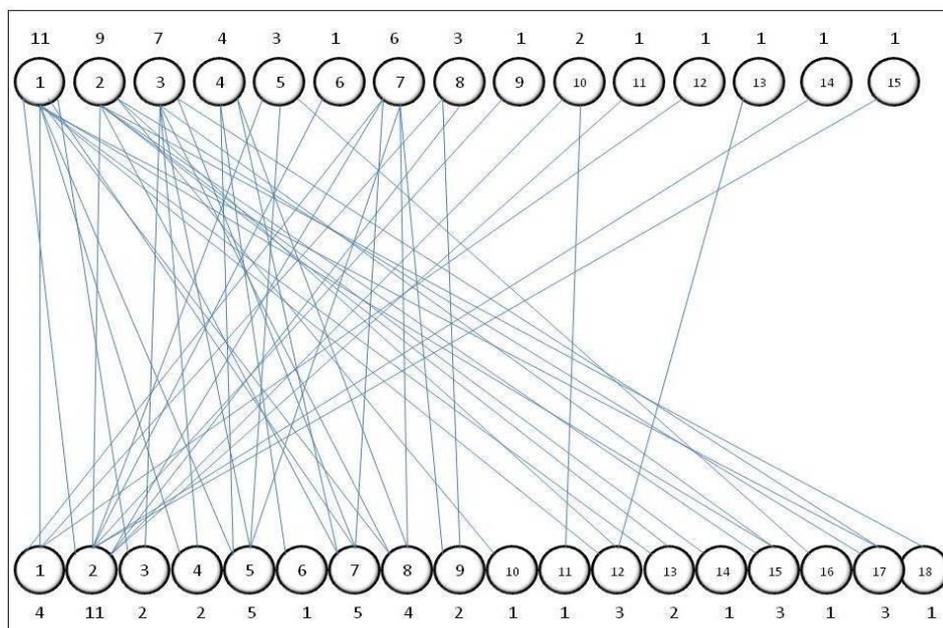


Рис. 2. Связь функций и выполняющих их персонажей в группе женщин с поздним дебютом шизофрении

Примечания. В кружках расположены порядковые номера функций (вверху) и персонажей (внизу), приведенные в тексте. Над и под кружками цифрами обозначена валентность функций и персонажей.

Выявление связи функций и персонажей в содержании бреда пациентов с дебютом шизофрении, а также их валентности позволяет, к примеру, судить о том, насколько масштабны те или иные патологические идеи [18]; выявлять характеристики образов окружающей действительности (нами были описаны родительские образы больных шизофренией [16] и их представления о себе и людях вокруг [19]).

Приведенный выше тип обработки данных дедуктивного контент-анализа позволяет делать преимущественно качественные выводы. Для качественно-количественной обработки нами был проведен подсчет частоты встречаемости функций и персонажей для каждой экспериментальной группы больных, результат которого был подробно описан в предыдущих работах [17; 20]. Приведем в качестве примера частотность функций в группе мужчин с параноидной шизофренией (табл. 5).

Таблица 5

Функции персонажей бреда у мужчин с шизофренией

Функция	Частота встречаемости от общего количества функций, %		φ-Критерий Фишера	Статистическая вероятность
	Ранний дебют	Поздний дебют		
Влияние/воздействие	9,6	15,8	1,045	p>0,05
Вредительство	13,6	19,8	0,933	p>0,05
Слежка	7,7	19,8	1,989	p≤0,05
Странное поведение	11,5	5,3	1,261	p>0,05
Любовь	0	0	-	-
Озарение	1,9	0	-	-
Обладание сверхспособностями	7,7	17,1	1,617	p>0,05
Избранность/значительность	3,8	9,2	1,245	p>0,05
Болезнь	1,9	1,3	0,267	p>0,05
Изменение	3,8	1,3	0,906	p>0,05
Необходимость	0	0	-	-
Уничтожение	19,3	2,6	3,239	p≤0,01
Нелюбовь	0	0	-	-
Странные телесные ощущения	3,8	3,9	0,033	p>0,05
Страх	5,8	1,3	1,428	p>0,05
Измена	0	2,6	-	-
Фантазирование	0	0	-	-
Нереальность	3,8	0	-	-
Беременность	0	0	-	-
Ипохондрия	5,8	0	-	-

Оперирование частотными данными для каждой функции и персонажа не может дать информацию о структуре содержания бреда при дебюте параноидной шизофрении. Чтобы показать структуру бреда, нами был использован кластерный анализ [21; 23]. Приведем пример кластерного дерева содержания бреда в группе женщин с ранним дебютом параноидной шизофрении (рис. 3).

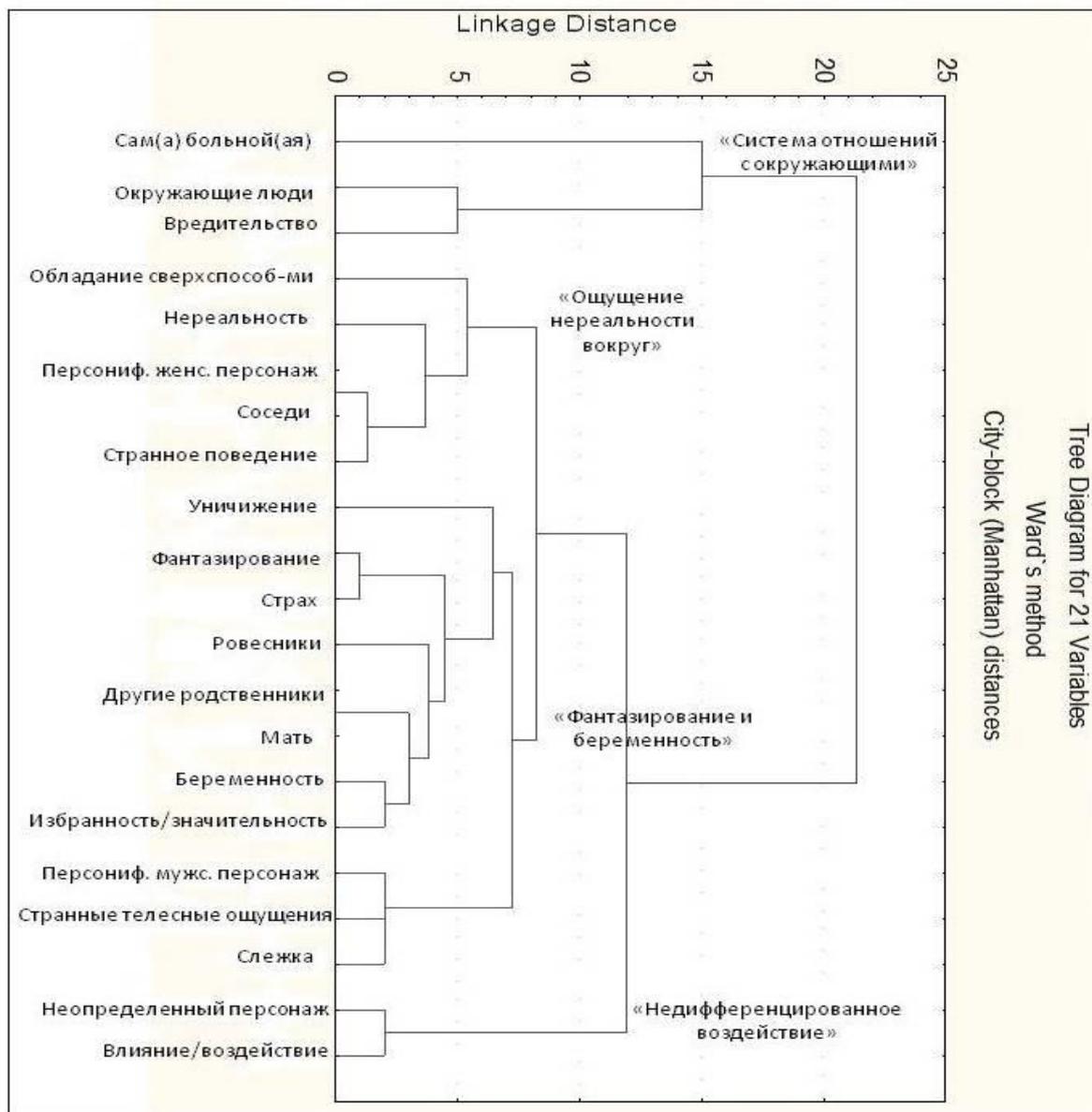


Рис. 3. Кластерная структура содержания бреда у женщин с ранним дебютом шизофрении

Таким образом, дедуктивный контент-анализ содержания бреда при дебюте параноидной шизофрении позволяет работать не только с лексическим уровнем языка, но и с синтаксическим, что дает возможность более корректно анализировать смысл высказываний. Статистические процедуры обеспечивают представление иерархической структуры выделенных функций и персонажей.

Выводы

1. Психолингвистический анализ выявляет половозрастную специфику содержания бреда при дебюте параноидной шизофрении.

2. Применение психолингвистического анализа к содержанию бреда при шизофрении позволяет выделять основные темы болезненных переживаний пациентов разного пола и возраста.

Литература

1. *Базыма Б.А.* Психология цвета: Теория и практика. СПб.: Речь, 2005. 193 с.
2. *Бурлачук Л.Ф.* Психодиагностика. СПб.: Питер, 2006. 351 с.
3. *Бушмакина О.Н.* Философия постмодернизма: учеб. пособие. Ижевск: изд-во УдГУ, 2003. 152 с.
4. *Войтенко Р.М.* Пограничные состояния: избранные вопросы. СПб.: [Б. и.], 2011. 252 с.
5. *Деррида Ж.* О грамматики / Пер. с фр. и вст. ст. Н. Автономовой. М.: Ad Marginem, 2000. 520 с.
6. *Еремеев Б.А.* Психометрика мнений о людях: дисс. ... д-ра психол. наук. СПб., 2003. 350 с.
7. *Еремеев Б.А.* Текст как предмет психологического исследования в контексте семиотической парадигмы // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2013. Т. 13. № 3. С. 102–106.
8. *Ильичёв А.Б.* Бредовые идеи: Клинико-семантическое исследование темы «игра» в рамках персекуторного бреда: дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2001. 200 с.
9. *Марилев В.В.* Общая психопатология: учеб. пособие для вузов. М.: Академия, 2009. 219 с.
10. *Микиртумов Б.Е., Ильичёв А.Б.* Семантическое исследование темы «игры» в структуре персекуторного бреда // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. Т. 102. № 4. С. 57–58.
11. *Микиртумов Б.Е., Ильичёв А.Б.* Клиническая семантика психопатологии. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: изд-во СПбГПМА, 2007. 216 с.
12. *Микиртумов А.Б., Завитаев П.Ю.* Аутизм: История вопроса и современный взгляд. СПб.: Н-Л, 2012. 94 с.
13. *Плохинский Н.А.* Биометрия. 2-е изд. М.: изд-во МГУ, 1970. 367 с.

Горьковая И.А., Рождественский В.И.
Опыт психолингвистического анализа содержания
бреда при дебюте параноидной шизофрении
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 30–49.

Gorkovaia I.A., Rozhdestvenskiy V.I. The Experience of
Delusion Content Psycholinguistic Analysis in
Paranoid Schizophrenia Onset
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 30–49.

14. *Пропп В.Я.* Морфология сказки. Л.: Academia, 1928. 152 с.

15. *Расказова Е.И., Ениколопов С.Н.* Применение рисуночной методики МОБиС в диагностике имплицитного и эксплицитного отношения к болезни (на примере непсихотических расстройств юношеского возраста) // *Диагностика в медицинской (клинической) психологии: Современное состояние и перспективы: Коллективная монография / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. М.: Сам Полиграфист, 2016. С. 95–108.*

16. *Рождественский В.И.* Образы родителей как возможные мишени психотерапии при параноидной шизофрении // *Материалы IV Международной конференции «Психология человека в условиях здоровья и болезни» (г. Тамбов, 4 июня 2014 г.). Тамбов, 2014. С. 74–79.*

17. *Рождественский В.И.* Половые различия в фабуле бреда у лиц с параноидной шизофренией [Электронный ресурс] // *Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6. URL: <http://www.science-education.ru/120-17066> (дата обращения: 26.02.2017).*

18. *Рождественский В.И.* Функции персонажей в содержании бреда у мужчин, страдающих параноидной шизофренией // *Материалы VIII Международной научно-практической конференции «Будущее клинической психологии – 2014» (г. Пермь, 25 апреля 2014 г.). Пермь, 2014. С. 92–97.*

19. *Рождественский В.И.* Бредовые представления о себе и окружающих у больных шизофренией // *Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психологии и педагогики в современных условиях» (г. Санкт-Петербург, 14 января 2015 г.). СПб., 2015. С. 228–230.*

20. *Рождественский В.И.* Возрастные и половые различия в содержании бреда при шизофрении [Электронный ресурс] // *Фундаментальные исследования. 2015. № 2, ч. 1. С. 171–178. URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=36639> (дата обращения: 03.06.2017).*

21. *Рождественский В.И.* Кластерная структура содержания бреда у мужчин разного возраста, страдающих шизофренией // *Материалы XVI Съезда психиатров России «Психиатрия на этапах реформ: Проблемы и перспективы» (г. Казань, 23–26 сентября 2015 г.). СПб., 2015. С. 987–988.*

22. *Рождественский В.И., Трегубенко И.А.* Половозрастная специфика предметно-ассоциативной структуры бреда у больных шизофренией [Электронный ресурс] // *Психологические исследования. 2015. Т. 8. № 44. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 26.02.2017).*

23. *Рождественский В.И.* Содержание бреда при шизофрении: Половозрастной аспект // *Материалы научной конференции «Ананьевские чтения – 2015: Фундаментальные проблемы психологии» (г. Санкт-Петербург, 20–22 октября 2015 г.). СПб., 2015. С. 24–25.*

Горьковская И.А., Рожественский В.И.
Опыт психолингвистического анализа содержания
бреда при дебюте параноидной шизофрении
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 30–49.

Gorkovaia I.A., Rozhdestvenskiy V.I. The Experience of
Delusion Content Psycholinguistic Analysis in
Paranoid Schizophrenia Onset
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 30–49.

24. Случевская С.Ф., Бабин С.М., Некрасов В.А. Федор Измайлович Случевский – жизнь, прожитая под девизом «Поспешающие побеждают» [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 26.02.2017).
25. Случевский Ф.И. Атактическое мышление и шизофазия. Л.: Медицина, 1975. 160 с.
26. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. 3-е изд., перераб. М.: БИНОМ, 2012. 288 с.
27. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина, 1996. 228 с.
28. Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В. Исследование речевых нарушений при шизофрении. История и современное состояние проблемы // Психологическая наука и образование. 2015. Т. 20. № 2. С. 78–92.
29. Шизофрения: мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1972. 400 с.
30. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 1056 с.
31. Oades R.D. Neuropsychological and conditioned blocking performance in patients with schizophrenia: assessment of the contribution of neuroleptic dose? Serum levels and dopamine D-2 receptors occupancy // Behavioural Pharmacology. 2000. Vol. 11. № 3–4. P. 317–330.
32. Riecher Rossler A., Hafner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000. Vol. 102, № 407. P. 58–62.
33. Takahashi S. Age at onset of schizophrenia: gender differences and influence of temporal socioeconomic change // Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2000. Vol. 50. № 2. P. 144–147.

The Experience of Delusion Content Psycholinguistic Analysis in Paranoid Schizophrenia Onset

Gorkovaia I.A.,

Doctor in Psychology, professor, Department of human psychology, Institute of Psychology, Herzen State Pedagogical University of Russia; head of the Department of psychosomatics and psychotherapy, Faculty of clinical psychology, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia, iralgork@mail.ru

Rozhdestvenskiy V.I.,

PhD. (Psychology), clinical psychologist, Day Hospital No 3, City Psychoneurological Dispensary No. 7 (with Hospital); senior lecturer, Department of psychosomatics and psychotherapy, Faculty of clinical psychology, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia, countroz@mail.ru

The article presents the experience of delusion content psycholinguistic analysis in paranoid schizophrenia onset. The 100 medical histories of men and women who have the diagnosis of paranoid schizophrenia (F20.0) have been studied. The patients have been divided into four groups according to their sex and age (adolescence and the first period of maturity), when the disease onset had been. To implement the delusion content psycholinguistic analysis at a lexical level of language the inductive content analysis has been used and to do this at a syntactical level of language the deductive content analysis has been used. The statistical manipulation variants of content analysis's data and the ways of data graphic representation have been demonstrated. The conclusion that psycholinguistic analysis exposes the features of delusion content in the patients' groups sorted out according their sex and age when paranoid schizophrenia onset had been have been done.

Keywords: paranoid schizophrenia, delusion content, psycholinguistic analysis, content analysis.

References

1. Bazyma B.A. Psikhologiya tsveta: Teoriya i praktika [Color psychology: theory and practice]. Saint-Petersburg: Rech', 2005. 193 p.

2. Burlachuk L.F. Psikhodiagnostika [Psychodiagnostics]. Saint-Petersburg: Piter, 2006. 351 p.
3. Bushmakina O.N. Filosofiya postmodernizma: Uchebnoe posobie [Post-modernism philosophy]. Izhevsk: publ. of Udmurtskii universitet, 2003. 152 p.
4. Voitenko R.M. Pogranichnye sostoyaniya: Izbrannye voprosy [Borderline states: selected issues]. Saint-Petersburg: [s. n.], 2011. 252 p.
5. Derrida Zh. O grammatologii [Of grammatology]. Moscow: Ad Marginem, 2000. 520 p. (In Russ.).
6. Ereemeev B.A. Psikhometrika mnenii o lyudyakh. Diss. dokt. psikhol. nauk. [Psychometrics of the opinions of people. Dr. Sci. (Psychology) diss.]. Saint-Petersburg, 2003. 350 p.
7. Ereemeev B.A. Tekst kak predmet psikhologicheskogo issledovaniya v kontekste semioticheskoi paradigmat [Text as the subject of psychology research within a semiotic paradigm context]. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiiskogo Slavyanskogo universiteta* [Bulletin of Kyrgyz-Russian Slavic University], 2013, vol. 13, no. 3, pp. 102–106.
8. Il'ichev A.B. Bredovye idei: Kliniko-semanticheskoe issledovanie temy "igra" v ramkakh persekutornogo bredda. Dis. kand. med. nauk [Delusion ideas: the clinicosemantic study of a "play" subject in delusion of persecution. Ph. D. (Medicine) diss.]. Saint-Petersburg, 2001. 200 p.
9. Marilov V.V. Obshchaya psikhopatologiya: Uchebnoe posobie dlya vuzov [General psychopathology]. Moscow: Akademiya, 2009. 219 p.
10. Mikirtumov B.E., Il'ichev A.B. Semanticheskoe issledovanie temy "igry" v strukture persekutornogo bredda [Semantic study of a "play" subject in the structure of delusion of persecution]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry], 2002, vol. 102, no. 4, pp. 57–58. (In Russ., Abstr. in Engl.).
11. Mikirtumov B.E., Il'ichev A.B. Klinicheskaya semantika psikhopatologii [Clinical semantics of psychopathology]. 2nd ed. Saint-Petersburg: publ. of SPbGPMA, 2007. 216 p.
12. Mikirtumov A.B., Zavitaev P.Yu. Autizm: Istoriya voprosa i sovremennyyi vzglyad [Autism: a background and contemporary ideas]. Saint-Petersburg: N-L, 2012. 94 p.
13. Plokhinskii N.A. Biometriya [Biometric theory]. 2nd ed. Moscow: publ. of MGU, 1970. 367 p.
14. Propp V.Ya. Morfologiya skazki [Fairy tale morphology]. Leningrad: Academia, 1928. 152 p.
15. Rasskazova E.I., Enikolopov S.N. Primenenie risunochnoi metodiki MOBis v diagnostike implitsitnogo i eksplitsitnogo otnosheniya k bolezni (na primere nepsikhoticheskikh rasstroistv yunosheskogo vozrasta) [Application of the MOBis drawing technique for diagnosing implicit and explicit disease attitude (by way of the example of

nonpsychotic disorders in adolescence)]. In Zvereva N.V., Roshchina I.F. (eds.) *Diagnostika v meditsinskoi (klinicheskoi) psikhologii: Sovremennoe sostoyanie i perspektivy: Kollektivnaya monografiya* [Diagnosics in medical (clinical) psychology: contemporary state and prospects]. Moscow: Sam Poligrafist, 2016, pp. 95–108.

16. Rozhdestvenskiy V.I. Obrazy roditelei kak vozmozhnye misheni psikhoterapii pri paranoidnoi shizofrenii [Images of parents as the potential psychotherapeutic goals in paranoid schizophrenia]. In *Materialy IV Mezhdunarodnoi konferentsii "Psikhologiya cheloveka v usloviyakh zdorov'ya i bolezni"* (g. Tambov, 4 iyunya 2014 g.) [Proceedings of the Fourth International Conference "Human Psychology in disease and health"]. Tambov, 2014, pp. 74–79.

17. Rozhdestvenskiy V.I. Polovye razlichiya v fabule bredda u lits s paranoidnoi shizofreniei [Elektronnyi resurs] [Sex differences in the delusion plot of the subjects with paranoid schizophrenia]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern Problems of Science and Education], 2014, no. 6. URL: <http://www.science-education.ru/120-17066> (Accessed 26.02.2017). (In Russ., Abstr. in Engl.).

18. Rozhdestvenskiy V.I. Funktsii personazhei v sodержanii bredda u muzhchin, stradayushchikh paranoidnoi shizofreniei [Characters' functions of a delusion plot in men with paranoid schizophrenia]. In *Materialy VIII Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii "Budushchee klinicheskoi psikhologii — 2014"* (g. Perm', 25 aprelya 2014 g.) [Proceedings of the Eighth International Scientific and Practical Conference "Future of Clinical Psychology — 2014"]. Perm, 2014, pp. 92–97.

19. Rozhdestvenskiy V.I. Bredovye predstavleniya o sebe i okruzhayushchikh u bol'nykh shizofreniei [Delusion conceptions of themselves and people around themselves in schizophrenic patients]. In *Materialy Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii "Aktual'nye voprosy psikhologii i pedagogiki v sovremennykh usloviyakh"* (g. Sankt-Peterburg, 14 yanvarya 2015 g.) [Proceedings of the International Scientific and Practical Conference "Actual Problems of Psychology and Pedagogy in Contemporary Conditions"]. Saint-Petersburg, 2015, pp. 228–230.

20. Rozhdestvenskiy V.I. Vozrastnye i polovye razlichiya v sodержanii bredda pri shizofrenii [Elektronnyi resurs] [Age and sex differences in a delusion content in schizophrenia]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Fundamental Research], 2015, no. 2, part 1, pp. 171–178. URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=36639> (дата обращения: 03.06.2017). (In Russ., Abstr. in Engl.).

21. Rozhdestvenskiy V.I. Klasternaya struktura sodержaniya bredda u muzhchin raznogo vozrasta, stradayushchikh shizofreniei [Cluster structure of a delusion content in men of various ages with schizophrenia]. In *Materialy XVI S"ezda psikhiatrov Rossii "Psikhiatriya na etapakh reform: Problemy i perspektivy"* (g. Kazan', 23–26 sentyabrya 2015 g.) [Proceedings of the Sixteenth Congress of Russian Psychiatrists "Psychiatry in the Period of Reforms: Problems and Prospects"]. Saint-Petersburg, 2015, pp. 987–988.

22. Rozhdestvenskiy V.I., Tregubenko I.A. Polovozrastnaya spetsifika predmetno-assotsiativnoi struktury bredda u bol'nykh shizofreniei [Elektronnyi resurs] [Sex and age

features of object-associative structure of schizophrenic patients' delusion]. *Psikhologicheskie issledovaniya [Psychological Research]*, 2015, vol. 8, no. 44. URL: <http://psystudy.ru> (Accessed 26.02.2017). (In Russ., Abstr. in Engl.).

23. Rozhdestvenskiy V.I. Soderzhanie bredda pri shizofrenii: Polovozrastnoi aspekt [Delusion content in schizophrenia: sex and age aspect]. In *Materialy nauchnoi konferentsii "Anan'evskie chteniya — 2015: Fundamental'nye problemy psikhologii"* (g. Sankt-Peterburg, 20–22 oktyabrya 2015 g.) [*Proceedings of the Scientific Conference "Ananiev Reading – 2015. Fundamental Problems of Psychology"*]. Saint-Petersburg, 2015, pp. 24–25.

24. Sluchevskaya S.F., Babin S.M., Nekrasov V.A. Fedor Izmailovich Sluchevskii – zhizn', prozhitaya pod devizom "Pospeshayushchie pobezhdayut" [Elektronnyi resurs] [Fedor Izmailovich Sluchevskiy – life that has been spent on the "Who are in hurry conquers" motto]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn [Medical Psychology in Russia]*, 2012, no 2. URL: <http://medpsy.ru> (Accessed 26.02.2017).

25. Sluchevskii F.I. Atakticheskoe myshlenie i shizofaziya [Atactic thinking and schizophasia]. Leningrad: Meditsina, 1975. 160 p.

26. Tsirkin S.Yu. Analiticheskaya psikhopatologiya [Analytic psychopathology]. 3rd ed. Moscow: BINOM, 2012. 288 p.

27. Shakhmatov N.F. Psikhicheskoe starenie: schastlivoe i boleznennoe [Psychic aging: happy and unhealthy]. Moscow: Meditsina, 1996. 228 p.

28. Shvedovskii E.F., Zvereva N.V. Issledovanie rechevykh narushenii pri shizofrenii. Istoriya i sovremennoe sostoyanie problem [Studies of speech disorders in schizophrenia. History and state-of-the-art]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science & Education]*, 2015, vol. 20, no. 2, pp. 78–92. (In Russ., Abstr. in Engl.).

29. Snezhnevskiy A.V. (ed.) Shizofreniya: mul'tidistsiplinarnoe issledovanie [Schizophrenia: multidisciplinary research]. Moscow: Meditsina, 1972. 400 p.

30. Yaspers K. Obshchaya psikhopatologiya [General psychopathology]. Moscow: Praktika, 1997. 1056 p. (In Russ.).

31. Oades R.D. Neuropsychological and conditioned blocking performance in patients with schizophrenia: assessment of the contribution of neuroleptic dose? Serum levels and dopamine D-2 receptors occupancy. *Behavioural Pharmacology*, 2000, vol. 11, no. 3–4, pp. 317–330.

32. Riecher-Rossler A., Hafner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, vol. 102, no. 407, pp. 58–62.

33. Takahashi S. Age at onset of schizophrenia: gender differences and influence of temporal socioeconomic change. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2000, vol. 50, no. 2, pp. 144–147.

Сравнительный анализ слухоречевой, зрительной и двигательной памяти у детей младшего школьного возраста с перинатальной гипоксией

Горячева Т.Г.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра клинической психологии, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»; кафедра нейро- и патопсихологии развития, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, goriatcheva_tg@mail.ru

Шаль Л.Г.,

педагог-психолог, ГБОУ «Школа №1321 “Ковчег”»; старший преподаватель, кафедра клинической, нейро- и патопсихологии ФГБОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет», Москва, Россия, larionoval@yandex.ru

Рихтер С.В.,

младший научный сотрудник, лаборатория изучения интегративной деятельности головного мозга и восстановления сна, ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Россия, richter.s@mail.ru

Данная статья посвящена результатам исследования особенностей памяти у детей младшего школьного возраста, имеющих перинатальную гипоксию в анамнезе, и сравнению результатов с данными, полученными в ходе исследования условно здоровых сверстников. В исследовании приняли участие 32 ребенка в возрасте от 6 до 8 лет, из них 16 человек имели в анамнезе перинатальную гипоксию; 16 человек не имели перинатальную патологию центральной нервной системы. На основании полученных результатов было выявлено, что дети, перенесшие гипоксию, имеют меньший объем воспроизведения и более низкую продуктивность модально-специфических форм памяти, которые подвергаются большему влиянию интерферирующего воздействия, чем у условно здоровых детей.

Ключевые слова: перинатальная гипоксия, младший школьный возраст, слухоречевая память, зрительная память, двигательная память, интерференция.

Для цитаты:

Горячева Т.Г., Шаль Л.Г., Рихтер С.В. Сравнительный анализ слухоречевой, зрительной и двигательной памяти у детей младшего школьного возраста с перинатальной гипоксией [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 50–63. doi: 10.17759/psychclin.2017060205

For citation:

Goryacheva T.G., Shal L.G., Rikhter S.V. Comparative Analysis of Audio-Verbal, Visual and Motor Memory in School-Age Children with Perinatal Hypoxia [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 50–63. doi: 10.17759/psychcln. 2017060205 (In Russ., abstr. in Engl.)

Знания хранятся в нашей памяти вовсе не так, как товары на складе или книги в библиотеке – они хранятся в виде свернутых кодов и тех сокращенных схем, по которым общая система восстанавливается так легко.

А.Р. Лурия («Потерянный и возвращенный мир (история одного ранения)», 1971

Введение

Актуальность данной темы обусловлена тем, что мнестические процессы играют важную роль для младшего школьника. Уже в первом классе у детей вырабатывается различение задач по разным способам запоминания: что-то нужно запомнить буквально, что-то выучить механически, что-то пересказать своими словами. В младшем школьном возрасте ребенок овладевает приемами запоминания. Первоначально школьники пользуются самыми простыми способами: длительным рассматриванием материала, многократным повторением материала при расчленении его на части, как правило, не совпадающие со смысловыми единицами. Самоконтроль за результатами запоминания осуществляется на уровне узнавания [10].

Усвоение учебного материала происходит путем его механического и смыслового запоминания, а также последующего воспроизведения. В связи с этим вследствие дисмнестических нарушений в сочетании с другими нарушениями, которые характерны для перинатальных поражений ЦНС, может снижаться успеваемость и, как следствие, возникают трудности в личностно-эмоциональной и поведенческой сферах ребенка [9].

Другой аспект актуальности связан с тем, что в последнее время увеличилось число неблагоприятных течений беременности и родов, где одним из осложнений является развитие гипоксии у ребенка. В структуре детской инвалидности перинатальные поражения нервной системы составляют около 50%, причем это

заболевания нервной системы, приводящие в 70-80% случаев к инвалидизации [11]. Перинатальная гипоксия в настоящее время занимает ведущее место в структуре причин перинатальной смертности (от 40 до 70%) и является причиной 30-80% повреждений центральной нервной системы у плода и новорожденного, что в свою очередь приводит к различным нарушениям соматического и нервно-психического развития детей, причем степень выраженности этих патологических отклонений зависит от длительности и тяжести гипоксии [12]. Однако ввиду минимальности и парциальности отклонений в работе ЦНС большая доля детей с перинатальной патологией ЦНС часто не попадает в поле зрения специалистов. В то же время вследствие повреждения ЦНС у детей, перенесших гипоксию, выявляются нарушения когнитивных функций, в том числе нарушения памяти, что подтверждено авторами многочисленных исследований, в частности, нейропсихологических [1; 3; 4; 5; 6; 7].

Цель и задачи исследования. Целью исследования являлось изучение процессов памяти у детей младшего школьного возраста с гипоксией.

Для достижения цели необходимо было решить следующие задачи:

- 1) исследовать показатели модально-специфических форм памяти у детей с гипоксией и у условно здоровых детей контрольной группы;
- 2) выявить специфику влияния перинатальной гипоксии на продуктивность запоминания и сохранность следов памяти под влиянием интерферирующего воздействия;
- 3) определить взаимосвязь между результатами запоминания материала разных модальностей (вербальной, зрительной, моторной) и перенесенной перинатальной гипоксией.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 32 ребенка – учащиеся первых классов, в возрасте от 6 до 8 лет (из которых 2 ребенка (21,9%) – 6 лет, 26 человек (68,7%) – 7 лет и 4 человека (9,4%) – 8 лет). Из них 16 человек, которые вошли в 1-ю группу (экспериментальную), имели в анамнезе перинатальную гипоксию, а другие 16 человек, вошедшие во 2-ю группу (контрольную), не имели в анамнезе гипоксии. Группы были сформированы исходя из результатов психологического исследования, а именно показателей уровней когнитивного и эмоционально-личностного развития, достаточных для обучения в первом классе. По возрасту группы распределились: 1-я группа – дети 7-8 лет (7 лет – 14 человек, 8 лет – 2 человека), 2-я группа – дети 6-8 лет (6 лет – 2 человека, 7 лет – 12 человек, 8 лет – 2 человека). Исследование проводилось в общеобразовательной школе № 1321 «Ковчег».

Диагностика памяти у детей проводилась индивидуально. Экспериментально-психологические методы были представлены следующими нейропсихологическими **пробами**: методика «Заучивание 7 слов»; методика «2 группы по 3 слова»; методика «Пересказ рассказа»; методика «5 трудновербализуемых фигур»; проба «Кулак–

ребро–ладонь с конкурирующей программой». Данные методы были выбраны в связи с тем, что являются классическими для оценки памяти в младшем школьном возрасте и позволяют исследовать различные компоненты произвольных видов памяти (зрительной, слухоречевой, двигательной). Они дают возможность оценить следующие параметры: запоминание и продуктивность как длительность формирования следов памяти (количество предъявлений для запоминания). Объем памяти оценивался как воспроизведение стимулов после воздействия интерференции, а влияние интерференции – как воздействие побочных раздражителей на следы памяти [2; 8]. Также была использована специально разработанная для данного исследования проба «Повторы движений с наращиванием элементов». Данная методика была разработана с целью оценки возможности запоминания и воспроизведения последовательности действий, так как в процессе учебной деятельности ребенку необходимо запоминание и точное воспроизведение определенных действий, в частности, реализуемых в письме.

В рамках последней методики ребенку предлагалось:

1. поднять правую руку;
2. действие 1 + вытянуть указательный палец;
3. действия 1 и 2 + отклонить руку вправо;
4. действия 1-3 + дотронуться до носа;
5. действия 1-4 + дотронуться до левого уха;
6. действия 1-5 + отклонить руку вправо;
7. действия 1-6 + опустить руку.

Результат оценивался в баллах: по одному за каждое правильно выполненное движение. Условно здоровым детям доступно воспроизведение всех 7 повторов в полном объеме.

Анализ проводился компьютерной программой анализа статистических данных SPSS.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования было выявлено, что у детей с гипоксией продуктивность воспроизведения *слухоречевого стимульного материала* при непосредственном воспроизведении несколько ниже (58,6%) в сравнении с детьми без перинатальной патологии (62,9%), однако значимых различий нет ($p > 0,05$).

Продуктивность при последующих предъявлениях в контрольной группе (2-я группа) значительно выше (рис. 1). После второго предъявления дети контрольной группы в среднем верно воспроизводили 5,9 слов, а дети с гипоксией – 4,4 ($p \leq 0,05$). После третьего предъявления дети контрольной группы воспроизводили 6,5 слов, а дети с гипоксией – 5,6 слов. Различия достоверные ($p \leq 0,01$), тенденция сохраняется на протяжении последующих предъявлений ($p \leq 0,05$).

При отсроченном воспроизведении в контрольной группе дети правильно называли в среднем 6,6 слов (продуктивность – 94,2%), перенесшие гипоксию – 3,0 слова (42,9%). Различия в группах также достоверные ($p \leq 0,01$).

Продуктивность слухоречевого запоминания после гомогенной интерференции снизилась на 51,6% у детей с гипоксией, а у условно здоровых детей – на 4,3% ($p \leq 0,01$).

При данном анализе уровень различий определялся с помощью U-критерия Манна–Уитни.

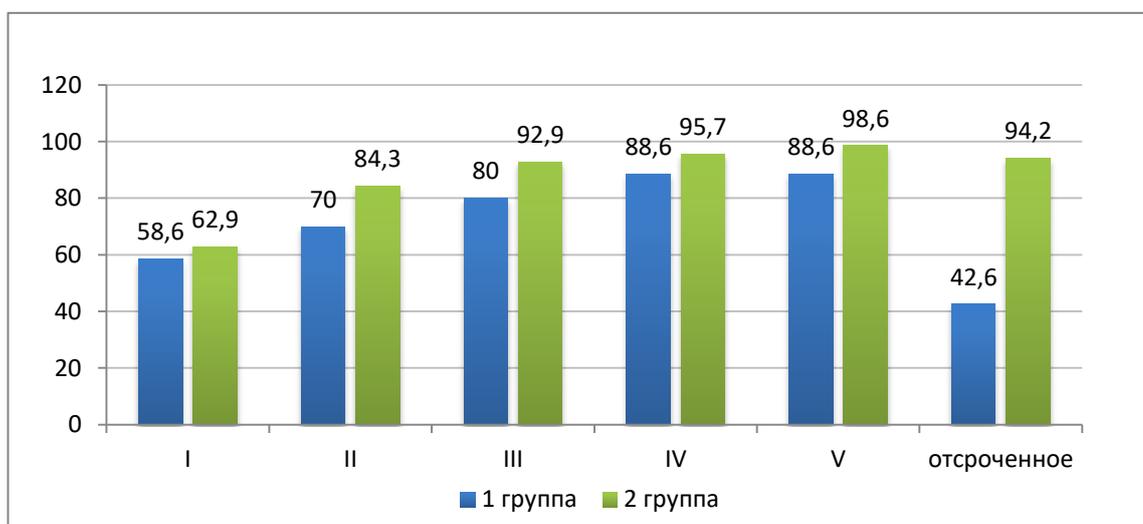


Рис. 1. Профиль продуктивности запоминания слухоречевой информации в пробе «7 слов» (средние значения)

После первого предъявления пробы «Запоминание 2-х групп по 3 слова» дети с гипоксией воспроизводили на 0,3 слова меньше, чем участники из контрольной группы, при этом объем запоминаемой слухоречевой информации не имел значимых различий ($p > 0,05$). Значимые различия выявлялись в продуктивности произвольного запоминания ($p \leq 0,05$).

Продуктивность выполнения заданий в условиях последующих повторов сразу после предъявления материала в группе детей с перинатальной гипоксией также значимо не отличалась во всех заданиях, в том числе и при отсроченном воспроизведении групп слов ($p > 0,05$). В сравнении с детьми из контрольной группы слухоречевая память детей с гипоксией характеризовалась значительно меньшим объемом произвольного запоминания во втором и третьем предъявлениях ($p \leq 0,01$), а также большей тормозимостью следов в условиях гетерогенной интерференции ($p \leq 0,01$). Кратковременная память у детей с гипоксией в анамнезе была ниже на 12,5%, а долговременная – на 38%, чем у детей из контрольной группы.

На рис. 2 видно, что количество сохраненных элементов в группе детей с перинатальной гипоксией после влияния гетерогенной интерференции

уменьшилось на 31,1% по сравнению с результатами детей в контрольной группе (10,7%) ($p \leq 0,01$).

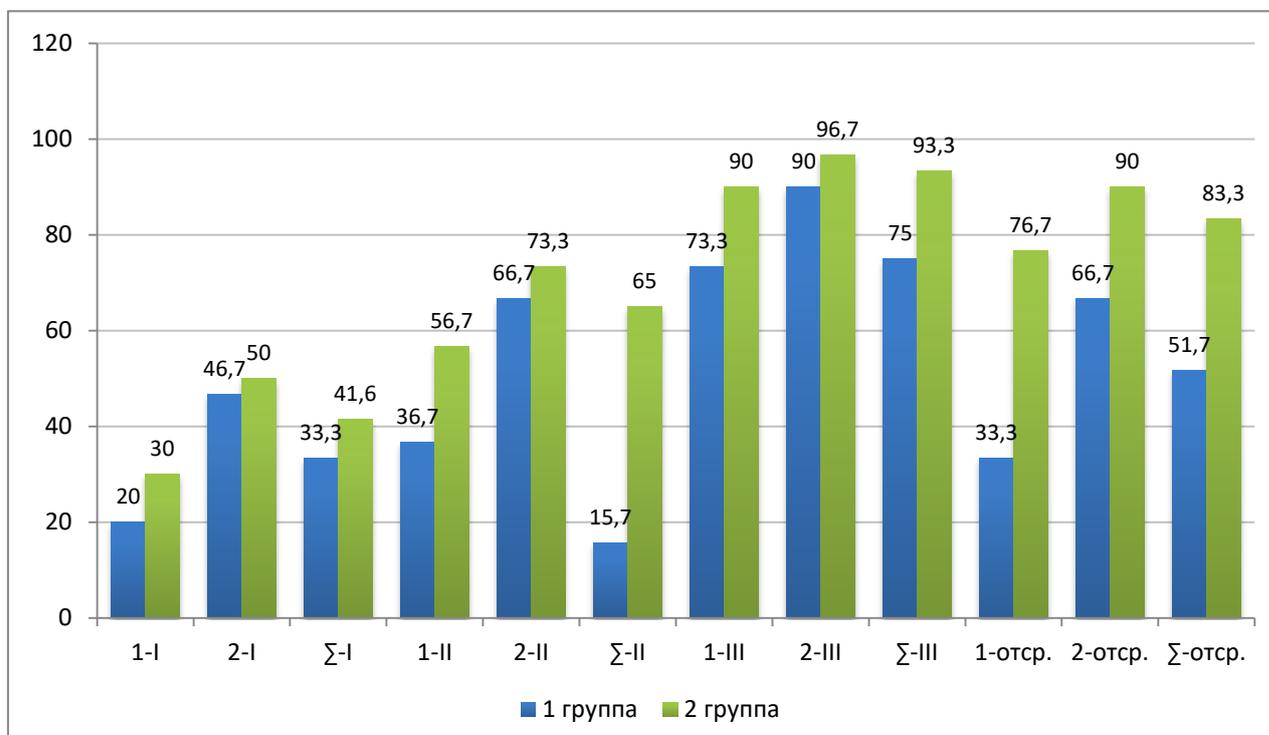


Рис. 2. Профиль продуктивности запоминания слухоречевой информации в пробе «2 группы по 3 слова» (среднее количество слов)

Примечание. Σ-I – суммарный показатель продуктивности после первого предъявления; Σ-II – суммарный показатель продуктивности после второго предъявления; Σ-III – суммарный показатель продуктивности после третьего предъявления; Σ-отср. – суммарный показатель продуктивности отсроченного воспроизведения.

В сравнении с результатами, полученными в пробе «7 слов», можно сказать, что у детей, перенесших перинатальную гипоксию, гетерогенная интерференция оказывала меньшее влияние на сохранение слухоречевой информации, чем гомогенная, что характерно для «слабости» левополушарных функций.

При проведении пробы «Пересказ рассказа» отмечались более высокая продуктивность произвольного запоминания смысловой информации у условно здоровых детей ($p \leq 0,01$) и отсутствие значимых различий в продуктивности непроизвольной памяти ($p > 0,05$).

После гетерогенной интерференции продуктивность воспроизведения смыслового материала у детей с гипоксией снизилась на 5,6%, у детей контрольной группы – на 4,8% (рис. 3). Данные не достигают уровня статистической значимости ($p > 0,05$).

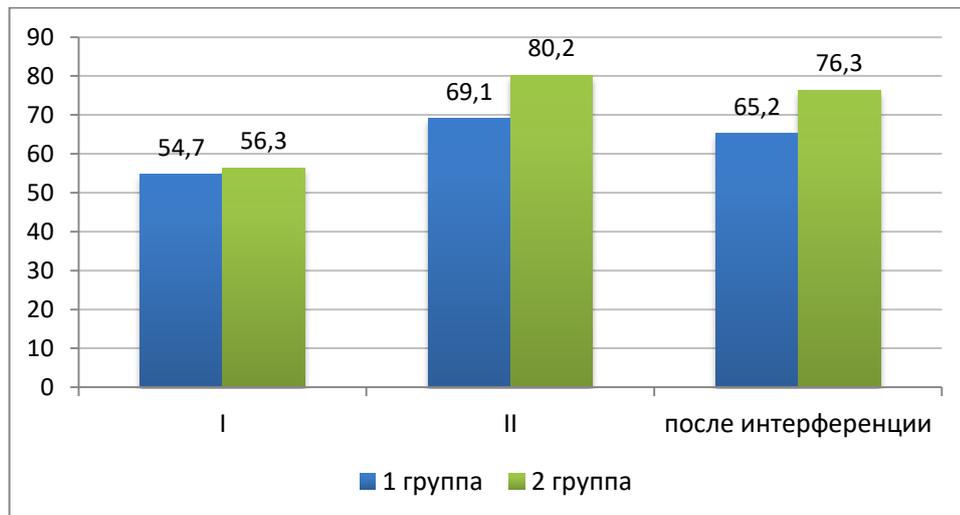


Рис. 3. Профиль продуктивности смыслового запоминания слухоречевой информации в пробе «Пересказ рассказа» (среднее количество слов)

Результаты исследования *зрительной памяти*, оцениваемой при выполнении пробы «5 трудновербализуемых фигур», представлены на рис. 4.

Согласно полученным данным, после гетерогенного интерферирующего воздействия дети с гипоксией в сравнении с детьми без перинатальных рисков воспроизводили значительно меньше зрительных стимулов ($p \leq 0,05$). Продуктивность при отсроченном припоминании у них была на 20% меньше, чем в контрольной группе.

Продуктивность воспроизведения зрительного стимульного материала при первом воспроизведении, а также после многократного предъявления в обеих группах не имела значимых различий ($p > 0,05$).

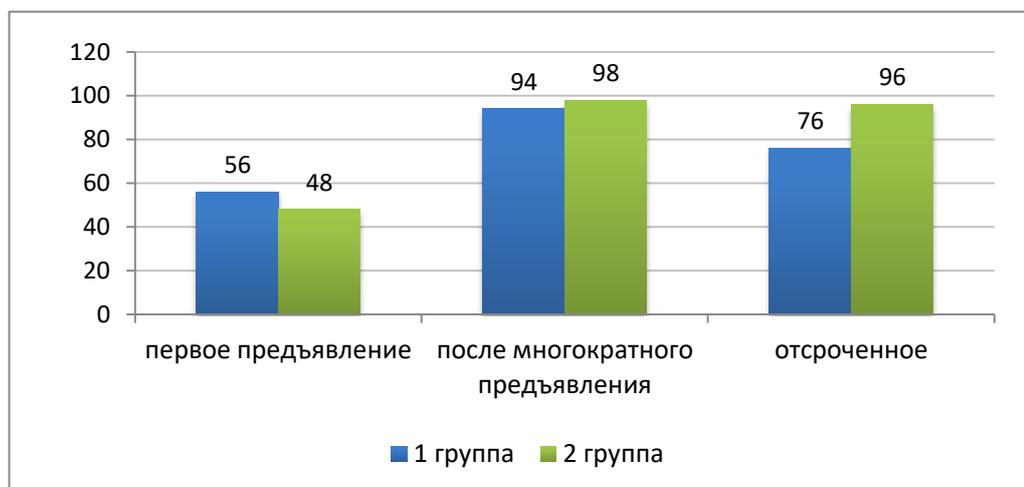


Рис. 4. Профиль продуктивности воспроизведения зрительного стимульного материала в пробе «5 трудновербализуемых фигур» (средние показатели)

Для исследования *двигательной памяти* были использованы пробы «Кулак–ребро–ладонь с конкурирующей программой» и «Повторы движений с наращиванием».

При выполнении пробы «Кулак–ребро–ладонь с конкурирующей программой» анализу подвергалась продуктивность долговременной двигательной памяти.

При отсроченном воспроизведении правильно выполнили первую программу движений («кулак–ребро–ладонь» (КРЛ)) 43,7% детей с гипоксией и 68,7% детей контрольной группы ($p \leq 0,05$). Выполнение конкурирующей программы («ладонь–кулак–ребро» (ЛКР)) у детей с гипоксией в сравнении как с повтором КРЛ, так и с результатами детей из контрольной группы затруднено. Серию движений второй (конкурирующей) программы правильно смогли воспроизвести 31,2% детей с гипоксией (на 12,5% меньше, чем в первой серии) (табл. 1).

Таблица 1

**Анализ продуктивности долговременной двигательной памяти:
распределение детей по успешности отсроченного воспроизведения программ**

	%			
	Первая программа (КРЛ)		Вторая программа (ЛКР)	
	гипоксия	норма	гипоксия	норма
Выполнили	43,7	68,7	31,2	62,5
Не выполнили	56,3	31,3	68,8	37,5

Анализ результатов выполнения пробы «Повторы движений с наращиванием» (рис. 5) показал, что у детей с гипоксией продуктивность выполнения составила 84,2% (5,9 правильных повторов). В контрольной группе дети выполнили в среднем на 1 повтор больше (6,9 повторов), чем дети с гипоксией. Продуктивность воспроизведения в контрольной группе составила 98,6%, что значительно выше, чем в группе детей с перенесенной гипоксией ($p \leq 0,01$).

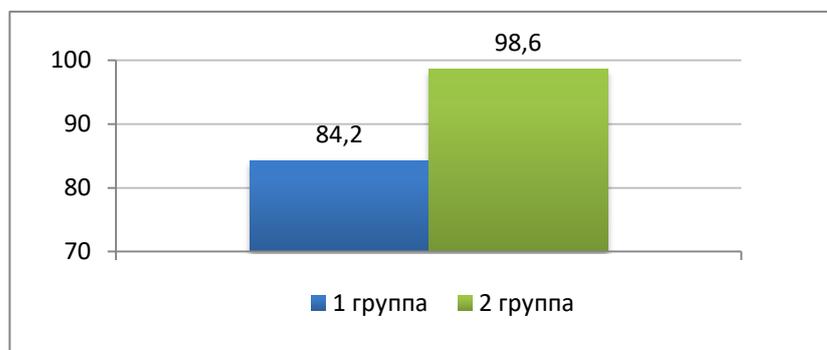


Рис. 5. Профиль продуктивности выполнения двигательной пробы «Повторы движений с наращиванием» (средние показатели)

В группе детей с гипоксией один ребенок (6,2%) к концу пробы смог повторить только четыре движения. Пять правильных повторов воспроизвели 31,2% детей; шесть – 25% детей с перенесенной гипоксией и 6,2% детей без патологии. Полностью все повторы воспроизвели 37,5% детей с перенесенной гипоксией и 93,7% условно здоровых детей.

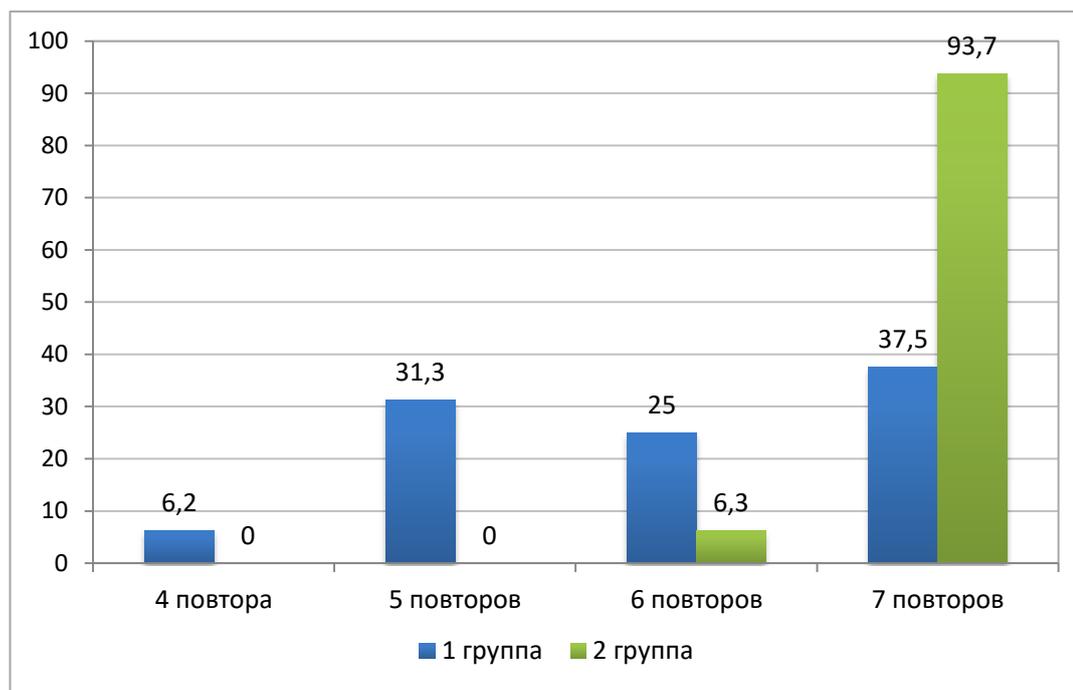


Рис. 6. Распределение детей по продуктивности выполнения двигательной пробы «Повторы движений с наращиванием»

Выводы

На основании полученных данных можно сделать выводы о том, что у большинства детей из контрольной группы при исследовании слухоречевой, зрительной и двигательной памяти выявились высокая продуктивность воспроизведения запоминаемой информации во всех пробах, полный объем запоминаемого материала и минимальное влияние интерферирующего воздействия на сохранность следов памяти. В единичных случаях у детей контрольной группы отмечались малая продуктивность запоминания и воспроизведения, неполный объем, а также более выраженная подверженность интерферирующему влиянию ввиду индивидуальных различий формирования высших психических функций, в частности, памяти.

Результаты исследования детей с перинатальной гипоксией показали, что объем слухоречевой оперативной кратковременной памяти у них ниже, чем у детей контрольной группы. Произвольное воспроизведение слухоречевой информации у детей с перинатальной гипоксией характеризуется значительно более низкой продуктивностью при выполнении всех проб, чем у детей без перинатальной

патологии. В слухоречевой памяти у детей с гипоксией выявлялась бóльшая тормозимость следов, то есть бóльшая подверженность следов памяти интерферирующему воздействию.

Объем непосредственного воспроизведения слухоречевой информации не имела значимых различий.

Кратковременная произвольная зрительная память детей с перинатальной гипоксией не имела таких выраженных различий, как слухоречевая, но в условиях перинатальной патологии она больше подвержена влиянию гетерогенной интерференции. Продуктивность при первом и последующих воспроизведениях зрительного стимульного материала не имела значимых различий, при этом объем зрительных стимулов при отсроченном воспроизведении был значительно меньше, чем в контрольной группе.

Дети с перинатальной гипоксией хуже выполняли задания на двигательную память. В данной группе выявились снижение тонуса при усвоении программ в динамическом праксисе и бóльшая подверженность следов памяти интерферирующему воздействию в сравнении с детьми без гипоксии.

У детей с перинатальной гипоксией отмечалась длительность формирования следов памяти как показатель низкой продуктивности (возможно, связанный с сужением объема воспринимаемой информации) слухоречевой и двигательной памяти. Отчетливым феноменом при анализе всех видов памяти является усиление тормозимости следов, то есть патологическая подверженность следов памяти интерферирующему воздействию, что говорит о дефиците памяти по модально-неспецифическому типу, что в свою очередь свидетельствует о функциональном дефиците системы энергетического обеспечения высших психических функций у детей младшего школьного возраста с гипоксией в анамнезе.

Литература

1. Агрис А.Р. Дефицит нейродинамических компонентов деятельности у детей с трудностями обучения: дисс... канд. псих. наук. М., 2014. 208 с.
2. Ахутина Т.В., Игнатьева С.Ю., Максименко М.Ю., Полонская Н.Н., Пылаева Н.М., Яблокова Л.В. Методы нейропсихологического обследования детей 6-8 лет // Вестник Московского Университета. Сер. 14. Психология. 1996. № 2. С. 12–17.
3. Ахутина Т.В. Нейропсихологический подход к диагностике трудностей обучения // Нейропсихология: Хрестоматия. 3-е изд. / Под ред. Е.Д. Хомской. СПб.: Питер, 2010. С. 865–870.
4. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. СПб.: Питер, 2008. 320 с.

Горячева Т.Г., Шаль Л.Г., Рихтер С.В. Сравнительный анализ слухоречевой, зрительной и двигательной памяти у детей младшего школьного возраста с перинатальной гипоксией
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 50–63.

Goryacheva T.G., Shal L.G., Rikhter S.V. Comparative Analysis of Audio-Verbal, Visual and Motor Memory in School-Age Children with Perinatal Hypoxia
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 50–63.

5. Гомбалеvская М.С. Особенности когнитивных функций детей 6-7-летнего возраста с последствиями гипоксического перинатального поражения центральной нервной системы // Сборники конференций. Прага.: изд-во Vedecko vydavatelske centrum Sociosfera-CZ, 2011. № 19. С. 53–56.

6. Гомбалеvская М.С. Психологические особенности детей с последствиями перинатального гипоксического поражения центральной нервной системы: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2012. 292 с.

7. Горячева Т.Г., Мисоченко М.С. Промежуточные результаты нейропсихологического анализа развития детей, имеющих риски перинатальной патологии // Педиатр. 2015. Т. 6. № 4. С. 90–96. Полонская Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста: Учеб. пос. для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2007. С. 12–20; 91–103.

8. Полонская Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста: Учеб. пос. для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2007. С. 12–20; 91–103.

9. Рихтер С.В. Нейропсихологический анализ особенностей памяти у детей, перенесших гипоксию в перинатальном периоде // Болезнь и здоровый образ жизни: Электронный сборник материалов IV Московской международной научно-практической конференции / Под ред. Д.Н. Чернова и Г.А. Адашинской. М.: изд-во РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2015. С. 26–28. URL: rsmu.ru/fileadmin/rsmu/img/news/2015/sbornik_tezisov_bizog_2015.pdf (дата обращения: 20.02.2017).

10. Сапогова Е.Е. Психология развития человека. М.: Аспект Пресс, 2005. 460 с.

11. Созаева Д.И., Бережанская С.Б. Патогенетические механизмы формирования церебральных нарушений у детей раннего возраста, перенесших гипоксию в перинатальном периоде // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 4. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=14340> (дата обращения: 31.05.2017).

12. Шабалов Н.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. и др. Патология плода // Основы перинатологии. Учебник для студентов мед. вузов, слушателей системы послевуз. и доп. мед. образования: 3-е изд., перераб. и доп. / Под ред. Н.П. Шабалова, Ю.В. Цвелева. М.: МЕДпресс-информ, 2004. С. 271–272.

Comparative Analysis of Audio-Verbal, Visual and Motor Memory in School-Age Children with Perinatal Hypoxia

Goryacheva T.G.,

PhD (Psychology), associate professor, Pirogov Russian National Research Medical University, MSUPE, Moscow, Russia, goriatcheva_tg@mail.ru

Shal L.G.,

educational psychologist, State budgetary educational institution "School №1321 'Kovcheg'"; senior lecturer, Department of clinical, neuro- and abnormal psychology, Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia, larionoval@yandex.ru.

Rikhter S.V.,

junior researcher, Federal Scientific Clinical Center of Critical Care Medicine and Rehabilitation, Moscow, Russia, richter.s@mail.ru

This article is devoted to the study of memory features for children of primary school age with perinatal central nervous system lesions in history, in particular, hypoxia. These results were compared with those obtained in a study of healthy peers. The study involved 32 children aged 6 to 8, of which 16 children had a o perinatal hypoxia in history and 16 without CNS perinatal pathology. Based on these results, it was found that children who have suffered hypoxia have a lower playback volume and productivity modal-specific forms of memory, which are subject to greater influence of interfering effects than that of healthy children.

Keywords: perinatal hypoxia, younger school age, audio-verbal memory, visual memory, motor memory, interference.

References

1. Agris A.R. Defitsit neirodinamicheskikh komponentov deiatel'nosti u detei s trudnostiami obucheniia: diss... kand. psikhol. nauk [Deficit of neural activity components in children with learning disabilities: PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 2014. 208 p.

2. Akhutina T.V., et al. Metody neiropsikhologicheskogo obsledovaniia detei 6-8 let [Methods of neuropsychological examination for children aged 6-8. *Vestnik Moskovskogo Universiteta. Ser. 14, Psikhologiya [Buletin of Moscow State University, Ser. 14, Psychology]*, 1996. no. 2, pp. 51–58.

3. Akhutina T.V. Neiropsikhologicheskii podkhod k diagnostike trudnostei obucheniia [Neuropsychological approach to diagnosis of learning difficulties]. In E.D. Khomskaya (Ed.) *Neiropsikhologiya: Khrestomatiia [Neuropsychology: Reading Book]*. 3d ed. Saint-Petersburg: Piter, 2010, pp. 865–870.

4. Akhutina T.V., Pylaeva N.M. Preodolenie trudnostei ucheniia: neiropsikhologicheskii podkhod [Overcoming learning difficulties: neuropsychologic approach]. Saint-Petersburg: Piter, 2008, 320 p.

5. Gombalevskaia M.S. Osobennosti kognitivnykh funktsii detei 6–7-letnego vozrasta s posledstviiami gipoksicheskogo perinatal'nogo porazheniia tsentral'noi nervnoi sistemy [Features of cognitive functions in children aged 6-7 with effects from perinatal hypoxic central nervous system]. *Sborniki konferentsii NITs Sotsiosfera [Proceedings of SIC Sociosphere conferences]*, 2011, no. 19, pp. 53–56.

6. Gombalevskaia M.S. Psikhologicheskie osobennosti detei s posledstviiami perinatal'nogo gipoksicheskogo porazheniia tsentral'noi nervnoi sistemy: diss. ... kand. psikhol. Nauk [Psychological characteristics of children with consequences of perinatal hypoxic lesions of the central nervous system: PhD (Psychology) diss.]. Saint-Petersburg, 2012. 292 p.

7. Goriacheva T.G., Misochenko M.S. Promezhutochnye rezul'taty neiropsikhologicheskogo analiza razvitiia detei, imeiushchikh riski perinatal'noi patologii [Interim results for test of neuropsychological development in children at risk of perinatal pathology]. *Pediatr [Pediatrician]*, 2015, vol. 6. no. 4, pp. 90–96.

8. Polonskaia N.N. Neiropsikhologicheskaiia diagnostika detei mladshogo shkol'nogo vozrasta: Uchebnoe posobie dlia stud. vyssh. ucheb. zavedenii [Neuropsychological diagnostics of primary school children: manual for college students. Proc. institutions]. Moscow: Akademiia, 2007, pp. 12–20; pp. 91–103.

9. Rikhter S.V. Neiropsikhologicheskii analiz osobennostei pamiati u detei, perenesshikh gipoksiu v perinatal'nom periode [Neuropsychological analysis of features in memory in children who underwent hypoxia in perinatal period]. In D.N. Chernova, G.A. Adashinskoi (Eds.) *Bolezn' i zdorovyi obraz zhizni: Elektronnyi sbornik materialov IV Moskovskoi mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii [Diseases and healthy lifestyle, electronic collection of materials of the IV Moscow international scientific-practical conference]*. Moscow: publ. of RNIMU im. N.I. Pirogova, 2015, pp. 26–28. URL: rsmu.ru/fileadmin/rsmu/img/news/2015/sbornik_tezisov_bizog_2015.pdf (Accessed: 20.02.2017).

Горячева Т.Г., Шаль Л.Г., Рихтер С.В. Сравнительный анализ слухоречевой, зрительной и двигательной памяти у детей младшего школьного возраста с перинатальной гипоксией
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 50–63.

Goryacheva T.G., Shal L.G., Rikhter S.V. Comparative Analysis of Audio-Verbal, Visual and Motor Memory in School-Age Children with Perinatal Hypoxia
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 50–63.

10. Sapogova E.E. Psikhologiya razvitiia cheloveka [Psychology of human development]. Moscow: Aspekt Press, 2005. 460 p.

11. Sozaeva D.I., Berezhnaskaia S.B. Patogeneticheskie mekhanizmy formirovaniia tserebral'nykh narushenii u detei rannego vozrasta, perenesshikh gipoksiu v perinatal'nom periode [Pathogenic mechanisms of brain damage in infants who underwent hypoxia in perinatal period]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia* [Modern problems of science and education], 2014, no. 4. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=14340> (Accessed: 31.05.2017).

12. Shabalov N.P., et al. Patologiya ploda [Pathology of the fetus]. In N.P. Shabalova, Iu.V. Tsveleva (Eds.) *Osnovy perinatologii. Uchebnik dlia studentov med. vuzov, slushatelei sistemy poslevuz. i dop. med. obrazovaniia* [Fundamentals of perinatology. Textbook for med. students universities, students in postgraduates and ext. med. Education], 3d ed. Moscow: MEDpress-inform, 2004, pp. 271–272.

Узнавание своего психического состояния родителями детей-пациентов

Солондаев В.К.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра общей психологии, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова», Ярославль, Россия, solond@yandex.ru

Конева Е.В.,

доктор психологических наук, доцент, заведующая кафедрой общей психологии, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова», Ярославль, Россия, ev-kon@yandex.ru

Лясникова Л.Н.,

магистр психологии, педагог-психолог, МДОУ «Детский сад №232», Ярославль, Россия, ljubascha.ljasnikova@yandex.ru

Исследовано узнавание ситуаций актуализации своего психического состояния родителями детей-пациентов. В двух этапах исследования приняли участие 70 матерей ($M_{\text{возр}} - 27,0$), имеющих детей в возрасте до 7 лет. На первом этапе с помощью методики «Рельеф психического состояния» (Прохоров, 1998) были получены оценки психических состояний в ситуациях стационарного лечения ребенка, «плохой» медицинской помощи, неприятностей на работе, «хорошей» медицинской помощи, а также в ситуации обычного (фоновое) психического состояния. По результатам первого этапа построены два набора описаний, которые на втором этапе предъявлялись для узнавания той же выборке. Первый набор описаний строился методами машинного обучения, второй набор – по схеме Е.Ю. Артемьевой (1999). Результаты показывают возможность узнавания ситуаций актуализации психического состояния родителями детей-пациентов, которая ограничена эмоциональной валентностью ситуации. Дифференциация ситуаций одной валентности затруднена. Состояние, актуализированное в одной ситуации, может быть экстраполировано на другие ситуации сходной эмоциональной валентности. Для узнавания ситуации актуализации состояния имеет значение способ построения описания переживаемого состояния.

Ключевые слова: субъект, родители детей-пациентов, психическое состояние, ситуация, педиатрия.

Для цитаты:

Солондаев В.К., Конева Е.В., Лясникова Л.Н. Узнавание своего психического состояния родителями детей-пациентов [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 64–82. doi: 10.17759/psyclin.2017060206

For citation:

Solondaev V.K., Koneva E.V., Lyasnikova L.N. Recognition of One's Own Mental State by Parents of Children-Patients [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 64–82. doi: 10.17759/psycljn.2017060206 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Судя по анализу литературных данных, проведенному В.В. Николаевой [11], исследования влияния соматической болезни на психику проводятся достаточно давно. В настоящее время психологические характеристики родителей детей-пациентов рассматриваются в контексте принятия решения и доверия к врачебным рекомендациям [21; 23; 24; 25; 30; 31]. В ряде работ говорится о взаимосвязи чувств родителей и адаптации семьи к хроническому заболеванию ребенка [9; 22; 26; 29], о чувствах родителей в связи с оказанием ребенку интенсивной терапии [27].

В то же время заметная часть медиков разделяет позицию, сформулированную К. Дёрнером: «Призрак бродит по медицине. Это – этика. Она прозрачна потому, что внезапный взрыв “моды” на медицинскую этику раздражает» [3, с. 16]. Сходную точку зрения высказывает Р. Тёлле: «Опыт решения собственных проблем можно приобрести только при клиническом обучении и совершенствовании под соответствующим руководством и супервизией. По этой причине учебник не берет на себя эту функцию. Это же касается и проблем взаимоотношений врача и больного» [19, с. 8-9]. Интерпретируя приведенные высказывания, можно предположить, что собственная психика и психика пациента не имеет большого значения в профессиональной картине медиков. И такая позиция медиков небезосновательна. Подтверждение выдвинутого предположения мы находим у О.С. Кобяковой с соавторами [6] и в работе А.П. Зильбера: «Основное негативное следствие всех медицинских революций, от которого проистекают многие этические и юридические несчастья, – это сокращение или даже утрата психологического контакта между больным и врачом. Мы бы даже назвали эту утрату контакта катастрофой» [4, с. 27].

Ситуация в педиатрии сложнее, чем во «взрослой» медицине. Кроме самого ребенка-пациента, здесь появляется второй субъект – родители. И в юридическом аспекте именно родители – главные субъекты, с которыми взаимодействует педиатр. Уже не только психика врача, но и психика родителей «не имеет большого значения», сохраняя при этом свое влияние на оказание медицинской помощи. А.В. Козлова, И.А. Алленова так характеризуют педиатрическую ситуацию: «В институте учат подходам к болезни, а не к родителю, чей ребенок болен. Но ведь усилия врача должны быть направлены не против родителя, а против болезни. Без

взаимодействия с родителем, сотрудничества с ним болезнь может выиграть» [7, с. 15].

Интегративная характеристика психологической составляющей медицинской помощи, на наш взгляд, может быть операционализирована как психическое состояние. Исследования психического состояния родителей не найдены нами в литературе по медицинской психологии, хотя это понятие достаточно давно и продуктивно используется в исследованиях судебно-экспертной проблематики [20], спорта [18], психологии личности [10].

Как считает А.О. Прохоров, психическое состояние отражается в сознании субъекта как образ – сложный психологический феномен, «в котором слиты воедино знание, переживание и отношение, где знание раскрывается на основе консолидации внутренних ощущений и субъективного опыта, переживание связано с осознанностью и рефлексивностью, а отношение выражает зависимость образа состояния от ситуаций и внутренних механизмов его возникновения, с одной стороны, и влияния образа состояния на регуляторные процессы жизнедеятельности субъекта (планирование, целеполагание, коррекцию и пр.) – с другой» [15, с. 63].

Следовательно, при взаимодействии педиатра с ребенком-пациентом и его родителями у последних актуализируется определенное состояние, регулирующее их дальнейшее поведение. Состояние неотделимо от ситуации, его актуализация «обусловлена взаимодействием ситуации (внешняя, предметная и социальная среда) и смысловой организации сознания» [14, с. 49].

В этой связи возникает вопрос о том, в какой мере родители ребенка-пациента понимают свое состояние. Описание психического состояния – достаточно сложная задача как для его «носителя», так и для исследователя. Ранее проведенное нами исследование показало, что испытуемые затрудняются дать словесное обозначение своего состояния [17].

Целью нашего исследования была оценка узнавания по вербальному описанию состояния той ситуации, в которой описанное психическое состояние актуализировалось.

Метод и процедура исследования

Мы анализировали описания состояний разными способами на основе данных методики «Рельеф психического состояния» [13]. На первом этапе исследования испытуемые оценивали свое состояние в субъективно определенных ситуациях, имевших место в прошлом опыте. Перечень ситуаций приведен ниже. На момент обследования дети испытуемых были практически здоровы, что позволило исключить влияние актуального состояния здоровья ребенка.

В исследовании участвовали 70 матерей, имеющих детей в возрасте до 7 лет. Медиана возраста испытуемых – 27 лет.

На первом этапе исследования по методике «Рельеф психического состояния» оценивались психические состояния в следующих ситуациях:

1. состояние матери в ситуации стационарного лечения ребенка;
2. состояние матери в ситуации «плохой» медицинской помощи (неудачного, по мнению матери, обращения с ребенком к врачу);
3. состояние матери в ситуации неприятностей на работе;
4. состояние матери в ситуации «хорошей» медицинской помощи (удачного, по мнению матери, обращения с ребенком к врачу).

Также респонденты оценивали свое обычное (фоновое) психическое состояние.

Ситуация неприятностей на работе была включена в список для оценки точности узнавания содержательно разных ситуаций сходной эмоциональной валентности.

Акцент на математико-статистической стороне результатов определяется необходимостью обеспечить максимальную доказательность при одновременном отражении качественного многообразия изучаемой психической реальности.

Обработка проводилась с помощью статистического программного пакета R [28].

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты первого этапа исследования графически представлены на рис. 1. Данные оценивались с помощью робастного дисперсионного анализа многомерного отклика [5, с. 330]. В целом оценки психического состояния статистически значимо изменяются в зависимости от ситуации: лямбда Уилкса = 0,52, $\chi^2 = 224$, $p \leq 0,001$.

С учетом полученных результатов было проведено попарное сравнение по критерию Вилкоксона в модификации Манна–Уитни. Далее в скобках приведены значения уровня значимости (p-value), скорректированные методом Холма для устранения эффекта множественных сравнений.

По параметру «психические процессы» (ПП):

Фоновое состояние отличается от состояния в ситуации стационарного лечения (0,001), в ситуации «плохой» медпомощи (0,001), неприятностей на работе (0,001) и не отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,650).

Состояние в ситуации стационарного лечения не отличается от состояния в ситуации «плохой» медпомощи (0,670), неприятностей на работе (0,160) и отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

Состояние в ситуации «плохой» медпомощи не отличается от состояния в ситуации неприятностей на работе (0,670) и отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

Состояние в ситуации неприятностей на работе отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

По параметру «физиологические реакции» (ФР):

Фоновое состояние отличается от состояния в ситуации стационарного лечения (0,001), состояния в ситуации «плохой» медпомощи (0,001), ситуации неприятностей на работе (0,001) и не отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,690).

Состояние в ситуации стационарного лечения не отличается от состояния в ситуации «плохой» медпомощи (0,330), ситуации неприятностей на работе (0,690) и отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

Состояние в ситуации «плохой» медпомощи отличается от состояния в ситуации неприятностей на работе (0,050) и от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,002).

Состояние в ситуации неприятностей на работе отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

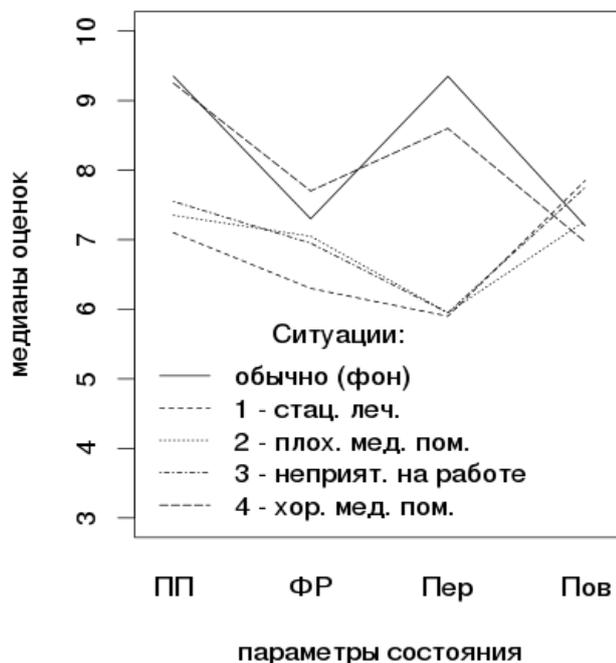


Рис. 1. Оценки психических состояний в различных ситуациях

Примечание. ПП – психические процессы; ФР – физиологические реакции; Пер – переживание; Пов – поведение.

По параметру «переживания» (Пер):

Фоновое состояние при уровне статистической значимости меньше 0,001 отличается от состояния в ситуации стационарного лечения, в ситуации «плохой»

медпомощи, в ситуации неприятностей на работе и в ситуации «хорошей» медпомощи.

Состояние в ситуации стационарного лечения не отличается от состояния в ситуации «плохой» медпомощи (0,440), в ситуации неприятностей на работе (0,990), но отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

Состояние в ситуации «плохой» медпомощи не отличается от состояния в ситуации неприятностей на работе (0,570) и отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

Состояние в ситуации неприятностей на работе отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

По параметру «поведение» (Пов) статистически значимые различия между оценками состояний отсутствуют.

Таким образом, оценки состояний в ситуациях стационарного лечения, «плохой» медпомощи, неприятностей на работе совпали по всем параметрам за одним исключением: ситуация стационарного лечения получила относительно низкие оценки по параметру «физиологические реакции». А оценки состояния в ситуации «хорошей» медпомощи полностью совпали с оценками фонового состояния. Характеризуя результаты первого этапа в целом, можно выделить две группы состояний, соответствующих различным по валентности (знаку) эмоциональной окраски группам ситуаций, – положительные и отрицательные. Оценки состояний в разных ситуациях почти не различаются между собой, если ситуации относятся к одной группе.

Определенный интерес представляет также оценка связи общего энергетического уровня фонового психического состояния родителей с полом ребенка. В популярном психологическом издании для родителей [8] отмечается, что родители считают важным обсуждение уровня активности мальчиков и девочек. Это неслучайно. Имеются отечественные научные данные об относительно более высокой эргичности мужчин [16]. Однако эргичность как свойство темперамента не должна быть прямо связана с характеристиками психического состояния; в повседневных ситуациях и в ситуациях «здоровье–болезнь» не выявлено явных различий в актуализации психических состояний у лиц с разными свойствами темперамента [14]. Энергетический уровень фонового психического состояния родителей мальчиков и девочек статистически оценивался двумя способами для повышения надежности результатов [12].

Первый способ – разделение оценок состояний в выборке на энергетически высоко- и низкоуровневые при помощи кластерного анализа (метода k-средних). Затем результаты кластеризации сопоставлялись с полом ребенка при помощи точного критерия Фишера, показавшего отсутствие статистически значимой связи между данными параметрами (OR=0,88, p=0,81).

Второй способ – оценка энергетического уровня по значению функции принадлежности испытуемого к группе с высоко- либо низкоуровневым фоновым состоянием. Функция принадлежности, в отличие от кластеризации, имеет непрерывное распределение, что потенциально может оказаться существенным. Мы использовали функцию нечеткой кластеризации («fanny» в программе R), затем сравнили значения функции принадлежности к группе с низкоуровневым психическим состоянием по критерию Вилкоксона в модификации Манна–Уитни, показавшему отсутствие статистически значимых различий ($W=584$, $p=0,85$).

Отсутствие связи между энергетическим уровнем фонового состояния родителей и полом ребенка косвенно подтверждает экологическую валидность полученных на первом этапе оценок психических состояний.

Полученные оценки психических состояний обрабатывались двумя способами: логистическим регрессионным анализом и по схеме Е.Ю. Артемьевой [1]. Пример логистического регрессионного анализа одной из шкал методики приведен на рис. 2.

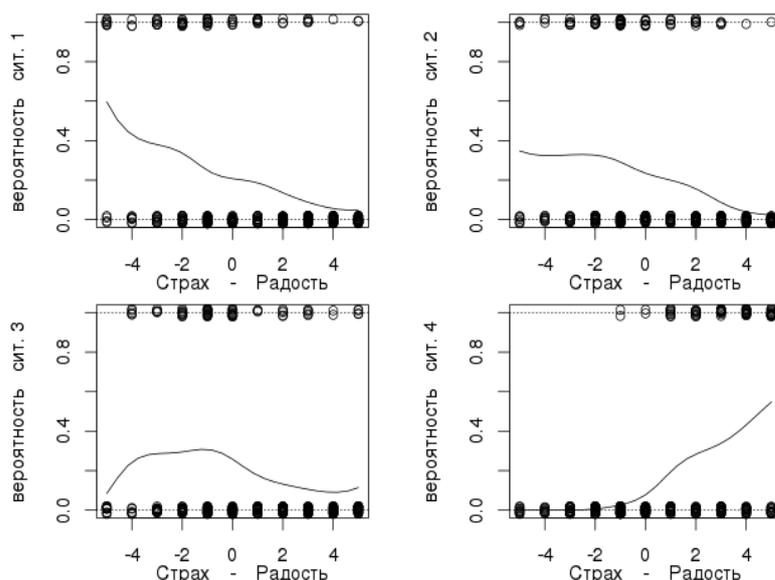


Рис. 2. Логистическая регрессия шкалы «Страх–радость» («Рельеф психического состояния») при разных ситуациях

Как мы видим, изменение оценок состояния по восьмой шкале методики «Рельеф психического состояния» сопровождается изменением вероятности отнесения ситуации к каждому из вариантов: 1 – ситуация стационарного лечения ребенка; 2 – ситуация «плохой» медицинской помощи; 3 – ситуация неприятностей на работе; 4 – ситуация «хорошей» медицинской помощи. Функция изменения вероятности оценивалась и количественно, но эти данные не приводятся в статье ввиду значительного объема. При снижении вероятности переживания страха и повышении вероятности переживания радости снижается вероятность того, что оцениваемая ситуация – стационарное лечение ребенка (1) или «плохая» медпомощь (2). Для ситуации 3 (неприятности на работе) нехарактерны сильный

страх и выраженная радость. Для ситуации 4 («хорошая» медпомощь) характерно только повышение вероятности радости.

Для каждой шкалы и каждой ситуации с помощью статистического пакета R были подобраны такие отрезки, на которых параметры логистической регрессионной функции статистически значимо отличаются от нуля, то есть имеет место регрессионная зависимость. Для многих шкал подбор регрессии оказался невозможен. Такие шкалы не включались в описание состояния.

В результате логистического регрессионного анализа были построены нижеприведенные описания состояний, переживаемых в каждой из ситуаций.

1. Обострение чувствительности к внешним воздействиям; чувство страха, паники, отчаяния, безысходности; тоскливость; грустность; печаль; напряженность; тяжесть (трудность); скованность; напряженность.

2. Чувство страха, паники, отчаяния, безысходности; тоскливость; грустность; печаль; напряженность; средне выражена тяжесть (трудность).

3. Чувство страха, паники, отчаяния, безысходности; тоскливость; грустность; печаль; напряженность; слабо выражена тяжесть (трудность).

4. Хорошая осознанность восприятия, ясность; улучшение памяти, легкость запоминания, легко вспоминает то, что необходимо вспомнить в данный момент; повышение сообразительности, высокая находчивость, логичность; оптимистичность; активность; бодрость; последовательность (целеустремленность); продуманность.

Из описаний понятно, что основная сложность заключается в невозможности точно отразить континуальность изменения оценок состояния, соответствующую недизъюнктивности психического в терминологии А.В. Брушлинского [2]. На рис. 2 мы видим, что для ситуации неприятностей на работе характерно не вообще переживание страха, а переживание страха в диапазоне оценок по шкале «Страх–радость» от -4 до 0. Но такого рода описание состояния в языковой форме оказалось непонятно испытуемым, а с графическим представлением (точка на шкале) было сложно работать. Попытка ввести лексические кванторы оказалась неудачной из-за неопределенности значений слов обывденного языка. Испытуемые не смогли интерпретировать дополненное описание, в котором, например, вместо «чувство страха» было написано «умеренное чувство страха».

Второй вариант построения описаний ситуаций актуализации состояния был основан на схеме Е.Ю. Артемьевой [1], предложившей включать в групповой семантический код те шкалы, по которым согласованные ответы дали не менее заданной доли испытуемых. Такие шкалы выделяются при помощи квантилей эмпирического распределения. Мы использовали 80-й квантиль для ситуаций 1-3 и 90-й квантиль для ситуации 4.

По схеме Е.Ю. Артемьевой были построены следующие описания психических состояний в каждой из ситуаций.

1. Обострение чувствительности; ясность, четкость восприятия; ясность представлений, легкость возникновения образов; легкость запоминания, легко вспоминает то, что необходимо вспомнить в данный момент; повышение сообразительности, высокая находчивость, логичность; легкость образования новых ассоциаций, фантазирование, придумывание, раскованность; повышение речевой активности, увеличение громкости голоса, ускорение речи; умеренное повышение мышечного тонуса, чувство умеренного мышечного напряжения; улучшение координации движений, увеличение скорости, точности, координированности движений; управляемость (контроль).

2. Адекватность; напряженность; обострение чувствительности к внешним воздействиям; четкость, ясность представлений, легкость возникновения образов; улучшение памяти, легкость запоминания, легко вспоминает то, что необходимо вспомнить в данный момент; умеренное повышение мышечного тонуса, чувство умеренного мышечного напряжения; улучшение координации движений, увеличение скорости, энергичности движений, стремление двигаться, ходить, изменять положение тела; ощущение усиления сердечной деятельности; управляемость (контроль); устойчивость (стабильность, равновесие).

3. Адекватность; напряженность; четкость, ясность представлений, легкость возникновения образов; повышение речевой активности, увеличение громкости голоса, ускорение речи без снижения качества грамотности, логичности; ощущение тепла, повышение температуры тела; покраснение кожи рук, лица, шеи или незначительные изменения окраски кожи; продуманность; управляемость (контроль).

4. Повышение сообразительности, высокая находчивость, логичность; активность; адекватность; открытость.

На втором этапе исследования испытуемым были предъявлены пять обозначений ситуаций. Для снижения вероятности угадывания мы добавили в перечень вариантов ответа пятую ситуацию, в которой человек переживает свое фоновое психическое состояние – «как обычно». Таким образом, для каждого описания состояния испытуемые должны были выбрать одну из пяти ситуаций его актуализации. Второй этап исследования проводился на той же выборке, что первый.

Полученные результаты приведены в табл. 1. Оценка статистической значимости отличий частоты верного узнавания психического состояния от случайной проводилась по точному критерию Фишера. Достижимый уровень значимости (p) указан в скобках. Отношения шансов не приводятся, поскольку указаны относительные частоты в процентах.

По результатам первого этапа можно выделить две группы ситуаций – положительной и отрицательной эмоциональной валентности. Соответственно,

узнавание оценивалось в двух вариантах: «с точностью до ситуации» (частота верного узнавания каждой отдельной ситуации) и «с точностью до группы» (каждая отдельная ситуация считалась верно узнанной, если относилась к соответствующей группе – положительных или отрицательных). Первый вариант – описания, полученные с помощью логистического регрессионного анализа, второй вариант – описания, полученные по схеме Е.Ю. Артемьевой.

Таблица 1

Результаты узнавания психического состояния по описанию

Ситуация актуализации состояния	Частота верного узнавания первого варианта «с точностью до ситуации»	Частота верного узнавания второго варианта «с точностью до ситуации»	Частота верного узнавания первого варианта «с точностью до группы»	Частота верного узнавания второго варианта «с точностью до группы»
1. Стационарное лечение	31% (0,04)	53% (0,87)	41% (0,40)	81% (0,001)
2. «Плохая» медпомощь	24% (0,003)	44% (0,61)	57% (0,50)	96% (0,001)
3. Неприятности на работе	49% (1)	41% (0,40)	93% (0,001)	99% (0,001)
4. «Хорошая» медпомощь	46% (0,74)	61% (0,23)	91% (0,001)	99% (0,001)

Как видно из данных, представленных в табл. 1, первый вариант описаний менее узнаваем «с точностью до ситуации», чем второй. Ситуации стационарного лечения и «плохой» медпомощи по первому варианту описания узнаются реже, чем при случайном угадывании. В целом частота узнавания обоих вариантов описания не превышает частоты случайного угадывания.

Различия между относительными частотами верного узнавания первого и второго вариантов статистически незначимы.

Статистически значимы различия относительных частот верного узнавания первого и второго вариантов описаний «с точностью до группы» (при $p=0,057$). Таким образом, первый вариант описаний в целом заметно дезориентирует испытуемых.

Этот момент важен ввиду растущей популярности методов машинного обучения, используемых, в частности, для анализа содержания социальных медиа (блоги, интернет-дневники, социальные сети и др.) [30]. Судя по нашим результатам, обработка естественного языка с помощью машинного обучения

требует известной осторожности, а ее результаты нуждаются в дополнительной проверке экологической валидности.

Результаты узнавания второго варианта описаний, приведенные в табл. 1, достаточно точно соответствуют результатам первого этапа, на котором было установлено, что оценки состояний в разных ситуациях почти не различаются между собой, если ситуации относятся к одной группе – положительных или отрицательных по эмоциональной валентности. Как при оценке состояний по методике, так и при узнавании описаний, испытуемые уверенно различают состояния, актуализирующиеся в разных группах ситуаций, и слабо дифференцируют состояния, актуализирующиеся в одной группе ситуаций.

В терминологии Е.Ю. Артемьевой, поставившей проблему парадигмальных (содержательных) моделей и предложившей прием «обратного эксперимента» [1], этот результат позволяет отнести разработанную А.О. Прохоровым методику «Рельеф психического состояния» к парадигмальным (содержательным) измерительным моделям. Иными словами, проверка методом «обратного эксперимента» Е.Ю. Артемьевой показывает, что характеристики психического состояния, фиксируемые с помощью методики, отражают некоторую психологическую реальность, а не только лишь статистически (вероятностно) связаны с актуализирующимся у испытуемых психическим состоянием. Следовательно, содержательная интерпретация профилей психических состояний может использоваться как в научно-психологических исследованиях, так и в работе с родителями детей-пациентов.

Для иллюстрации приведем пример из практики. К одному из авторов статьи обратились родители ребенка, страдающего редким заболеванием. На момент обращения ребенок находился на стационарном лечении в связи с наличием непосредственной угрозы для жизни. Работа с родителями заключалась в оказании психологической поддержки, в стимуляции рефлексии психического состояния и поиска путей конструктивного разрешения практических задач, связанных с лечением ребенка. В процессе работы выяснилось, что родители ошибочно считали причиной собственного психического состояния не болезнь ребенка, а конкретные действия медиков.

После ситуационной терапии ребенок был переведен в федеральное лечебное учреждение, оказавшее высокотехнологичную медицинскую помощь. По оценкам сотрудников этого учреждения, до момента перевода ошибок при оказании медицинской помощи допущено не было. Через несколько лет после описанной ситуации угроза жизни ребенка отсутствовала.

В данном примере работа с психологом позволила родителям отрефлексировать собственное психическое состояние, что способствовало саморегуляции. Оценка актуальной ситуации, связанная с неточным пониманием родителями своего психического состояния, являлась психологической предпосылкой конфликта, который мог существенно затруднить оказание объективно необходимой ребенку медицинской помощи.

Результаты проведенного исследования позволяют дополнить каузальную атрибуцию родительских оценок медицинской помощи и регуляции поведения родителей в ситуации лечения ребенка. Наряду с объективными параметрами ситуации, целесообразно учитывать влияние психического состояния и возможность искаженного восприятия родителями объективных параметров ситуации под влиянием психического состояния.

При адекватном понимании своего состояния родители могут самостоятельно оптимизировать поведение в ситуации лечения ребенка, что соответствует принципу добровольного информированного согласия. В дальнейших исследованиях предполагается конкретизация психологических условий реализации принципа добровольного информированного согласия с учетом полученных данных.

Выводы

1. Узнавание родителями детей-пациентов ситуаций актуализации своего психического состояния возможно. Однако точность такого узнавания ограничена эмоциональной валентностью ситуации актуализации состояния. Ситуации разной валентности узнаются по описанию состояния точно, а дифференциация ситуаций одной валентности затруднена.

2. Следовательно, существуют основания для «смещения» ситуаций актуализации, различающихся по данным диагностики психических состояний. В повседневной жизни это потенциально может приводить к неправильной оценке родителями своего состояния и затруднять регуляцию поведения.

3. Характеристики, фиксируемые с помощью методики А.О. Прохорова «Рельеф психического состояния», содержательно отражают психологические переживания, а не только лишь вероятностно связаны с актуализирующимся психическим состоянием.

4. Для узнавания ситуации актуализации состояния имеет значение способ построения описания переживаемого состояния: процедуры субъективной семантики на исследованном материале оказались более релевантны закономерностям психологического структурирования реальности, чем формально-математические модели.

Финансирование

Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ №15-06-10641.

Литература

1. *Артемяева Е.Ю.* Основы психологии субъективной семантики. М.: Наука, Смысл, 1999. 350 с.

2. *Брушлинский А.В.* Проблемы психологии субъекта. М.: изд-во Института психологии РАН, 1994. 109 с.
3. *Дёрнер К.* Хороший врач. Учебник основной позиции врача. М.: Алетея, 2006. 544 с.
4. *Зильбер А.П.* Этюды медицинского права и этики. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 848 с.
5. *Кабаков Р.И.* R в действии. Анализ и визуализация данных в программе R. М.: ДМК Пресс, 2014. 588 с.
6. *Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Пименов И.Д., Хомяков К.В.* Эмоциональное выгорание у врачей и медицинские ошибки. Есть ли связь? [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. Т. 47. № 1. doi: 10.21045/2071-5021-2016-47-1-5 (дата обращения: 20.05.2017).
7. *Козлова А.В., Алленова И.А.* Конфликт родителей и персонала детской больницы: психологические причины и пути преодоления // Детская больница. 2012. № 2. С. 13–17.
8. *Латта Н.* Прежде чем ваш ребенок сведет вас с ума. М.: Рипол Классик. 2009. 352 с.
9. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Класс, 2001. 480 с.
10. *Махнач А.В.* К проблеме соотнесения динамических психических состояний и стабильных свойств личности // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 3. С. 35–44.
11. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: изд-во МГУ, 1987. 168 с.
12. *Орлов А.И.* Нечисловая статистика. М.: МЗ-Пресс. 2009. 436 с.
13. *Прохоров А.О.* Психология неравновесных состояний. М.: изд-во Института психологии РАН, 1998. 152 с.
14. *Прохоров А.О.* Смысловая регуляция психических состояний. М.: Институт психологии РАН, 2009. 352 с.
15. *Прохоров А.О., Артищева Л.В.* Образ психического состояния: динамические и структурные характеристики // Экспериментальная психология. 2012. Т. 5. № 2. С. 63–73.
16. *Русалов В.М.* Темперамент в структуре индивидуальности человека: дифференциально-психофизиологические и психологические исследования. М.: изд-во Института психологии РАН. 2012. 528 с.

17. Солондаев В.К., Конева Е.В., Четвертаков Ю.В. Возможности идентификации психического состояния родителей ребенка-пациента [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2015. Т. 32. №3. С. 5. URL: [http://www.medpsy.ru/mpj /archiv_global/2015_3_32/nomer04.php](http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2015_3_32/nomer04.php) (дата обращения: 20.05.2017).

18. Суворов Г.Б. Особенности психического состояния спортсменов высокой квалификации на разных этапах подготовки: (на примере деятельности легкоатлетов группы выносливости): автореферат дисс. ... канд. психол. наук. Л, 1989. 15 с.

19. Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Минск: Вышэйшая школа, 1999. 496 с.

20. Фелинская Н.И. Место исключительных состояний в классификации психических состояний // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы / Под ред. Г.В. Морозова. М.: ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 1974. С. 23–29.

21. Brom L., Hopmans W., Pasma H.R., Timmermans D.R., Widdershoven G.A., Onwuteaka-Philipsen B.D. Congruence between patients' preferred and perceived participation in medical decision-making: a review of the literature // BioMed Central. Medical Informatics and Decision Making. 2014. № 14. P. 25. doi 10.1186/1472-6947-14-25 (дата обращения: 20.05.2017).

22. Deaton A.V. Adaptive Noncompliance in Pediatric Asthma: The Parent as Expert // Journal of Pediatric Psychology. 1985. V. 10. № 1. P. 1–14.

23. Elwyn G., Dehlendorf C., Epstein R.M., Marrin K., White J., Frosch D.L. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems // Annals of Family Medicine. 2014. V. 12. № 3. P. 270–275. doi:10.1370/afm.1615 (дата обращения: 20.05.2017).

24. Higgins S.S. Parental role in decision making about pediatric cardiac transplantation: familial and ethical considerations // Journal of Pediatric Nursing. 2001. V. 16. № 5. P. 332–337.

25. Hofstede S.N., van Bodegom-Vos L., Wentink M.M., Vleggeert-Lankamp C.L., Vlieland T.P., Marang-van de Mheen P.J. Most Important Factors for the Implementation of Shared Decision Making in Sciatica Care: Ranking among Professionals and Patients // PLOS ONE. 2014. V. 9. № 4, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094176> (дата обращения: 20.05.2017).

26. Johnson K.B., Lehmann C.U. Electronic Prescribing in Pediatrics: Toward Safer and More Effective Medication Management // Pediatrics, 2013, V. 131, № 4. doi: 10.1542/peds.2013-0193 (дата обращения: 20.05.2017).

Солондаев В.К., Конева Е.В., Лясникова Л.Н.
Узнавание своего психического состояния
родителями детей-пациентов
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 64–82.

Solondaev V.K., Koneva E.V., Lyasnikova L.N.,
Recognition of One's Own Mental State by Parents
of Children-Patients
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 64–82.

27. *La Montagne L.L., Pawlak R.* Stress and coping of parents of children in a pediatric intensive care unit // *Heart & lung: the Journal of Critical Care*. 1990. V. 19. № 4. P. 416–421.

28. *R Core Team.* R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2015. [Electronic resource]. URL: <http://www.R-project.org/> (дата обращения: 20.10.2016).

29. *Shemesh E. et al.* Comparison of parent and child reports of emotional trauma symptoms in pediatric outpatient settings // *Pediatrics*. 2005. V. 115. № 5. P. 582–589. doi: 0.1542/peds.2004-2201 (дата обращения: 20.05.2017).

30. *Tangherlini T.R. et al.* "Mommy Blogs" and the Vaccination Exemption Narrative: Results From A Machine-Learning Approach for Story Aggregation on Parenting Social Media Sites // *JMIR Public Health and Surveillance*. 2016. V. 2. №. 2. P. 166. doi: 10.2196/publichealth.6586 (дата обращения: 20.05.2017)

31. *Wiley J., Westbrook M., Greenfield J.R., Day R.O., Braithwaite J.* Shared decision-making: the perspectives of young adults with type 1 diabetes mellitus // *Patient Preference and Adherence*. 2014. V. 8. P. 423–435. doi: 10.2147/PPA.S57707 (дата обращения: 20.05.2017).

Recognition of One's Own Mental State by Parents of Children-Patients

Solondaev V.K.,

PhD. (Psychology), associate professor, Department of general Psychology, Faculty of psychology, Yaroslavl State University named after P.G. Demidov, Yaroslavl, Russia, solond@yandex.ru

Koneva E.V.,

Doctor in Psychology, associate professor, head of the Department of general psychology, Faculty of psychology, Yaroslavl State University named after P.G. Demidov, Yaroslavl, Russia, ev-kon@yandex.ru

Lyasnikova L.N.,

Master of Psychology, Kindergarten № 232, Yaroslavl, Russia, ljubascha.lyasnikova@yandex.ru

In present article studied recognition of the situation of actualization of the mental state by child-patients parent's. The research was carried out in two stages. Sample: 70 mothers having children under the age of 7 years. Average age of mothers – 27 years. At the first stage by means of the technique "A relief of a mental state" (Prokhorov, 1998) were received estimates of mental states in the following situations: hospitalization of the child, "bad" medical care, troubles at work, "good" medical care, a usual (background) mental state. Based on the results of the first stage were two sets of descriptions were constructed. At the second stage, these sets were presented for recognition to the same sample. The first set of descriptions was constructed by the technique of the machine learning, the second set was constructed by the scheme of E.Yu. Artemyeva (1999). The results show the possibility of recognizing the situations of actualization of the mental state by the parents of child patients, which is limited by the emotional valence of the situation. Differentiation of situations of one valence is obstructed. The condition, actualized in one situation, can be extrapolated to other situations of similar emotional valence. The way to construct a description of the experienced mental state has a matter for recognition of the situation of actualization of a mental state.

Keywords: subject, parents, child-patient, mental state, situation, pediatrics.

Funding

This work was supported by grant RFH №15-06-10641.

References

1. Artem'eva E.Yu. Osnovy psikhologii sub"ektivnoi semantiki. [Fundamentals of psychology of subjective semantics]. Moscow: Nauka, Smysl, 1999. 350 p. (In Russ.).
2. Brushlinskii A.V. Problemy psikhologii sub"ekta. [Problems of psychology of the subject]. Moscow: publ. of Institut psikhologii RAN, 1994. 109 p. (In Russ.).
3. Derner K. Khoroshii vrach. Uchebnik osnovnoi pozitsii vracha. [Good doctor. Textbook of the main position of the doctor]. Moscow: Aleteia, 2006. 544 p. (In Russ.).
4. Zil'ber A.P. Etyudy meditsinskogo prava i etiki. [Etudes of the medical right and ethics]. Moscow: MEDpress-inform, 2008. 848 p. (In Russ.).
5. Kabakov R.I. R v deistvii. Analiz i vizualizatsiya dannykh v programme R. [R in Action. Data analysis and graphics with R]. Moscow: DMK Press, 2014. 588 p. (In Russ.).
6. Kobyakova O.S., Deev I.A., Kulikov E.S., Pimenov I.D., Khomyakov K.V. Emotsional'noe vygoranie u vrachei i meditsinskie oshibki. Est' li svyaz'? [Doctor's emotional burning and medical mistakes. Whether there is a connection?]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social aspects of health of the population]*, 2016, vol. 47, no. 1. doi: 10.21045/2071-5021-2016-47-1-5 (Accessed 20.05.2017) (In Russ. Abstr. in Engl.).
7. Kozlova A.V., Allenova I.A. Konflikt roditelei i personala detskoj bol'nitsy: psikhologicheskie prichiny i puti preodoleniya. [Conflict of parents and personnel of children's hospital: psychological reasons and ways of overcoming]. *Detskaya bol'nitsa [Children's Hospital]*, 2012, no. 2, pp. 13–17. (In Russ. Abstr. in Engl.).
8. Latta N. Prezhde chem vash rebenok svedet vas s uma. [Before your child dements you]. Moscow: Ripol Klassik. 2009. 352 p. (In Russ.).
9. Mak-Vil'yams N. Psikhoanaliticheskaya diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse. [Psychoanalytic diagnosis. Understanding personaly structure in the clinical process]. Moscow: Klass, 2001. 480 p. (In Russ.).
10. Makhnach A. V. K probleme sootneseniya dinamicheskikh psikhicheskikh sostoyanii i stabil'nykh svoistv lichnosti. [To a problem of correlation of dynamic mental states and stable properties of the personality]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 1995, vol. 16, no. 3, pp. 35–44. (In Russ. Abstr. in Engl.).
11. Nikolaeva V.V. Vliyanie khronicheskoi bolezni na psikhiku. [Influence of a chronic disease on mentality]. Moscow: publ. of MGU, 1987. 168 p.
12. Orlov A. I. Nechislovaya statistika. [Non-numerical statistics]. Moscow: MZ-Press. 2009. 436 p. (In Russ.).
13. Prokhorov A.O. Psikhologiya neravnovesnykh sostoyanii. [Psychology of the nonbalanced mental states]. Moscow: publ. of Institut psikhologii RAN, 1998. 152 p. (In Russ.).

14. Prokhorov A.O. Smyslovaya regulyatsiya psikhicheskikh sostoyanii. [Semantic regulation of mental states]. Moscow: publ. of Institut psikhologii RAN, 2009. 352 p. (In Russ.).

15. Prokhorov A.O., Artishcheva L.V. Obraz psikhicheskogo sostoyaniya: dinamicheskie i strukturnye kharakteristiki. [The image of the mental state: dynamic and structural characteristics]. *Ekspertimetal'naya psikhologiya [Experimental Psychology]*, 2012, vol. 5, no. 2, pp. 63–73. (In Russ. Abstr. in Engl.).

16. Rusalov V.M. Temperament v strukture individual'nosti cheloveka: differentsial'no-psikhofiziologicheskie i psikhologicheskie issledovaniya. [Temperament in structure of the human's identity: differential-psycho physiological and psychological researches]. Moscow: publ. of Institut psikhologii RAN. 2012. 528 p. (In Russ.).

17. Solondaev V.K., Koneva E.V., Chetvertakov Yu.V. Vozmozhnosti identifikatsii psikhicheskogo sostoyaniya roditelei rebenka-patsienta. [Potentials of identification of mental state of parents of a child-patient]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii [Medical psychology in Russia]*, 2015, vol. 32, no. 3, pp. 5. URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2015_3_32/nomer04.php (Accessed 20.05.2017) (In Russ. Abstr. in Engl.).

18. Suvorov G.B. Osobennosti psikhicheskogo sostoyaniya sportsmenov vysokoi kvalifikatsii na raznykh etapakh podgotovki. Na prim. deyatel'nosti legkoatletov gruppy vynoslivosti: avtoreferat diss. ... kand. psikhol. nauk [Features of a mental condition of athletes of high qualification at different stages of preparation. On the example of athletes of group of endurance. PhD (Psychology) thesis]. Leningrad, 1989. 15 p. (In Russ.).

19. Telle R. Psikhiiatriya s elementami psikhotreapii. [Psychiatry with psychotherapy elements]. Minsk: Vysheishaya shkola, 1999. 496 p. (In Russ.).

20. Felinskaya N.I. Mesto isklyuchitel'nykh sostoyanii v klassifikatsii psikhicheskikh sostoyanii. [The place of exclusive states in classification of mental states]. In G.V. Morozov *Voprosy sudebno-psikhiiatricheskoi ekspertizy [The problems of forensic psychiatric examination]*. Moscow: publ. of VNII obshchei i sudebnoi psikhiiatrii im. V.P. Serbskogo, 1974, pp. 23–29. (In Russ.).

21. Brom L., Hopmans W., Pasman H.R.W., Timmermans D.R.M., Widdershoven G.A.M., Onwuteaka-Philipsen B.D. Congruence between patients' preferred and perceived participation in medical decision-making: a review of the literature. *BioMed Central. Medical Informatics and Decision Making*, 2014, no. 14, p. 25. doi 10.1186/1472-6947-14-25 (Accessed 20.05.2017).

22. Deaton A.V. Adaptive Noncompliance in Pediatric Asthma: The Parent as Expert. *Journal of Pediatric Psychology*, 1985, vol. 10, no. 1, pp. 1–14.

23. Elwyn G., Dehlendorf C., Epstein R.M., Marrin K., White J., Frosch D.L. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the

spectrum of health care problems. *Annals of Family Medicine*, 2014, vol. 12, no. 3, pp. 270–275. doi:10.1370/afm.1615 (Accessed: 20.05.2017).

24. Higgins S.S. Parental role in decision making about pediatric cardiac transplantation: familial and ethical considerations. *Journal of Pediatric Nursing*, 2001, vol. 16, no. 5, pp. 332–337.

25. Hofstede S.N., van Bodegom-Vos L., Wentink M.M., Vleggeert-Lankamp C.L., Vlieland T.P., Marang-van de Mheen P.J. Most Important Factors for the Implementation of Shared Decision Making in Sciatica Care: Ranking among Professionals and Patients. *PLOS ONE*, 2014, vol. 9, no. 4. doi: 10.1371/journal.pone.0094176 (Accessed 20.05.2017).

26. Johnson K.B., Lehmann C.U. Electronic Prescribing in Pediatrics: Toward Safer and More Effective Medication Management. *Pediatrics*, 2013, vol. 131, no. 4. doi: 10.1542/peds.2013-0193 (Accessed 20.05.2017).

27. LaMontagne L.L., Pawlak R. Stress and coping of parents of children in a pediatric intensive care unit. *Heart & Lung: the Journal of Critical Care*, 1990, vol. 19, no. 4, pp. 416–421.

28. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Electronic resource]. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2015. doi: 0.1542/peds.2004-2201 (Accessed 20.05.2017).

29. Shemesh E. et al. Comparison of parent and child reports of emotional trauma symptoms in pediatric outpatient settings. *Pediatrics*, 2005, vol. 115, no. 5, pp. 582–589.

30. Tangherlini T.R. et al. "Mommy Blogs" and the Vaccination Exemption Narrative: Results From A Machine-Learning Approach for Story Aggregation on Parenting Social Media Sites. *JMIR Public Health and Surveillance*, 2016, vol. 2, no. 2, p. 166. doi: 10.2196/publichealth.6586 (Accessed 20.05.2017).

31. Wiley J., Westbrook M., Greenfield J.R., Day R.O., Braithwaite J. Shared decision-making: the perspectives of young adults with type 1 diabetes mellitus. *Patient Preference and Adherence*, 2014, vol. 8, pp. 423–435. doi: 10.2147/PPA.S57707 (Accessed 20.05.2017).

К проблеме нормативных показателей в патопсихологической диагностике

Султанова А.С.,

кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания» Российской академии образования, Москва, Россия, alfiya_sultanova@mail.ru

Иванова И.А.,

кандидат физико-математических наук, ведущий специалист, Психологический центр «Сателлит», Москва, Россия, irina_a_ivanova@mail.ru

В статье поставлен вопрос об актуальности нормативных данных, с которыми, согласно традициям отечественной клинической психологии, необходимо сопоставлять результаты экспериментальных исследований. Можно предположить, что общественные изменения, происходящие в последние десятилетия, должны отражаться на процессе формирования мышления и других психических функций. Проведено пилотажное исследование с целью выявить особенности выполнения классических патопсихологических методик здоровыми испытуемыми. В исследовании принимали участие психически здоровые, адаптированные в социуме люди 20-39 лет, получающие или имеющие высшее образование; использовались методики: «Классификация предметов», «Пиктограмма», заполнение пропущенных в тексте слов (тест Эббингауза), «Толкование пословиц». Результаты эксперимента позволили выявить две сферы, в которых изменения оказались наиболее существенными, – эмоционально-мотивационную (личностную) сферу и мышление. Многим испытуемым были характерны: настороженно-тревожное отношение к эксперименту, повышенное эмоционально-личностное отношение к стимульному материалу, снижение критичности к результатам своей деятельности, нейродинамические расстройства, непоследовательность мышления, разноплановость мышления, тенденция к резонерству, эгоцентричность мышления (по мнению авторов, в быту эти особенности проявляются в виде «патопсихологии обыденной жизни»). Необходимо проведение специальных масштабных научных исследований, посвященных данной проблематике.

Ключевые слова: клиническая психология, патопсихология, патопсихологическая диагностика, нормативные показатели.

Для цитаты:

Султанова А.С., Иванова И.А. К проблеме нормативных показателей в патопсихологической диагностике [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 83–96. doi: 10.17759/psyclin.2017060207

For citation:

Sultanova A.S., Ivanova I.A. To the Problem of Normative Data in Pathopsychological Diagnostics [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 83–96. doi: 10.17759/psycljn.2017060207 (In Russ., abstr. in Engl.)

Один из основополагающих принципов проведения диагностического исследования в отечественной клинической психологии – сравнительный анализ полученных результатов с нормативными данными. Б.В. Зейгарник отмечала, что соотнесение результатов исследования с данными здоровых лиц соответствующего возраста, пола, образования было одним из основных принципов патопсихологического исследования еще в школе В.М. Бехтерева [5]. Данный принцип соблюдается в настоящее время практически во всех клинко-психологических исследованиях (например, в диссертационных работах): проводится сравнительный анализ результатов нескольких групп испытуемых – основной и контрольной («нормы»). Однако специалист, работающий в клинике, стационаре или в частной практике, не имеет возможности исследовать контрольную группу и должен ориентироваться на нормативные показатели к каждой применяемой методике, в том числе к классическим методам патопсихологического и нейропсихологического эксперимента. При этом возникает ряд вопросов, прежде всего, – об актуальности нормативных данных.

Согласно концепции Л.С. Выготского [1; 2], развитие любой высшей психической функции (ВПФ) является культурно обусловленным процессом, то есть зависит от социально-исторических факторов. Можно предположить, что общественные изменения, происходящие в последние десятилетия, должны были отразиться и на процессе формирования мышления и других ВПФ. Как отмечает Д.И. Фельдштейн, «мы столкнулись сегодня с очень сложной ситуацией, когда глобальные изменения (экономические, технологические, социальные)... обусловили качественные изменения самого человека – его восприятия, сознания, мышления, потребностно-мотивационной и эмоционально-волевой сфер, его жизненных ритмов, пространства деятельности, структуры отношений, душевных переживаний, этических и ценностных аспектов бытия» [6, с. 103]. Соответственно, возникает вопрос: что сейчас можно рассматривать в качестве нормативных показателей? Можно ли опираться на те нормативные данные, которые описаны в книгах классиков клинической психологии? Что, например, нужно принять за норму при исследовании мышления – мышление, опирающееся на законы формальной логики (которые, конечно, неизменны и существуют вне зависимости от социально-исторических факторов), или мышление современного человека? Особенно сложная в этом плане ситуация в детской клинической психологии. Если в патопсихологии

детского возраста появляются новые методы, в которых представлены сравнительные данные [например, 4], то в детской нейропсихологии экспериментатору зачастую приходится уповать на профессиональную интуицию, так как достоверных нормативных показателей просто нет. Опирайтесь на умозрительные книжные данные или диссертационные работы, которые выполнены на группе детей, состоящей из 15 человек, на наш взгляд, недопустимо. Единственный выход из сложившейся ситуации – проведение специальных масштабных исследований. Нами было проведено пилотажное исследование, представленное ниже. Необходимо отметить, что мы избегали погружаться в теоретические проблемы выделения критериев нормы и патологии, поскольку в данном случае ставили конкретную **задачу** – выявить особенности выполнения классических патопсихологических методик молодыми здоровыми испытуемыми.

В исследовании **приняли участие** 50 взрослых психически здоровых (никогда не обращались за психиатрической помощью, без признаков психического расстройства) и социально адаптированных испытуемых 20–39 лет, получающих или имеющих высшее образование. Применялись методики: «Классификация предметов», «Пиктограмма», заполнение пропущенных в тексте слов (тест Эббингауза), «Толкование пословиц» [7]. Анализ результатов исследования позволил выделить основные особенности, свойственные большинству испытуемых.

1. *Особенности, касающиеся процесса исследования и актуализации личностного отношения испытуемого к эксперименту.* Б.В. Зейгарник писала, что «при всех индивидуальных различиях здоровые испытуемые стараются выполнить инструкцию, "принимают" задание, между тем как психические больные иногда не только не стараются выполнить задание, но и превратно толкуют опыт или активно противостоят инструкции» [5, с.23]. В нашем исследовании отношение к эксперименту, как правило, было довольно настороженным (рис. 1).

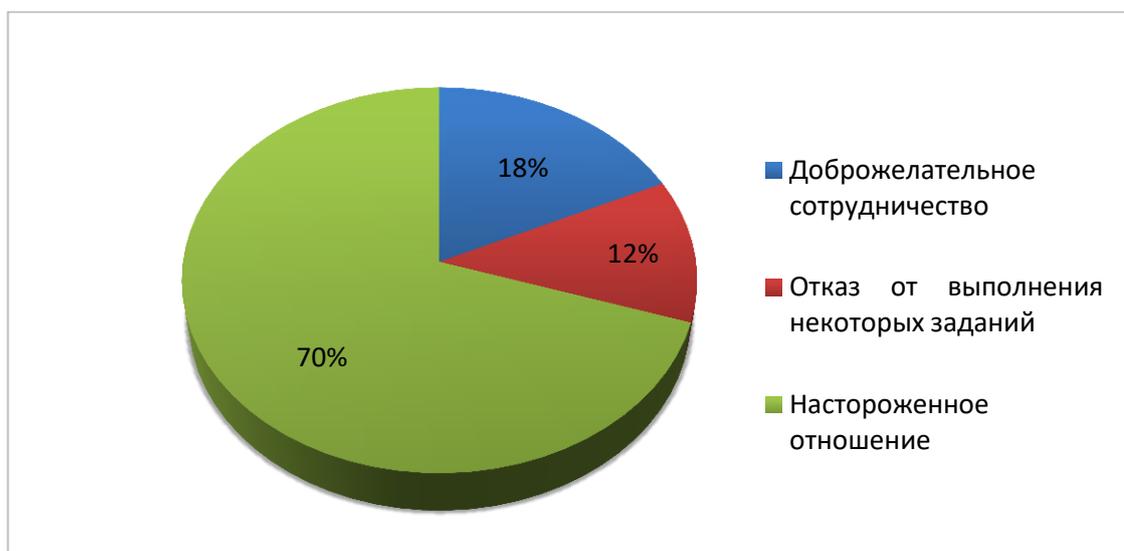


Рис. 1. Отношение испытуемых к ситуации обследования

Очень часто (70%) испытуемые переспрашивали: «Зачем это нужно?», в ряде случаев (12%) отказывались выполнять какое-либо задание. Многие испытуемые объясняли свое негативное отношение к эксперименту неоднозначным отношением к психологам вообще, при этом ссылались на СМИ как на основной источник формирования своих представлений. Возможно, имели место проявления общего повышения уровня тревожности в обществе. Обращало на себя внимание довольно чувствительное отношение к замечаниям-подсказкам со стороны экспериментатора. Доброжелательное сотрудничество, которое описывается в классических работах по клинической психологии и которое встречалось в нашей практике десятилетие назад, отмечалось довольно редко.

2. Очень часто (78%) наблюдалось *повышенное эмоционально-личностное отношение к стимульному материалу*. Испытуемые при выполнении методик «Классификация предметов», «Толкование пословиц», «Пиктограмма» были склонны опираться в основном на личный прошлый опыт и свою жизненную ситуацию, что рождало впечатление о некотором эгоцентричном своеобразии ответов. Наиболее ярко этот феномен проявлялся в «Пиктограмме», но наблюдался и при выполнении других методик. Так, при толковании пословиц испытуемые часто объясняли пословицу, апеллируя к значимым для них в данный момент проблемам, подчас спорили с ней, демонстрировали повышенные эмоциональные реакции.

Из протоколов обследования.

Методика «Толкование пословиц», пословица: «Нечего на зеркало пенять, коли рожа крива». Испытуемый (Исп.) – женщина, 26 лет.

Исп.: Это неправда! Зеркала часто искажают. В одном зеркале я толще, а в другом худее.

Методика «Пиктограмма». Испытуемый – мужчина, 24 года. Для запоминания слова «богатство» рисует перечеркнутую монету, поясняя: «Это не для меня». Испытуемый – женщина 30 лет. При запоминании словосочетания «тяжелая работа» рисует книгу.

Методика «Классификация предметов»; группа: метла, штангенциркуль, сантиметр, весы, телега, глобус, очки. Испытуемый – мужчина, 32 года.

Эксп.: как Вы назовете группу?

Исп.: Ну... ненужные предметы... не использую...то, что не нужно...

Эксп.: Кому не нужно?

Исп.: Мне.

Эксп.: Как Вы назовете группу?

Исп.: Ненужные мне вещи.

3. Многим испытуемым было свойственно *снижение критичности к результатам своей деятельности* (рис. 2).



Рис. 2. Критичность к результатам своей деятельности

Часто наблюдались нечеткое следование инструкции даже после ее повтора; быстрая актуализация «защитных механизмов» при затруднениях или неуспехе (обсуждение стимульного материала, принижение значимости результатов и прочие); затруднение процесса сопоставления полученных результатов с заданными условиями задачи. Например, испытуемые использовали буквы и слова в «Пиктограмме» (рис. 3), в методике Эббингауза вставляли в текст словосочетания вместо одного слова, оставляли пропуски незаполненными, не сопоставляли вписанные слова с текстом. Часто создавалось впечатление, что испытуемые заполняют пропуски наугад, первыми пришедшими на ум словами. Только 8% испытуемых перечитали и проверили текст полностью после заполнения всех пропусков. В 16% случаев у испытуемых возникали затруднения в установлении смысловой связи между отдельными элементами текста («мешают пропуски»); 6% испытуемых отказались выполнять задание, сочтя его слишком сложным.

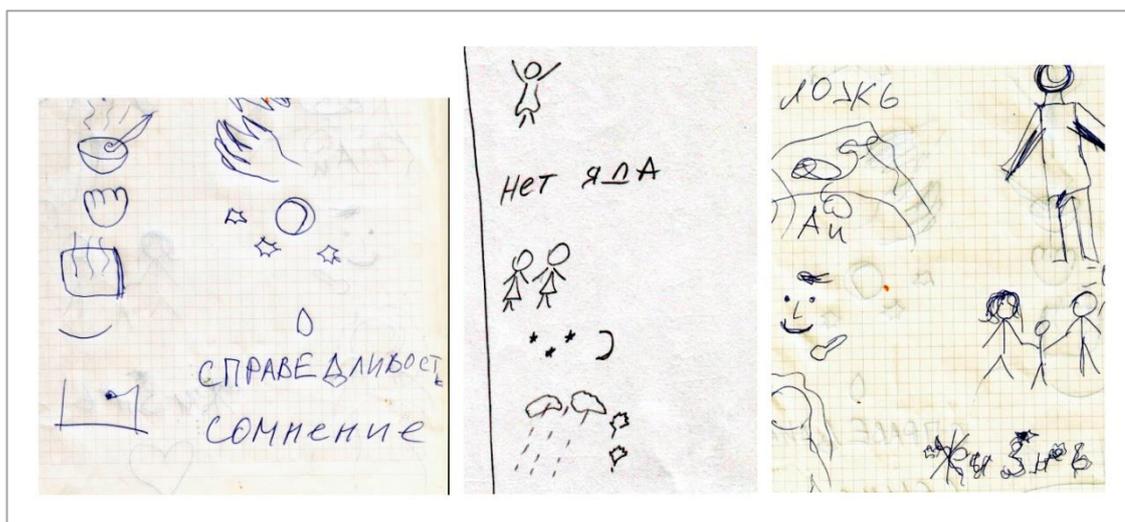


Рис. 3. Образцы выполнения испытуемыми методики «Пиктограмма»

Наибольшие затруднения в подборе слов возникали, как правило, в определенных местах текста. Так, 60% испытуемых ошибочно заполнили пропуски в следующих предложениях: «холодный ветер выл как _____ дикий _____»; «девочка... начала что-то _____ у себя под ногами», «...ручонками стала _____ по сугробу»; наиболее распространенная ошибка заполнения: «своими посиневшими... ручонками стала ходить по сугробу». Отметим также, что при выполнении теста около 60% испытуемых допускали грамматические ошибки, неверно согласовывали слова в предложении, допуская ошибки в числе или в падеже.

Выполняя методику «Классификация предметов», 34% испытуемых не принимали помощь и подсказку экспериментатора, настаивали на своем способе выделения групп, то есть имела место ошибка суждения [7, с. 88]. С.Я. Рубинштейн, описывая подобное поведение у больных, отмечала: «Такая реакция больного свидетельствует о снижении критики, потому что при любой убежденности больной должен был бы понять, что экспериментатор в данном вопросе лучше разбирается. Такого типа не критичность встречается у больных шизофренией» [7, с. 88].

Из протоколов обследования.

Примеры заполнения пропусков в тексте *методики Эббингауза* (орфография испытуемых сохранена):

«Над городом низко повисли снеговые тучи. Вечером началась дискотека». «На ней было плохое платье с узкими рукавами, а на плечах куртка». «На ней было плохое одянье с узкими рукавами, а на плечах плоток». «Она была худа и бедно голодна». «Она медленно и с _____ пробиралась по ямам на дороге». «Валенки сваливались с ног и было трудно ей идти». «Наконец она встала на место и своими посиневшими от снега ручонками стала ходить по сугробу».

Методика «Классификация предметов», 2-й этап. Испытуемый – мужчина, 28 лет.

Исп.: Ну ведь и так можно, как я. Сколько людей, столько и мнений.

4. Одним из самых трудновыполнимых заданий для большинства испытуемых (86%) являлось «Толкование пословиц». В данном случае мы сочли возможным использовать именно прием объяснения смысла пословиц, а не методику соотношения пословиц и фраз. Методика применяется в патопсихологическом исследовании не только для исследования уровня развития речи субъекта, но и его способности вычленить главную мысль, умения понять переносный смысл фразы и оперировать им, а также для выявления уровня дифференцированности и целенаправленности суждений испытуемого [7, с. 119]; за рубежом задания на понимание пословиц входят в тесты измерения интеллекта (например, тест Векслера для взрослых) [14] и в патопсихологические шкалы (PANSS, рубрика Н 5 – «Нарушение абстрактного мышления») [12].

При проведении эксперимента использовались одиннадцать пословиц: «куй железо, пока горячо»; «цыплят по осени считают»; «нечего на зеркало пенять, коли рожа крива»; «не красна изба углами, а красна пирогами»; «лучше меньше, да лучше»; «взялся за гуж – не говори, что не дюж»; «тише едешь – дальше будешь»; «не в свои сани не садись»; «не все то золото, что блестит»; «семь раз отмерь, а один раз отрежь»; «не по хорошу мил, а по милу хорош». Пословицы предъявлялись в виде напечатанного текста и сопровождалась инструкцией: «Прочитайте, пожалуйста, каждую пословицу и объясните ее смысл». Среди пословиц можно выделить легкие и сложные для понимания испытуемыми. К сложным пословицам, которые, как правило, неверно интерпретировались, относятся: «цыплят по осени считают», «не в свои сани не садись», «не по хорошу мил, а по милому хорош».

Правильное понимание переносного смысла первых десяти пословиц, связную их интерпретацию с высоким уровнем обобщения, абстрактного мышления продемонстрировали около 20% испытуемых. Для 30% испытуемых доступным было понимание смысла большинства пословиц на конкретно-ситуационном уровне, объяснение сопровождалось бытовыми примерами; остальные допускали ошибки в толковании большинства пословиц. При неправильной трактовке пословицы испытуемые демонстрировали разные уровни обобщения – от конкретно-ситуативного до высокого. Например, «не в свои сани не садись» испытуемый объясняет: «Надо всегда пользоваться своим транспортом» – неправильное толкование пословицы с довольно высоким уровнем обобщения. Особую трудность вызвала одиннадцатая пословица, которую правильно понял лишь один человек. В данном случае не помогла просьба привести конкретный пример из своего опыта или иных жизненных ситуаций, которым соответствовал бы смысл пословицы. Стихотворение Ф.И. Тютчева: «Прими как дар любви мое изображение, // Конечно, ты его оценишь и поймешь, // Припомни лишь при сем простое изречение: // “Не по хорошу мил, а по милу хорош”» – не только не помогало, а усугубляло ситуацию, вызывая у испытуемых реакцию замешательства.

Необходимо отметить, что достаточно часто испытуемые демонстрировали трудности в связном изложении своих мыслей, в подборе нужных слов. Лексика пословиц порой была для них непривычна, возникали сложности в понимании слов «пенять», «за гуж». Многие испытуемые демонстрировали стиль изложения, напоминающий интернет-общение или общение через sms; у них наблюдалась неспособность к составлению полноценного развернутого высказывания на классическом русском языке. Таким образом, несмотря на высшее образование, многие испытуемые характеризовались небогатым активным словарным запасом, невысоким уровнем развития речи.

5. Многим испытуемым (рис. 4) были свойственны такие особенности мышления, как *непоследовательность* (58%), *разноплановость* (72%), *тенденция к резонерству* (42%, чаще – у мужчин). Конечно, резонерство носило несколько иной характер, чем при психических заболеваниях: не было случаев «разорванности» мышления, чрезмерно пафосной речи и прочих. Тем не менее тенденция к отвлеченным и витиеватым рассуждениям у некоторых испытуемых проявлялась довольно ярко.

Из протокола обследования.

Методика «Классификация предметов», 1-й этап, испытуемый – мужчина, 38 лет.

Исп.: Какие-то карточки у вас некрасивые. С другой стороны, что есть красота. Вот вроде все красивое, а вроде и нет. Что сегодня красиво, завтра уже увядает. Или послезавтра. Но и увядание тоже может... может быть красивым... Хотя на вкус и цвет. Что одному красиво, другому – смерть. Так ведь?

Эксп.: Вы помните, какое было задание?

Исп.: Да. Карточки разложить. (Начинает рассматривать карточки и выкладывать их по одной перед собой на столе).

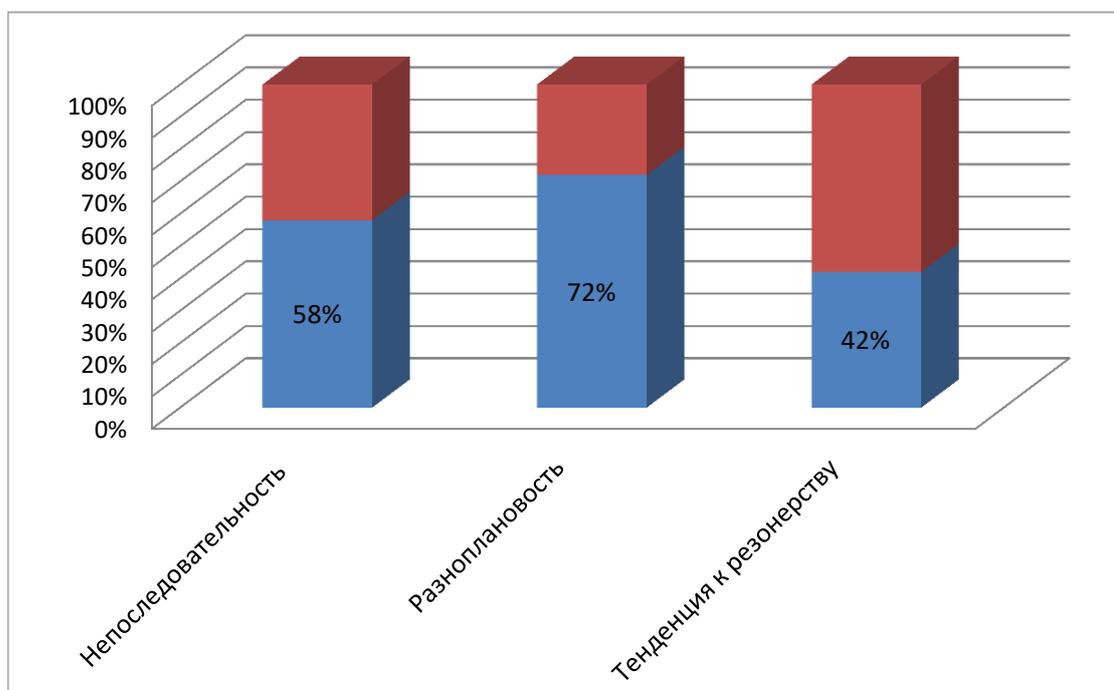


Рис 4. Особенности мышления испытуемых

Непоследовательность мышления, как правило, выражалась в том, что испытуемые при выполнении методики «Классификация предметов» одни группы складывали очень обобщенно, а другие – чрезмерно детально. С.Я. Рубинштейн писала, что «такая не последовательность мышления наблюдается при самых разнообразных заболеваниях – иногда при шизофрении, иногда при органических заболеваниях, но обычно в период какого-то легкого неблагополучия» [7, с. 85]. Разноплановость мышления чаще всего была связана не с причудливостью критериев классификации, а с уже упоминавшейся выше эгоцентричностью мышления (например, наряду с правильными группами выделялись группы «что я люблю» и «что я не люблю», группа «для дома, для семьи»). Лишь в ряде случаев эти

испытуемые соглашались поменять способ классификации на предложенный экспериментатором. У 22% испытуемых при выполнении классификации проявилась тенденция к образованию конкретно-ситуативных связей: на 1-м этапе они начинали объединять то, что «бывает рядом» (например, платье+сантиметр+женщина; моряк+пароход+глобус; чашка+диван и т.д.), однако на 2-м этапе (после прямых указаний экспериментатора) испытуемые исправляли ошибки. Этим испытуемым также было трудно правильно объяснить пословицы и выполнить тест Эббингауза.

Увидев масштаб распространенности описанных особенностей мышления среди испытуемых, мы задали вопрос: проявляется ли это в повседневной жизни и если да, то как? На наш взгляд, мы постоянно сталкиваемся и с «эгоцентрическим своеобразием», и с разноплановостью, и с другими особенностями мышления у современных людей. Преподаватели вузов, особенно с большим стажем, в частных беседах высказывают замечания о масштабном снижении уровня логического мышления у студентов. В научной среде мы видим, что истина и объективные данные часто уступают амбициям или личной неприязни. Телевизионные передачи, Интернет и другие источники наполнены резонерскими рассуждениями. В сознании большинства людей независимо от уровня образования сплетаются и сосуществуют разноплановые понятия и суждения, и мировоззрение часто строится на взаимоисключающих положениях (например, православие и астрология, христианство и переселение души).

В нашей практике мы сталкивались с многочисленными случаями, когда врачи (даже кандидаты медицинских наук) начинают составлять «медицинские гороскопы», диагностировать и «лечить» на расстоянии; логопеды серьезно рассуждают об «энергетическом вампиризме» со стороны больных детей; психологи «очищают чакры» детям с аутизмом, а взрослых «погружают» в прошлые жизни. По мнению отечественных психиатров, в последние годы «Россия переживает настоящий бум оккультизма и мистики... Произошел своего рода "десант средневековья в конец XX века"» [3, с. 21]. Возможно, что скоро тот, кто будет мыслить согласно законам формальной логики, будет казаться окружающим странным человеком с непонятным мировоззрением. Перефразируя З. Фрейда, мы можем сказать, что имеет место «патопсихология обыденной жизни» – проявления в повседневной жизни разноплановости, непоследовательности, резонерства и других особенностей мышления, которые ранее регистрировались (в более яркой форме) в патопсихологическом исследовании психически больных людей.

6. Для многих испытуемых (рис. 5) были характерны *нейродинамические особенности*: утомляемость, колебания внимания и продуктивности, трудности вникания в суть задания, долгий период вработывания, неравномерность темпа деятельности. Большинство испытуемых осознавали эти особенности и предъявляли жалобы на сниженный соматический статус (быстрое возникновение усталости, нарушения сна, частые головные боли, трудности сосредоточения внимания на работе и другие).

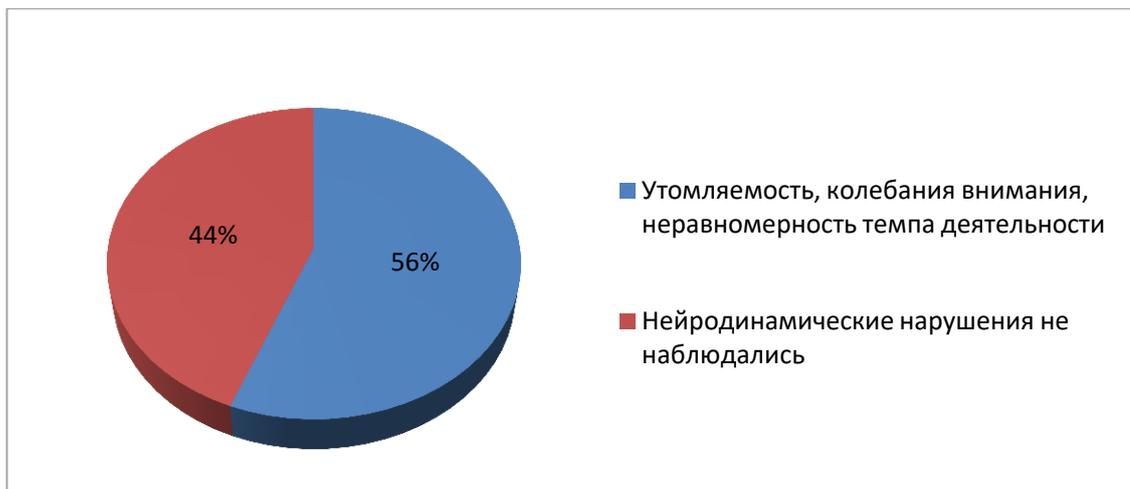


Рис 5. Нейродинамические особенности испытуемых

В целом результаты эксперимента позволяют выделить две сферы, в которых заметны наибольшие изменения: эмоционально-мотивационная (личностная) сфера и мышление. Осознавая все несовершенства и ограничения нашего пилотажного исследования, мы бы хотели привлечь внимание профессиональной общественности к изучаемой проблеме и подчеркнуть ее значимость.

В узком смысле – это проблема нормативных данных, в более широком смысле – проблема влияния социокультурных изменений на психическое развитие ребенка и взрослого человека. Данная тема в последнее время стала активно затрагиваться в работах исследователей [8; 9; 10; 11; 13]. Так, А.Ш. Тхостов и К.Г. Сурнов ставят вопрос: «Каково влияние на человека новых социокультурных условий, среды обитания, типов коммуникаций, новых технологий удовлетворения потребностей? В какой степени изменения социальной и технологической среды могут влиять на изменения в процессе социализации не только высших психических и иных функций, но порождать новые “высшие” формы психической или иной патологии, являющиеся следствием той же самой социализации?» [9, с. 20].

С нашей точки зрения, необходимы не только теоретические рассуждения, но и масштабные исследования в данной области.

Благодарности

Авторы благодарят добровольцев, принявших участие в исследовании.

Литература

1. *Выготский Л.С.* Мышление и речь. М.: Лабиринт, 1999. 352 с.
2. *Выготский Л.С.* Психология развития человека. М.: Смысл, Эксмо, 2005. 1136 с.

3. *Дмитриева Т.Б., Положий Б.С.* Психическое здоровье россиян // Человек. 2002. №6. С. 21–31.
4. *Зверева Н.В., Кутырева Я.С., Казакова М.В.* Восприятие и выражение эмоций подростками в норме и при шизофрении [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 4. С. 76–92. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2016/n4/Zvereva_et_al.shtml (дата обращения: 01.03.17).
5. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: изд-во МГУ, 1986. 287 с.
6. *Полякова Т.А.* Глобальные изменения в обществе обуславливают качественные изменения самого человека – интервью с Д.И. Фельдштейном // Психологическая наука и образование. 2009. № 3. С. 103.
7. *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. М.: Апрель-пресс, Психотерапия, 2010. 224 с.
8. Современные представления о психической норме и патологии: психологический, клинический и социальные аспекты / Отв. ред. Н.Л. Белопольская. М.: Когито-Центр, 2015. 293 с.
9. *Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г.* Культура и патология: побочные эффекты социализации // Национальный психологический журнал. 2006. Т. 1. №1. С. 20–27.
10. *Урываев В.А., Сенин И.Г.* Социально-психологические детерминанты динамики выраженности нормативного развития личностных черт в периоды трансформации российского общества // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. С. 187–196.
11. *Фельдштейн Д.И.* Приоритетные направления психолого-педагогических исследований в условиях значимых изменений ребенка и ситуации его развития // Сборник материалов выездного заседания Президиума РАО в Нижнем Новгороде 19–20 апреля 2010 г. / под ред. Д.И. Фельдштейна. М., Воронеж: МПСИ, Модэк, 2010. 16 с.
12. *Kay S., Opler L., Fiszbein A.* The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) // Schizophrenia Bull. 1987. Vol. 13. № 2. P. 261–276.
13. *Sultanova A., Ivanova I.* The Features of a Social Situation of Development of Children under Modern Russian Conditions // International Symposium Situating Childhood & Child Development: Socio-cultural Approaches and Educational Interventions (April 9–10, 2010, Potsdam) / H. Giest, M. Kontopodis, G. Rückriem (eds.). Potsdam: Department for Teacher Training University of Potsdam & International Society for Cultural and Activity Research (ISCAR), 2010. P. 26–27.
14. *Wechsler D.* Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale. New York: Psychological Corp., 1955. 110 p.

To the Problem of Normative Data in Pathopsychological Diagnostics

Sultanova A.S.,

PhD (Psychology), leading researcher, Institute for the Study of Childhood, Family and Education, Russian Academy of Education, Moscow, Russia, alfiya_Sultanova@mail.ru

Ivanova I.A.,

PhD (Physics and mathematics), leading specialist, Psychological Center «Satellite», Moscow, Russia, irina_a_ivanova@mail.ru

The article raises the question of the actuality level of normative data. This kind of data is necessary to compare the results of experimental studies with it, according to the traditions of Russian psychology. It can be assumed that the social changes that took place in the last decades should reflect on the process of forming of thinking and other mental functions. A pilot study for identifying the features of performing of classical pathopsychological techniques by healthy subjects was conducted. The study involved mentally healthy and socially adapted people of 20-39 years old, graduated or undergraduated. We used next several techniques: "Classification of objects", "Pictogram", filling in words missed in the text (Ebbinghaus test), "Interpretation of proverbs". The results of the experiment made it possible to identify two areas in which the changes were most significant. These spheres are emotional-motivational (personality) and thinking. Many subjects were characterized by: a wary-anxious attitude to the experiment, increased emotional - personal attitude to the stimuli material, a decrease in criticality to the results of their activities, neurodynamic disorders, inconsistency of thinking, versatility of thinking, a tendency to resonate, self-centered thinking (according to the authors these features are manifested in the form of "pathopsychology of everyday life" in everyday lifestyle). It is necessary to conduct special large-scale scientific research devoted to this problem.

Keywords: clinical psychology, pathopsychology, pathopsychological diagnostics, normative data.

Acknowledgements

The authors are grateful to the volunteers who participated in the study.

References

1. Vygotskii L.S. Myshlenie i rech [Thinking and speech]. Moscow: Labirint, 1999. 352 p.
2. Vygotskii L.S. Psikhologiya razvitiya cheloveka [Psychology of human development]. Moscow: Smysl, Eksmo, 2005. 1136 p.
3. Dmitrieva T.B., Polozhii B.S. Psikhicheskoe zdorov'e rossiyan [Mental health of Russians]. *Chelovek [Human]*, 2002, no. 6, pp. 21–31.
4. Zvereva N.V., Kutyreva Ya.S., Kazakova M.V. Vospriyatie i vyrazhenie emotsii podrostkami v norme i pri shizofrenii [Perception and expression of emotions by adolescents in norm and in schizophrenia] [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya, [Clinical and Special Psychology]*, 2016, vol. 5, no. 4, pp. 76–92. Available at: http://psyjournals.ru/psyclin/2016/n4/Zvereva_et_al.shtml (Accessed: 01.03.17).
5. Zeigarnik B.V. Patopsikhologiya [Pathopsychology]. Moscow: Publ. of MGU, 1986. 287 p.
6. Polyakova T.A. Global'nye izmeneniya v obshchestve obuslovlivayutkachestvennyeizmeneniya samogo cheloveka – interv'yu s D.I. Fel'dshteinom [Global changes in society lead to qualitative changes in the person himself - Interview with D.I. Feldstein]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2009, no. 3, p. 103.
7. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikhologii i opyt primeneniya ikh v klinike. [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application in clinics]. Moscow: Aprel'-press, Psikhoterapiya, 2010. 224 p.
8. Sovremennye predstavleniya o psikhicheskoi norme i patologii: psikhologicheskii, klinicheskii i sotsial'nye aspekty. N.L. Belopol'skaya (ed.) [Modern ideas about the mental norm and pathology: psychological, clinical and social aspects]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2015. 293 p.
9. Tkhostov A.Sh., Surnov K.G. Kul'tura i patologiya: pobochnye efekty sotsializatsii [Culture and pathology: side - effects of socialization]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal [The National Psychological Journal]*, 2006, vol. 1, no. 1, pp. 20–27.
10. Uryvaev V.A., Senin I.G. Sotsial'no-psikhologicheskie determinanty dinamiki vyrazhennosti normativnogo razvitiya lichnostnykh chert v periody transformatsii rossiiskogo obshchestva [Socio-psychological determinants of dynamics of manifestation of the normative development of personality features during periods of transformation of Russian society]. In N.V. Zvereva, I.F. Roshchina (eds.) *Diagnostika v meditsinskoj (klinicheskoi) psikhologii: sovremennoe sostoyanie i perspektivy [Diagnosis in medical (clinical) psychology: the current state and future trends]*. Moscow: OOO «Sam Poligrafist», 2016. pp. 187–196.

11. Fel'dshtein D.I. Prioritetnye napravleniya psikhologo-pedagogicheskikh issledovaniy v usloviyakh znachimykh izmeneniy rebenka i situatsii ego razvitiya [Priority directions of psychological and pedagogical researches in the context of significant changes of child and the situation of his development]. *Doklad na vyezdnom zasedanii Prezidiuma RAO v Nizhnem Novgorode 19-20 aprelya 2010 g.* [Report at the visiting session of the Presidium of RAE in Nizhny Novgorod on 19-20 April 2010]. Moscow, Voronezh: publ of MPSI, Modek, 2010. 16 p.
12. Kay S., Opler L., Fiszbein A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Schizophrenia Bull*, 1987, vol. 13, no 2, pp. 261–276.
13. Sultanova A., Ivanova I. The Features of a Social Situation of Development of Children under Modern Russian Conditions. In H. Giest, M. Kontopodis, G. Rückriem (eds.) *International Symposium Situating Childhood & Child Development: Socio-cultural Approaches and Educational Interventions. Potsdam: April 9-10, 2010.* Potsdam: Department for Teacher Training University of Potsdam & International Society for Cultural and Activity Research (ISCAR), 2010, pp. 26–27.
14. Wechsler D. Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale. New York: Psychological Corp., 1955. 110 p.

Восприятие времени и некоторые методические возможности его изучения в клинико-психологических исследованиях

Балашова Е.Ю.,

кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, кафедра нейро-и патопсихологии, факультет психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет»; ведущий научный сотрудник, лаборатория психологии подростка, ФГБНУ «Психологический институт РАО»; старший научный сотрудник, отдел медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; старший научный сотрудник, лаборатория психологии личности, факультет психологии, ГОУ ВПО «Московский государственный областной университет», Москва, Россия; elbalashova@yandex.ru

В статье рассматриваются разнообразные методические приемы, направленные на изучение восприятия времени и используемые сегодня в отечественных и зарубежных психологических исследованиях. Обсуждается необходимость комплексного исследования восприятия времени как высшей психической функции. Анализируются возможности включения в клинико-психологическую диагностику некоторых экспериментальных методик, направленных на исследование различных аспектов восприятия времени. Обсуждаются перспективы подобной интеграции.

Ключевые слова: клиническая психология. восприятие времени, функциональная система, оценка и отмеривание интервалов, переживание времени, временная перспектива личности.

Для цитаты:

Балашова Е.Ю. Восприятие времени и некоторые методические возможности его изучения в клинико-психологических исследованиях [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 97–108. doi: 10.17759/psyclin.2017060208

For citation:

Balashova E.Yu. Perception of Time and Some Methodical Possibilities of Its Study in Clinical Psychological Research [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 97–108. doi: 10.17759 /psycljn.2017060208 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Возникший во второй половине 19-го столетия интерес психологов к проблеме восприятия времени не угасает и сегодня. Ученые продолжают размышлять о структурно-функциональной организации временной перцепции, о ее особенностях на разных этапах онтогенетического развития и роли в становлении личности, в реализации когнитивных и поведенческих задач. Для клинических психологов и психиатров представляют большой интерес вопросы о мозговом субстрате восприятия времени, о нарушениях и изменениях этой сферы психики при неврологических, психических и психосоматических заболеваниях, о прогностических возможностях его исследования с целью раннего распознавания депрессий, тревожных расстройств, мнестико-интеллектуальных нарушений.

Восприятие времени как высшая психическая функция

Говоря о методах изучения восприятия времени, необходимо прежде всего сформулировать, что составляет суть этого процесса. Теоретико-методологический анализ классических и современных психологических концепций и эмпирических исследований позволяет рассматривать восприятие времени как высшую психическую функцию. Она обладает системным строением и включает в себя ориентировку в текущем и прошедшем времени; оценку, отмеривание, воспроизведение и сравнение длительности временных промежутков; понимание последовательности и одновременности событий; временную перспективу, подразумевающую, в частности, переживание времени как возможность эмоционального оценивания того или иного периода жизненного пути субъекта. Эта психическая функция тесно взаимодействует со многими психическими процессами: памятью, речью, произвольной регуляцией. Основными задачами функциональной системы восприятия времени является гармоничное развертывание психической деятельности и поведения во временном континууме, а также обеспечение целостности личности [1; 8; 9].

Методы изучения восприятия времени

Такой взгляд на восприятие времени подразумевает разнообразие методических приемов, с помощью которых оно исследуется. Так, для изучения *ориентировки в текущем времени* обычно задаются вопросы о том, какое сегодня число, день недели, месяц, год, время года, время дня; участника исследования просят вспомнить, что он делал час назад или вчера или что будет делать потом [6; 7; 22]. *Ориентировка в прошедшем времени* может быть оценена при помощи вопросов о датах лично значимых для человека или известных исторических событий. Для анализа возможностей субъективного измерения времени используются некоторые широко распространенные методы, а именно: *оценка, отмеривание, воспроизведение и сравнение длительности различных временных интервалов* [22]. Вербальная оценка предполагает восприятие временного промежутка и выражение собственной оценки в единицах измерения. Подобная оценка может применяться как к коротким (длящимся несколько секунд), так и к более длительным интервалам (порядка нескольких десятков минут); она может

быть проспективной или ретроспективной. В первом случае участника исследования предупреждают о том, что он должен оценить длительность интервала, который будет предъявлен. Во втором случае такого предупреждения нет. В качестве примера ретроспективной оценки можно привести определение продолжительности нейропсихологического обследования, в конце которого пациента обязательно просят, не сверяясь с часами, оценить его длительность. Заметим также, что оцениваемые интервалы времени могут быть «пустыми» или заполненными одним или несколькими видами деятельности. При воспроизведении интервала участник исследования устанавливает границы для периода времени в соответствии с собственной оценкой длительности контрольного промежутка времени. В методе отмеривания контрольная длительность задается вербально; когда, по мнению участника исследования, данный промежуток заканчивается, он сообщает об этом экспериментатору. Наиболее часто в клинических и психологических исследованиях применяется метод *отмеривания субъективной минуты* [4; 9; 14]. Метод сравнения предполагает восприятие двух или более интервалов времени и вербальный отчет о том, какой из них казался короче или длиннее. Варьирование всех описанных выше методов осуществляется за счет введения дополнительных задач или особых условий организации экспериментальной ситуации [2; 15; 29; 30]. Восприятие времени изучается также с помощью анализа динамики энцефалографических показателей в ходе выполнения разных временных задач (например, выработки «рефлекса на время»). При этом регистрируется активность областей коры, ответственных за автоматическое кодирование или сознательное оценивание временных интервалов [12; 18; 19].

Ряд методов ориентирован на изучение *субъективной скорости течения времени*. Некоторые из них сравнимы с методами оценки временных интервалов: участнику исследования задаются рамки временного промежутка; отличие состоит в том, что вопрос экспериментатора касается не его длительности, а субъективной скорости течения времени. Человека спрашивают о том, как быстро, по его мнению, шло время в определенный промежуток времени (в последний месяц, год, десятилетие), или просят сравнить скорость течения времени в разные промежутки или моменты времени (например, сейчас и год назад) [23; 24; 28]. Нередко в качестве сопутствующего задания просят вспомнить события, которые связаны с определенным периодом [20], в частности, в целях проверки гипотезы о связи субъективной событийной наполненности промежутка времени с оценкой скорости его хода. Применение этих методов позволяет проверить теорию Р. Лимлича (R. Lemlich) о том, что оценка определенного интервала времени происходит с учетом его сравнения с продолжительностью всей жизни человека; следовательно, с увеличением возраста пережитый промежуток времени воспринимается как более короткий по сравнению со временем всей жизни, чем промежуток той же длительности в молодости [9]. Исследование субъективной скорости течения психологического времени также осуществляется с помощью Теста осознания времени [4; 14]. Данная методика направлена на выявление особенностей индивидуальной скорости течения времени в различных ситуациях: пребывания среди людей, одиночества, чтения, развлечений, занятости, пешей прогулки, психологического эксперимента и других, а также в жизни в целом. В отличие от

ранее описанных методов в данном случае рамки оцениваемого промежутка времени не задаются, хотя нельзя исключить, что они мысленно «достраиваются» и влияют на характер оценки.

Изучение *осознания и переживания временной перспективы* осуществляется с помощью множества методов. Метод «Временная линия» заключается в разделении линии на отрезки, характеризующие настоящее, прошлое и будущее личности; методики «Неоконченные предложения» и «Неоконченные рассказы» – в завершении предложений или рассказов при ориентировке на настоящее время или на будущие планы и стремления [3; 11]. Методика «Метафоры времени» Р. Кнаппа предполагает оценку соответствия индивидуальных представлений о времени и различных метафор («спокойный, неподвижный океан», «скачущий всадник» и т.п.) [25]. Она широко используется при исследованиях субъективного течения времени, в частности, его возрастной динамики. Представления человека о времени его жизни изучаются с помощью методик «Линия жизни» и «График жизни» [3]. Временная перспектива исследуется с помощью таких методик, как «Шкала тревоги будущего» [31], «Шкала учета будущих последствий» [27], метод мотивационной индукции Ж. Нюттена [11]. Интересным является «Тест кругов» Т. Коттла, в котором прошлое, настоящее и будущее необходимо представить в виде кругов произвольного диаметра и пространственного расположения [17]. Следует упомянуть рисуночную методику «Мой жизненный путь» И.А. Соломина, с помощью которой исследуется изображение человеком своей собственной жизни в виде рисунка, который потом обсуждается с психологом [15]. Среди опросных методик в последние годы наибольшую популярность получил Опросник временной перспективы личности [32]. Он был разработан Ф. Зимбардо и Дж. Бойдом и впоследствии переведен на несколько языков и апробирован на популяциях многих стран [5]. Российская версия опросника была апробирована в кандидатской диссертации А. Сырцовой [16]. Опросник позволяет оценить пять факторов: негативное прошлое, позитивное прошлое, гедонистическое настоящее, фаталистическое настоящее, будущее. Высоким баллам по данным шкалам соответствуют высокая степень направленности на определенный временной период, выраженность определенного эмоционального отношения к нему, высокая субъективная ценность данного периода. Соответственно, низким баллам соответствуют противоположные тенденции. С помощью опросника Ф. Зимбардо и Дж. Бойда можно получить представление о характере временной перспективы субъекта, выяснить, на какой временной промежуток человек больше направлен, какой из временных планов вызывает положительные или отрицательные эмоции, имеет большую или меньшую субъективную ценность. Для исследования временной перспективы применяются также Опросник структуры времени М. Бонда и Н. Физера [21], Опросник временной ориентации П. Руса и Р. Альберса [26]. Без сомнения, может быть информативен комплексный подход Л. Муздыбаева к изучению переживания времени, в котором сочетаются исследования временной перспективы, временной ориентации и аттитудов к прошлому, настоящему и будущему [10]. Среди методов исследования особенностей переживания времени заслуживает внимания метод каузометрии, разработанный Е.И. Головахой и А.А. Кроником для исследования субъективной картины жизненного пути и

психологического времени личности [3]. Этот метод также используется для изучения такого аспекта восприятия времени, как психологический возраст [3; 13].

Наконец, мы не зря упомянули в начале статьи о тесной связи восприятия времени с речевыми функциями, пространственным восприятием, памятью. Именно поэтому в некоторые исследования восприятия времени, наряду с описанными выше методиками, включается изучение навыка определения времени по часам, понимания речевых конструкций, выражающих пространственные отношения, возможностей извлечения из памяти информации о последовательности различных событий [9].

Изучение восприятия времени в клинико-психологических исследованиях

Очевидно, что при решении сугубо исследовательских задач диапазон используемых методических приемов может быть весьма широким, хотя и в этом случае он детерминирован не только целями конкретного исследования, но также когнитивным статусом и возрастом участников исследования. Однако проведение обычного клинико-психологического обследования открывает весьма широкие возможности для изучения многих аспектов восприятия времени. Так, еще в эпоху А.Р. Лурии в нейропсихологическое обследование обязательно включались исследования ориентировки в настоящем и прошедшем времени, понимания логико-грамматических конструкций, выражающих временные отношения, навыка определения времени по обычным аналоговым и «немым» часам, возможности ретроспективной оценки продолжительности обследования и текущего времени без опоры на часы. Сегодня в нейропсихологических и патопсихологических обследованиях все чаще используются отмеривание субъективной минуты и оценка коротких «пустых» интервалов времени, а также некоторые опросники [2; 9]. Данные, полученные при использовании всех этих методик, вероятно, позволят в обозримом будущем уточнить и расширить представления о мозговых зонах и системах, обеспечивающих различные аспекты восприятия времени и о роли изменений временной перцепции в этиологии и патогенезе некоторых психических и поведенческих расстройств (например, зависимостей или расстройств аффективного спектра). Для решения подобных задач необходимо использование не одной-двух методик, а конструирование продуманного методического комплекса, позволяющего выявить нарушения различных звеньев функциональной системы восприятия времени при мозговых нарушениях и психической патологии, а также индивидуальные особенности восприятия времени у здоровых лиц, обусловленные возрастом, уровнем образования, типом латеральной организации мозга и другими факторами.

Заключение

Применение в контексте клинико-психологической диагностики комплекса методик, исследующих восприятие времени, обладает рядом значимых преимуществ по сравнению с традиционным набором психодиагностических методик. Прежде всего оно позволяет расширить представления о

функционировании когнитивной сферы субъекта в норме и патологии, дает возможность увидеть межфункциональные связи восприятия времени с другими психическими процессами, определить, какие из них взаимодействуют с временной перцепцией наиболее тесно, проанализировать причины, детерминирующие характер этого взаимодействия.

Финансирование

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 16-06-00161.

Литература

1. Балашова Е.Ю. Опосредование и саморегуляция психической деятельности при нормальном старении и аффективных расстройствах позднего возраста (на примере памяти и восприятия времени) // Психологические исследования. 2016. Т. 9, № 46. С. 2. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 27.02.2017).
2. Вяхирева И.Ю., Балашова Е.Ю. О некоторых особенностях оценки временных интервалов в младшем школьном возрасте // Журнал практического психолога. 2009. № 1. С. 101–111.
3. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. М.: Смысл, 2008. 267 с.
4. Головин О.Д., Симуткин Г.Г. Модель организации переживания и восприятия времени при аффективных расстройствах // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. № 1. С. 27–34.
5. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь: пер. с англ. О.Ю. Гатановой. СПб: Речь, 2010. 352 с.
6. Кроткова О.А., Карасева Т.А., Найдин В.Л. Количественная оценка нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных. М.: МЗ СССР, 1983. 29 с.
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. СПб: Питер, 2008. 624 с.
8. Марцинковская Т.Д. История, культура, развитие как образующие историко-генетической парадигмы // Культурно-историческая психология. 2015. Т. 11. № 4. С. 69–78. doi: <http://dx.doi.org/10.17759/chp.2015110406> (дата обращения: 29.05.2017).
9. Микеладзе Л.И. Восприятие времени при аффективных расстройствах в позднем возрасте: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2016. 36 с.
10. Муздыбаев Л. Переживание времени в момент кризисов // Психологический журнал. 2000. Т. 21. №4. С. 5–21.

Балашова Е.Ю. Восприятие времени и некоторые методические возможности его изучения в клинико-психологических исследованиях
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 97–108.

*Balashova E.Yu. Perception of Time and Some Methodical Possibilities of Its Study in Clinical Psychological Research
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 97–108.*

11. *Нюттен Ж.* Мотивация, действие и перспектива будущего / пер. с англ. Е.Ю. Патяевой, Н.Н. Толстых, В.И. Шевяковой. М.: Смысл, 2004. 608 с.

12. *Портнова Г.В., Балашова Е.Ю., Варманов А.В.* Феномен «когнитивного захватывания» при оценивании временных интервалов // Психологический журнал. 2006. Т. 27. № 1. С. 67–80.

13. *Сергиенко Е.А.* Субъективный возраст в контексте системно-субъектного подхода // Ученые записки Казанского университета. Сер. Гуманитарные науки. 2011. Т. 153. Кн. 5. С. 89–101.

14. *Симуткин Г.Г.* Искажение индивидуального времени как проявление десинхроноза при сезонных аффективных расстройствах // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Т. 10. № 3. С. 16–20.

15. *Соломин И.Л.* Рисуночная методика «Мой жизненный путь». СПб: Речь, 2006. 171 с.

16. *Сырцова А.* Возрастная динамика временной перспективы личности: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2008. 24 с.

17. *Сырцова А., Митина О.В.* Возрастная динамика временных ориентаций личности // Вопросы психологии. 2008. № 2. С. 41–54.

18. *Сысоева О.В.* Психофизиологические механизмы восприятия времени человеком: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2004. 26 с.

19. *Сысоева О.В., Варманов А.В.* Две мозговые подсистемы кодирования длительности (часть 2) // Психологический журнал. 2005. Т. 26. № 2. С. 107–116.

20. *Draaisma D.* Why life speeds up as you grow older: How memory shapes our past. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. 277 p.

21. *Feather N.T., Bond M.J.* Time structure and purposeful activity among employed and unemployed university graduates // Journal of Occupational Psychology. 1983. Vol. 56. № 3. P. 241–254.

22. *Fraisse P.* The psychology of time. New York: Harper and Row, 1963. 343 p.

23. *Friedman W.J., Janssen S.M.* Aging and the speed of time // Acta Psychologica. 2010. Vol. 134. № 2. P. 130–141.

24. *Janet P.* L'évolution de la mémoire et de la notion du temps. Paris: Chanine, 1928. 110 p.

25. *Knapp R.H., Gurbutt J.T.* Time Imagery and the Achievement Motive // Journal of Personality and Social Psychology. 1958. Vol. 26. № 3. P. 426–434.

Балашова Е.Ю. Восприятие времени и некоторые методические возможности его изучения в клинико-психологических исследованиях
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 97–108.

Balashova E.Yu. Perception of Time and Some Methodical Possibilities of Its Study in Clinical Psychological Research
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 97–108.

26. *Roos P., Albers R.* Performance of retardates and normals on a measure of temporal orientation // *American Journal of Mental Deficiency*. 1965. Vol. 69. P. 835–838.

27. *Strathman A., Gleicher F., Boninger D.S., Edwards C.S.* The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994. Vol. 66. № 4. P. 742–752.

28. *Wittmann M., Lehnhoff S.* Age effects in perception of time // *Psychological Reports*. 2005. Vol. 97. № 3. P. 921–935.

29. *Zakay D.* Relative and absolute duration judgments under prospective and retrospective paradigms // *Perception and Psychophysics*. 1993. Vol. 54. № 5. P. 656–664.

30. *Zakay D., Block R.A.* Temporal cognition // *Current Directions in Psychological Science*. 1997. Vol. 6. № 1. P. 12–16.

31. *Zaleski Z.* Future anxiety: Concept, measurement, and preliminary research // *Personality Individual Differences*. 1996. Vol. 21. № 2. P. 165–174.

32. *Zimbardo P.G., Boyd J.N.* Putting time in perspective: a valid, reliable individual-difference metric // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999. Vol. 77. № 6. P. 1271–1288.

Perception of Time and Some Methodical Possibilities of Its Study in Clinical Psychological Research

Balashova E.Yu.,

PhD (Psychology), leading researcher, Department of neuro- and pathopsychology, Faculty of psychology, Lomonosov Moscow State University; leading researcher, Laboratory of psychology of adolescent, Psychological Institute of Russian Academy of Education; senior researcher, Department of medical psychology, Mental Health Research Center; senior researcher, Laboratory of psychology of the personality, Faculty of psychology, Moscow State Regional University, Moscow, Russia; elbalashova@yandex.ru

The article discusses a variety of instructional techniques aimed at study the perception of time and used today in Russian and foreign psychological researches. Author discusses the need for a comprehensive study of the perception of time as a higher mental function and the possibilities of incorporating of experimental techniques aimed at different aspects of time perception in clinical-psychological diagnostics and the outlooks of such integration.

Keywords: time perception, functional system, evaluation and measuring intervals, the experience of time, personality time perspective, clinical psychology.

Funding

This work was supported by grant RFBR № 16-06-00161.

References

1. Balashova E.Yu. Oposredovanie i samoregulyatsiya psikhicheskoi deyatel'nosti pri normal'nom starenii i affektivnykh rasstroistvakh pozdnego vozrasta (na primere pamyati i vospriyatiya vremeni) [The mediation and self-regulation of mental activity in normal aging and affective disorders of the late age (on example of memory and time perception)]. *Psikhologicheskie issledovaniya [Psychological Study]*, 2016, vol. 9, no. 46, pp. 2. URL: <http://psystudy.ru> (Accessed: 27.02.2017).

2. Vyakhireva I.Yu., Balashova E.Yu. O nekotorykh osobennostyakh otsenki vremennykh intervalov v mladshem shkol'nom vozraste [Some features of estimation of time intervals in primary school age]. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa [Journal of the Practical Psychologist]*, 2009, no 1, pp. 101–111.
3. Golovakha E.I., Kronik A.A. Psikhologicheskoe vremya lichnosti [Personality psychological time]. Moscow: Smysl, 2008. 267 p.
4. Golovin O.D., Simutkin G.G. Model' organizatsii perezhivaniya i vospriyatiya vremeni pri affektivnykh rasstroistvakh [The model of organization of experience and perception of time in affective disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*, 2003, vol. 13, no. 1, pp. 27–34.
5. Zimbardo F., Boid Dzh. Paradoksvremeni. Novaya psikhologiya vremeni, kotoraya uluchshit vashu zhizn' [The paradox of time. The new psychology of the time, which will improve your life]. Saint-Petersburg: Rech', 2010. 352 p. (In Russ.)
6. Krotkova O.A., Karaseva T.A., Naidin V.L. Kolichestvennaya otsenka narushenii pamyati u nevrologicheskikh i neirokhirurgicheskikh bol'nykh [Quantitative assessment of memory disorders in neurologic and neurosurgical patients]. Moscow: MZ SSSR, 1983. 29 p.
7. Luria A.R. Vysshie korkovye funktsii cheloveka [Higher cortical functions in man]. Saint-Petersburg: Piter, 2008. 624 p.
8. Martsinkovskaya T.D. Istoriya, kul'tura, razvitie kak obrazuyushchie istoriko-geneticheskoi paradigmy [History, culture, development as forming a historical-genetic paradigm]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2015, vol. 11, no. 4, pp. 69–78. doi: <http://dx.doi.org/10.17759/chp.2015110406> (Accessed: 29.052017).
9. Mikeladze L.I. Vospriyatie vremeni pri affektivnykh rasstroistvakh v pozdnem vozraste: Avtoref. diss. ... kand. psikhol. nauk. [Time perception in affective disorders in the late age. PhD (Psychology) thesis]. Moscow, 2016. 36 p.
10. Muzdybaev L. Perezhivanie vremeni v moment krizisov [The experience of time in the time of crises]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2000, vol. 21. no. 4, pp. 5–21.
11. Nutten Zh. Motivatsiya, deistvie i perspektiva budushchego [Motivation, planning, and action]. Moscow: Smysl, 2004. 608 p. (In Russ.).
12. Portnova G.V., Balashova E.Yu., Vartanov A.V. Fenomen "kognitivnogo zakhvatyvaniya" pri otsenivani vremennykh intervalov [The phenomenon of "cognitive capture" in the estimation of time intervals]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2006, vol. 27, no. 1, pp. 67–80.
13. Sergienko E.A. Sub"ektivnyi vozrast v kontekste sistemno-sub"ektnogo podkhoda [Subjective age in the context of system-subject approach]. *Uchenye zapiski Kazanskogo*

universiteta. Seriya Gumanitarnye nauki [Scientific notes of Kazan University. Series of Humanitarian Sciences], 2011, vol. 153, no. 5, pp. 89–101.

14. Simutkin G.G. Iskazhenie individual'nogo vremeni kak proyavlenie desinkhronoza pri sezonnykh affektivnykh rasstroistvakh [The distortion of time as a manifestation of desynchronosis in case of seasonal affective disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya [Social and Clinical Psychiatry]*, 2000, vol. 10, no. 3, pp. 16–20.

15. Solomin I.L. Risunochnaya metodika "Moi zhiznennyi put'" [Drawing technique "My life"]. Saint-Petersburg: Rech', 2006. 171 p.

16. Syrtsova A. Vozrastnaya dinamika vremennoi perspektivy lichnosti: Avtoref. diss. ... kand. psikhol. nauk. [Age dynamics of personality time perspective. PhD (Psychology) thesis]. Moscow, 2008. 24 p.

17. Syrtsova A., Mitina O.V. Vozrastnaya dinamika vremennykh orientatsii lichnosti [Age dynamics of temporal orientations of personality]. *Voprosy psikhologii [Questions of Psychology]*, 2008, no. 2, pp. 41–54.

18. Sysoeva O.V. Psikhofiziologicheskie mekhanizmy vospriyatiya vremeni chelovekom: Avtoref. diss. ... kand. psikhol. nauk. [Psychophysiological mechanisms of perception of time man. PhD (Psychology) thesis]. Moscow, 2004. 26 p.

19. Sysoeva O.V., Vartanov A.V. Dve mozgovye podsistemy kodirovaniya dlitel'nosti (chast' 2) [Two brain subsystems coding duration (Part 2)]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2005, vol. 26, no. 2, pp. 107–116.

20. Draaisma D. Why life speeds up as you grow older: How memory shapes our past. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. 277 p.

21. Feather N.T., Bond M.J. Time structure and purposeful activity among employed and unemployed university graduates. *Journal of Occupational Psychology*, 1983, vol. 56, no. 3, pp. 241–254.

22. Fraisse P. The psychology of time. New York: Harper and Row, 1963. 343 p.

23. Friedman W.J., Janssen S.M.J. Aging and the speed of time. *Acta Psychologica*, 2010, vol. 134, no. 2, pp. 130–141.

24. Janet P. L'évolution de la mémoire et de la notion du temps. Paris: Chanine, 1928. 110 p.

25. Knapp R.H., Gurbutt J.T. Time Imagery and the Achievement Motive. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1958, vol. 26, no. 3, pp. 426–434.

26. Roos P., Albers R. Performance of retardates and normals on a measure of temporal orientation. *American Journal of Mental Deficiency*, 1965, vol. 69, pp. 835–838.

27. Strathman A., Gleicher F., Boninger D.S., Edwards C.S. The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, vol. 66, no. 4, pp. 742–752.
28. Wittmann M., Lehnhoff S. Age effects in perception of time. *Psychological Reports*, 2005, vol. 97, no. 3, pp. 921–935.
29. Zakay D. Relative and absolute duration judgments under prospective and retrospective paradigms. *Perception and Psychophysics*, 1993, vol. 54, no. 5, pp. 656–664.
30. Zakay D., Block R.A. Temporal cognition. *Current Directions in Psychological Science*, 1997, vol. 6, no. 1, pp. 12–16.
31. Zaleski Z. Future anxiety: Concept, measurement, and preliminary research. *Personality Individual Differences*, 1996, vol. 21, no. 2, pp. 165–174.
32. Zimbardo P.G., Boyd J.N. Putting time in perspective: a valid, reliable individual-difference metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, vol. 77, no. 6, pp. 1271–1288.

Модификация Опросника родительского отношения (А.Я. Варги, В.В. Столина) для семьи, воспитывающей особого ребенка

Галасюк И.Н.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра нейро- и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, igalas64@gmail.com

Митина О.В.,

кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник, лаборатория психологии общения и психосемантики, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия, omitina@inbox.ru

В статье представлены результаты исследования, целью которого явились разработка психодиагностического инструмента для изучения отношения родителя к особому ребенку с учетом специфики его нарушений в развитии и, в частности, модификация Опросника родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина. Обсуждаются возможности модификации опросника: изменение ряда вопросов, содержание которых неадекватно исследуемой ситуации; уточнение шкалы Контроля, которая при взаимоотношении родителей с особым ребенком существенным образом меняется по сравнению с ситуацией воспитания ребенка, развивающегося в рамках нормы; сокращение количества пунктов опросника. Приводятся данные психометрического анализа с использованием конфирматорного факторного анализа. В исследовании приняли участие 137 родителей детей с различными нарушениями в развитии (синдром Дауна, ментальные нарушения) – воспитанников детских домов-интернатов и центров содействия семейному воспитанию г. Москвы.

Ключевые слова: семья особого ребенка, ребенок с нарушениями в развитии, родительское отношение, Опросник родительского отношения (ОРО), шкалы Опросника родительского отношения.

Для цитаты:

Галасюк И.Н., Митина О.В. Модификация Опросника родительского отношения (А.Я. Варги, В.В. Столина) для семьи, воспитывающей особого ребенка [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 109–129. doi: 10.17759/psyclin.2017060209

For citation:

Galasyuk I.N., Mitina O.V. The Modification of the Parental Attitudes Questionnaire (A. Varga, V. Stolin) for the Family with the Child with Mental Disabilities [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 109–129. doi: 10.17759/psycljn.2017060209 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В нашей работе мы изучаем семью ребенка с ментальными нарушениями и используем по отношению к такому ребенку термин «особый ребенок». Анализ методического инструментария, используемого отечественными исследователями, позволяет констатировать: большинство методик нацелено на изучение семьи, воспитывающей ребенка без нарушений в развитии. Предлагаемые исследователями типологии родительского отношения (Э.Г. Эйдемиллер, В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, Д.Н. Исаев и др.) связываются с клиническим статусом ребенка, страдающего психическим заболеванием пограничного круга, что существенно ограничивает их использование в отношении семей, воспитывающих детей с другими нарушениями в развитии [3].

Существующие методики для диагностики семьи с особым ребенком фокусируются на проблемах и возможностях адаптации таких детей (анкета для определения эмоционально-поведенческих особенностей Л.М. Шипициной; опросник «Шкала навыков, необходимых для социальной адаптации» Д. Норрис и П. Вильямс, адаптированный Л.М. Шипициной), оставляя за рамками поведенческие, эмоциональные и когнитивные аспекты родительского отношения. Используемые на сегодняшний день инструменты для диагностики родительского отношения и стиля воспитания в семье с особым ребенком обладают недостаточной способностью к дифференциации, фокусируясь на качественной информации («История жизни с проблемным ребенком» и социограмма «Моя семья» В.В. Ткачевой; «Психологическая автобиография» Л.М. Шипициной; методика «Незаконченные предложения» для исследования особенностей воспитания в семье ребенка с нарушениями психического развития С.М. Убада Али).

Отмечено, что исследования детско-родительских отношений в отечественной психологии «носят в основном узкоприкладной характер и в большинстве случаев не выходят за рамки психотерапевтического подхода» [16, с. 83]. Авторы исследований родительского отношения в семьях с особыми детьми прибегают к различным описательным признакам, раскрывающим его специфику. В поведении родителей, как отмечает О.Б. Чарова, были выявлены следующие характеристики:

«матери детей с интеллектуальным дефектом склонны эмоционально отвергать своего ребенка, реализуют негативную воспитательную практику» [21, с. 5]. Также отмечается ярко выраженная противоречивость отношения родителя к особому ребенку. С одной стороны, родители отвергают его, с другой – устанавливают симбиотические отношения, стремясь обеспечить ребенку безопасность. Часто реакцией матери является жалость к нему, стремление опекать, контролировать. В то же время у матерей проявляется раздражение, желание наказать ребенка, игнорировать его интересы в силу их примитивности [22; 23]. Подобные описательные признаки явно свидетельствуют о нарушении взаимодействия родителя с ребенком. Наблюдение и беседы с родителями позволили ученым сделать вывод, что матери, воспитывающие особого ребенка, достаточно часто характеризуют его как несамостоятельного, упрямого, больного, грустного и пассивного. Констатируется, что степень нарушения материнского отношения зависит от тяжести патологии ребенка: матери детей с интеллектуальным дефектом характеризуются более негативными установками по отношению к детям, нежели матери, имеющие детей с нарушениями слуха [22].

Е.М. Мастюкова и А.Г. Московкина отмечают, что результаты специальных исследований демонстрируют низкую готовность родителей к взаимодействию с ребенком с отклонениями в развитии, их высокую озабоченность нарушениями поведения, речи и динамики психических процессов [11]. И.Ю. Левченко и В.В. Ткачева также указывают на недостаточность и неадекватность взаимодействия родителей с особыми детьми, что в эмоциональном плане усугубляет их дефект, искажает личностное развитие и снижает возможности социально-приспособительных характеристик [9]. Между тем А.Я. Варга, проводившая исследование с участием лиц, испытывающих трудности в воспитании детей, обращает внимание на связь качества взаимоотношений родителя с ребенком и родительского отношения. Подчеркивается, что существует две группы причин, по которым взаимоотношения между родителем и ребенком могут быть нарушены: «первые касаются в основном ребенка, его психологических особенностей и поведения в семье; вторые относятся прежде всего к родителям, к их поведению, манере обращения и воспитания ребенка» [3, с. 4]. А.Я. Варга указывает на необходимость анализа нарушений родительского отношения, подлежащих психологической коррекции. На диагностику родительского отношения направлен разработанный А.Я. Варгой и В.В. Столиным «Опросник родительского отношения» (ОРО) [4], в основе которого лежит динамическая двухфакторная модель родительского отношения, предложенная в 1969 году Е. Шеффером и Р. Беллом. Основные факторы данной модели – эмоциональный (любовь/ненависть или принятие/непринятие) и поведенческий (автономия/контроль). На сегодняшний день данный опросник является наиболее известным и используемым методом диагностики в отечественной психологии [16].

Опросник родительского отношения используется на протяжении нескольких десятков лет для диагностики детско-родительских отношений в семье с ребенком, развивающимся в рамках нормы, и охватывает широкий комплекс исследовательских аспектов: эмоциональных переживаний детей, проявлений

агрессии, конфликтности, наличия тех или иных потребностей у ребенка в зависимости от внутрисемейных отношений, различных типов детско-родительских отношений [12; 18]. Опросник родительского отношения был включен в батарею методик для исследования материнской и отцовской позиций [2; 19; 20]. Ученые использовали ОРО в диагностическом комплексе при изучении особенностей проявлений детско-родительских отношений, самосознания родителя у разных этнических групп [1; 13].

Широкое использование ОРО свидетельствует о его конструктивной и прагматической валидности. С его помощью удастся выделить преобладающее (принимаящее или отвергающее) отношение родителя к ребенку и выявить такие компоненты родительского отношения, как контроль, кооперация, симбиоз. Вместе с тем, с нашей точки зрения, оригинальная версия ОРО нуждается в дополнительной статистической проверке. Несмотря на использование данного диагностического инструмента многими исследователями, мы отмечаем нечеткую дифференцированность и несбалансированность вопросов по каждой шкале, предложенной авторами (например, к шкале принятия относится 33 пункта из 61), отсутствие данных о валидации опросника и данных, подтверждающих его надежность. Более того, авторы методики предлагают исследователю каждый раз самому выполнять психометрические процедуры на своих данных, что свидетельствует о том, что опросник нуждается в психометрической доработке. К сожалению, в большинстве исследований с применением данного опросника подобная психометрика не проводилась.

Несмотря на то, что тестовые задания ОРО в оригинальной версии, с нашей точки зрения, не отражают специфику взаимоотношений родителя с ребенком, имеющим нарушения в развитии, так как ориентирован на диагностику детей с развитием в рамках нормы, данный опросник был использован без каких-либо модификаций в исследованиях родительского отношения к детям с различными нарушениями здоровья и развития. С его помощью изучались особенности семейного воспитания детей с нарушениями психического развития [14], специфика и оптимизация детско-родительских отношений в семье, воспитывающей ребенка с нарушениями зрения [8; 17], особенности материнского отношения к детям с нарушением интеллекта [21], к часто болеющим детям [6; 7; 15].

Вызывает сомнения этическая сторона некоторых утверждений опросника при его использовании в диагностической процедуре с родителями особого ребенка. Наш практический опыт показывает, что некоторые утверждения опросника адекватны для опроса родителей ребенка, развивающегося в рамках нормы, однако вызывают негативную реакцию родителей при диагностике родительского отношения к особому ребенку. Среди таких утверждений, мы выделили следующие: «Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы»; «Мой ребенок часто отстает в психологическом развитии и для своего возраста выглядит недостаточно развитым»; «Мой ребенок не в состоянии сделать что-либо самостоятельно, и если он это делает, то обязательно получается не так, как нужно». Можно констатировать, что на сегодняшний день опросник, созданный для

диагностики родительского отношения в семье, воспитывающей ребенка без нарушений в развитии, широко используется исследователями без адаптации его к специфике семьи с особыми детьми.

В некоторых исследованиях предпринимались попытки осуществить модификацию ОРО, однако модификация опросника ограничивалась тем, что авторы вносили в формулировки утверждений некоторые изменения, связанные с предметом исследования, не проводя при этом психометрической проверки на надежность и валидность модификаций. Так, в исследовании социально-психологических детерминант успешного приемного родительства О.Г. Япарова предлагает свою модификацию опросника, которая заключается в добавлении оригинальных утверждений уточнения, что речь идет о приемном ребенке, а также приводит весьма сомнительный довод о необходимости убрать шкалу «Симбиоз», так как «подобная межличностная дистанция не характерна в общении с приемным ребенком» [24, с. 71].

Негативные варианты родительского отношения, по нашему мнению, могут проявляться как среди родителей, воспитывающих детей, развивающихся в рамках нормы, что было предметом исследования А.Я. Варги, так и среди родителей ребенка с нарушениями в развитии. С одной стороны, детей с различными нарушениями в развитии называют «дети со специальными нуждами», «особые дети», «дети-инвалиды», подчеркивая, что в зависимости от умственных и физических нарушений у них присутствуют особенности в поведении, в эмоциональном состоянии. Это необходимо учитывать при анализе родительского отношения. С другой стороны, нарушение взаимоотношений в диаде «мать–особый ребенок» с высокой долей вероятности может быть обусловлено и поведением родителя.

Настоятельная необходимость разработки метода психологической диагностики детско-родительских отношений в семье, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии, побудила нас модифицировать опросник родительского отношения.

Результаты исследования

На *первом этапе* исследования мы проанализировали возможность использования формулировок каждого пункта оригинальной версии ОРО применительно к родителям особого ребенка. К данной работе были привлечены 8 экспертов – психологов, работающих с родителями в детских домах-интернатах для детей с ментальными нарушениями и в центрах содействия семейному воспитанию. Экспертам было предложено проанализировать возможность использования утверждений оригинальной версии опросника при диагностике родительского отношения в семье ребенка с различными нарушениями в развитии (синдром Дауна, ментальные нарушения), руководствуясь своим опытом работы с родителями особого ребенка. Утверждения оригинальной версии, которые, по мнению экспертов, не отражают ситуацию взаимодействия родителя с особым

ребенком или просто неадекватны ей, были переформулированы. Результаты проделанной работы представлены в табл. 1.

Таблица 1

Сопоставление утверждений оригинальной версии ОРО (А.Я. Варга, В.В. Столин) с переформулированными утверждениями в модифицированной версии опросника

№ вопроса	Оригинальная версия ОРО (А.Я. Варга, В.В. Столин)	Шкала	Модификация
2	Я считаю своим долгом знать все, что думает мой ребенок	Контроль	Я считаю своим долгом знать все, о чем может думать мой ребенок, что он чувствует
4	Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы	Принятие	Поведение моего ребенка часто вызывает во мне злость.
5	Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют	Симбиоз	Все проблемы моего ребенка – это прежде всего мои проблемы
7	Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни	Симбиоз	<i>Несмотря на существующие проблемы в развитии ребенка, необходимо приучать его как можно раньше к самостоятельности¹</i>
12	Мой ребенок ничего не добьется в жизни	Принятие	<i>Мой ребенок еще добьется чего-то в жизни</i>
15	Для своего возраста мой ребенок немножко незрелый	Принятие	<i>Мой ребенок мог бы развиваться лучше и быстрее, если бы не его дурной характер</i>
19	Ребенка следует держать в жестких рамках, тогда из него вырастет порядочный человек	Контроль	<i>Ребенок должен беспрекословно слушаться родителей</i>

¹ В некоторых случаях изменения в формулировках утверждений делались для того, чтобы изменить знак «ключа» и выровнять все варианты ответов в аспекте социальной желательности. Пункты с обратными в сравнении с оригинальной версией формулировками выделены курсивом.

№ вопроса	Оригинальная версия ОРО (А.Я. Варга, В.В. Столин)	Шкала	Модификация
21	Я принимаю участие в своем ребенке	Кооперация	<i>Мне трудно принимать участие в жизни ребенка</i>
23	Мой ребенок не добьется успеха в жизни	Принятие	<i>То, что мой ребенок делает, он делает успешно</i>
24	Когда в компании знакомых говорят о детях, мне немного стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как мне бы хотелось	Принятие	<i>Когда в компании говорят о детях, я не стыжусь говорить о своем ребенке</i>
26	Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, они кажутся мне взрослее и по поведению, и по суждениям	Принятие	<i>Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, мне вовсе не кажется, что он хуже всех</i>
28	Я часто жалею о том, что мой ребенок растет и взрослеет, и с нежностью вспоминаю его маленьким	Симбиоз	<i>Мой ребенок всегда нуждается в моей помощи и защите</i>
30	Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг всего того, что мне не удалось в жизни	Контроль	<i>Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг всего, что может достичь человек, имея такую болезнь, и даже больше</i>
33	При принятии семейных решений следует учитывать мнение ребенка	Принятие	<i>При планировании семейных мероприятий следует учитывать желания и состояние ребенка</i>
34	Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка	Кооперация	<i>Я активно участвую в обучении и воспитании моего ребенка</i>
41	Самое главное, чтобы у ребенка было спокойное и беззаботное детство	Симбиоз	<i>Мой ребенок и я – это одно целое</i>
48	Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер	Контроль	<i>Моему ребенку необходима строгая дисциплина</i>
50	За строгое воспитание дети благодарят потом	Контроль	<i>За непослушание ребенка следует строго наказывать</i>

№ вопроса	Оригинальная версия ОРО (А.Я. Варга, В.В. Столин)	Шкала	Модификация
55	Мой ребенок вырастет не приспособленным к жизни	Принятие	<i>Мой ребенок вполне адаптивен и может себя сам обслуживать</i>
58	Нередко я восхищаюсь своим ребенком	Симбиоз	<i>Я хотел(а) бы, чтобы мой ребенок подольше оставался маленьким</i>
59	Ребенок не должен иметь секретов от родителей	Контроль	<i>У ребенка могут быть свои секреты</i>

Нередко исследователи под «модификацией» методики подразумевают лишь изменение формулировок некоторых пунктов, что представляется нам не вполне корректным. Дело в том, что изменение формулировок может привести к изменению психометрических показателей (валидности, надежности, достоверности) и к изменению диагностируемых конструктов в принципе. Поэтому изменение формулировок пунктов опросника требует дополнительных подтверждений надежности и валидности методики.

В данном случае на *втором этапе* исследования нами были выполнены эти статистические процедуры при обработке результатов исследования с применением модифицированной версии опросника. В исследовании приняли участие 137 родителей, дети которых являются воспитанниками детских домов-интернатов и центров содействия семейному воспитанию. Описание выборки представлено в табл. 2.

Таблица 2

Половозрастной состав выборки

	Степень родства к ребенку			Всего
	Отец	Мать	Бабушка	
Число респондентов	42	88	7	137
Средний возраст	42,07	39,65	63,29	41,60
Стандартное отклонение	6,66	7,22	9,18	8,79

В исследовании приняли участие семьи детей с различной степенью ментального нарушения в развитии (табл. 3). Возрастной диапазон детей с особенностями в развитии составил от 2-х до 18-ти лет. Средний возраст – 9,63, стандартное отклонение – 3, 68.

Таблица 3

Состав выборки в соответствии с типом нарушения ребенка

Степень ментального нарушения	Число семей
Легкая	31
Умеренная	70
Тяжелая	36

Для анализа данных использовался конфирматорный факторный анализ (программа EQS) [10]. В первоначальной модели все пункты опросника были распределены по 5 факторам в соответствии с «ключом». Индексы согласованности – $\chi^2=2964,890$, $df=1759$, $p\text{-value}<0,005$, $CFI=0,925$, $RMSEA=0,072$ – свидетельствуют о том, что предлагаемая модель соответствует эмпирическим данным. Однако мы решили улучшить модель по следующим направлениям.

1. Из первой шкалы были оставлены пункты с наиболее высокими факторными нагрузками таким образом, чтобы их общее число существенно не превышало число пунктов в других шкалах. В итоге из 33 пунктов по шкале «Принятие» были оставлены 14, а общее количество пунктов сократилось с 61 до 30.

2. Некоторые вопросы оказались статистически более нагружены другими шкалами. В том случае, когда это соответствовало нашему пониманию семантики шкал, мы допускали перенос двух пунктов на новые шкалы. Так, в оригинальной версии утверждение № 34 («Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка») относится к шкале «Кооперация». В модифицированной версии мы заменили данное утверждение на «За непослушание ребенка следует строго наказывать», которое при конфирматорном анализе было отнесено к шкале «Принятие». Пункт № 27 («Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время») оказался нагруженным не только по шкале «Принятие», как было в оригинале методики, но и по шкале «Симбиоз».

3. Была добавлена корреляция между остаточными членами ($r=0,402$) для двух практически синонимичных пунктов: утверждения № 22 («К моему ребенку “липнет” все дурное») и утверждения № 17 («Мой ребенок выпитывает в себя все дурное, как губка»).

В итоге индексы согласованности существенно улучшились до $\chi^2=987,898$, $df=393$, $p\text{-value}<0,005$, $CFI=0,940$, $RMSEA=0,106$. Таким образом, данный состав пунктов и соотнесение их со шкалами вполне хорошо согласован с эмпирическими данными.

Получившиеся факторные нагрузки пунктов по шкалам представлены ниже, в табл. 4.

Таблица 4

Таблица факторных нагрузок пунктов по шкалам

№ утверждения в полной модифицированной версии	Формулировка утверждения в модифицированной версии	Факторная нагрузка
Принятие		
24	Когда в компании говорят о детях, я не стыжусь говорить о своем ребенке	0,727
12	Мой ребенок еще добьется чего-то в жизни	0,575
27	Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время	0,299
14	Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые, кроме презрения, ничего не стоят	-0,839
46	Мой ребенок часто раздражает меня	-0,823
8	Мой ребенок часто неприятен мне	-0,814
44	Мой ребенок может вывести из себя кого угодно	-0,770
4	Поведение моего ребенка часто вызывает во мне злость	-0,768
18	Моего ребенка трудно научить хорошим манерам при всем старании	-0,762
16	Мой ребенок ведет себя плохо специально, чтобы досадить мне	-0,734
15	Мой ребенок мог бы развиваться лучше и быстрее, если бы не его дурной характер	-0,715
60	Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него	-0,693
47	Воспитание ребенка – сплошная нервотрепка	-0,681
50	За непослушание ребенка следует строго наказывать	-0,662
Кооперация		
43	Я разделяю увлечения своего ребенка	0,709
25	Я жалею своего ребенка	0,613
6	Я испытываю к ребенку чувство расположения.	0,490
21	Мне трудно принимать участие в жизни ребенка	-0,774

№ утверждения в полной модифицированной версии	Формулировка утверждения в модифицированной версии	Факторная нагрузка
Симбиоз		
41	Мой ребенок и я – это одно целое	0,786
28	Мой ребенок всегда нуждается в моей помощи и защите	0,596
27	Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время	0,573
1	Я всегда сочувствую своему ребенку	0,557
5	Все проблемы моего ребенка – это прежде всего мои проблемы	0,510
58	Я хотел(а) бы, чтобы мой ребенок подольше оставался маленьким	0,424
Контроль		
34	Я активно участвую в обучении и воспитании моего ребенка	0,779
57	Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка	0,703
2	Я считаю своим долгом знать все, о чем может думать мой ребенок, что он чувствует	0,665
Инфантилизация		
11	Я испытываю досаду по отношению к своему ребенку	0,740
54	Мой ребенок не в состоянии что-либо сделать самостоятельно, а если и сделает, то обязательно не так	0,728
22	К моему ребенку «липнет» все дурное	0,630
17	Мой ребенок впитывает в себя все дурное, как губка	0,516

Корреляции между факторами, соответствующими шкалам, представлены в табл. 5.

Таблица 5

**Корреляция между шкалами модифицированной версии опросника
родительского отношения**

Шкалы	Принятие	Кооперация	Симбиоз	Контроль
Кооперация	0,827			
Симбиоз	0,616	0,859		
Контроль	0,577	1	0,909	
Инфантилизация	-1	-0,818	-0,569	-0,497

Из таблицы корреляций видна сильная антонимия между шкалами «Инфантилизация» и «Принятие». Таким образом, негативные ожидания в данном случае практически тождественны отвержению. С другой стороны, Кооперация очень близка по смыслу Контролю. Более того, было выявлено, что четыре шкалы вполне соответствуют оригинальной версии по смыслу входящих в них вопросов, а вот пункты, входящие в шкалу Контроля, выглядят явно случайным образом. Мы предполагаем, что причиной этого является слабое отражение смысла конструкта «Контроль» в утверждениях модифицированной версии. По нашему мнению, необходимо сформулировать более основательно содержание данного конструкта применительно к ситуации отношений между родителями и детьми с нарушениями в развитии.

Следует учитывать, что такие дети в силу ограничений, детерминированных их нарушениями, действительно нуждаются в повышенном внимании со стороны родителя, которое в обычной семье может быть интерпретировано как чрезмерная опека или контроль. Поэтому требуется анализ того, что такое контроль в данной ситуации, когда он становится чрезмерным, а когда, наоборот, то, что можно считать демократичным и либеральным отношением между родителями и детьми в обычной ситуации, становится недопустимым для детей данной категории.

В отношении шкалы «Симбиоз» также необходимо прояснить сущность данного понятия применительно к исследованию родительского отношения к ребенку с ментальными нарушениями. В норме симбиоз является отрицательной характеристикой детско-родительских отношений и сопровождается гиперопекой. Мы предполагаем, что симбиоз между родителем и ребенком с нарушениями в развитии может выступать как позитивная характеристика. В случае особых детей наличие тесной связи в диаде «родитель–ребенок» может служить показателем вовлеченности родителя, стремления понять и реализовать витальные потребности ребенка в противоположность эмоциональной отстраненности, холодности в отношениях с ребенком [5].

Окончательная версия модифицированного Опросника родительского отношения для проведения психодиагностики семьи с особым ребенком представлена в Приложении 1.

Обсуждение результатов

В исследовании с использованием предложенной нами модификации Опросника родительского отношения (А.Я. Варги, В.В. Столина) приняли участие 137 родителей детей в возрасте от 2-х до 18-ти лет с различной степенью умственной отсталости. Конфирматорный факторный анализ позволил сократить пункты, представленные в оригинальной версии, в два раза и проанализировать внесенные изменения. Шкалы оказались более сбалансированными по количеству входящих в них пунктов. Полученные факторы и их корреляции свидетельствуют о хорошей согласованности и могут являться косвенным подтверждением надежности, а также конвергентной и дивергентной валидности.

В процессе апробации модифицированного нами опросника была получена обратная связь от родителей о том, что его заполнение не вызвало у них трудностей или неприятных эмоций. Опросник родительского отношения в семье с особым ребенком использовался нами при исследовании семей, воспитывающих детей с ментальными нарушениями в развитии, однако мы считаем, что он может использоваться также в семьях, где растет ребенок с нарушениями в развитии иного типа. Измененные нами формулировки отражают ситуацию взаимодействия родителя с особым ребенком и учитывают специфику ограничений, накладываемых различными нарушениями в развитии. Так, например, в модифицированной версии исключается необходимость сравнивать особого ребенка со сверстниками, развивающимися в рамках нормы.

Отмечен недостаток модифицированного варианта опросника, который требует дополнительных исследований. Шкала «Контроль» в модифицированной версии не выявлена как самостоятельный конструкт на базе имеющихся пунктов, что согласуется с нашей имплицитной гипотезой, что именно эта шкала определяет различия между родительским отношением в семьях с детьми, развивающимися в рамках нормы, и в семьях с особыми детьми. Возможно, то, что для семьи с нормотипичным ребенком кажется гиперконтролем, для семей с особым ребенком является жизненно необходимым типом взаимодействия в процессе ухода и воспитания ребенка с нарушениями в развитии.

Данное исследование в процессе разработки опросника является первым шагом. Надежность и согласованность шкал, согласованность модели с полученными эмпирическими данными и содержательная валидность являются косвенными подтверждениями конструктивной валидности. В то же время это не снимает задачи непосредственной проверки конструктивной, а также критериальной валидности. С другой стороны, необходимо провести проверку ретестовой надежности для обоснования устойчивости опросника к временным флуктуациям. Наконец, с точки зрения модификации содержательных аспектов Опросника родительского отношения в семье с особым ребенком, необходимым является анализ понятия «Контроль» в семье, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии. Этот анализ возможно осуществить с помощью опроса родителей, и на его основании сформулировать утверждения, соответствующие конструкту «Контроль» для семей данной категории.

Наблюдения и многолетняя практическая работа с родителями особых детей показали, что в условиях сотрудничества с междисциплинарной командой специалистов родителям удастся преодолеть поведенческие стереотипы, практикуемые в общении с особыми детьми, научиться понимать особенности характера и поведения своего ребенка. Вместе с тем актуальной задачей практической помощи семьям остается изучение родительского отношения к особому ребенку, построение оптимального взаимодействия между родителем и ребенком для развития гармоничной личности последнего.

Финансирование

Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 16-06-00991.

Литература

1. *Андреева Л.А.* Психологические особенности детско-родительских отношений в этносе, проживающем в диаспоре и на исконной территории: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2000. 143 с.
2. *Бармина Т.В.* Материнская позиция как детерминанта самоопределения женщины: дисс. ... канд. психол. наук. Комсомольск-на-Амуре, 2006. 289 с.
3. *Варга А.Я.* Структура и типы родительского отношения: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1986. 206 с.
4. *Варга А.Я.* Тест-опросник родительского отношения / Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы // под ред. А.Я. Варги, В.В. Столина. М.: МГУ, 1988. 128 с.
5. *Галасюк И.Н.* Анализ типов родительского позиционирования в семье ребенка с ментальными нарушениями: на пути к «солнечной стороне» родительства (часть 2) // Новое в психолого-педагогических исследованиях. 2016. № 1. Т. 41. С. 93–103.
6. *Доманецкая Л.В.* Особенности общения с родителями часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста как условие улучшения его соматического статуса: дисс. ... канд. психол. наук. Красноярск, 2011. 279 с.
7. *Дусказиева Ж.Г.* Гендерные особенности тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста и возможности ее коррекции: дисс. ... канд. психол. наук. Красноярск, 2009. 236 с.
8. *Куракина Е.А.* Особенности психологической адаптации слабовидящих первоклассников к школе в зависимости от родительско-детских отношений: дисс. ... канд. психол. наук. Н. Новгород, 2006. 210 с.
9. *Левченко И.Ю., Ткачева В.В.* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 2008. 240 с.

Галасюк И.Н., Митина О.В. Модификация Опросника родительского отношения (А.Я. Варги, В.В. Столина) для семьи, воспитывающей особого ребенка
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 109–129.

Galasyuk I.N., Mitina O.V. The Modification of the Parental Attitudes Questionnaire (A. Varga, V. Stolin) for the Family with the Child with Mental Disabilities
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 109–129.

10. Митина О.В. Разработка и адаптация психодиагностических методик. М., Смысл, 2011. 235 с.

11. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пос. для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. В.И. Селиверстова. М.: Владос, 2003. 408 с.

12. Махортова Г.Х. Зависимость эмоциональных переживаний детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста от характера внутрисемейных отношений: дисс. ... канд. психол. наук. Москва, 2006. 193 с.

13. Мохова С.Ю. Самосознание родителя в системе отношений с ребенком: Кросс-культурное исследование: дисс. ... канд. психол. наук. Чита, 2004. 185 с.

14. Сабер Мухамед Убад Али. Особенности семейного воспитания детей с нарушениями психического развития: дисс. ... канд. психол. наук. СПб, 2010. 192 с.

15. Сидоркина Т.Ю. Адаптация часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению: дисс. ... канд. психол. наук. Красноярск, 2012. 273 с.

16. Смирнова Е.О., Соколова М.В. Методика диагностики структуры родительского отношения и его динамики в онтогенезе ребенка // Психологическая наука и образование. 2005. № 4. С. 83–91.

17. Сумарокова И.Г. Оптимизация родительского отношения в процессе психолого-педагогической работы с семьей, воспитывающей ребенка с глубокими нарушениями зрения: дисс. ... канд. психол. наук. Н. Новгород, 2009. 187 с.

18. Тарасова Е.В. Специфика проявлений агрессивности ребенка при различных типах детско-родительских отношений: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2008. 209 с.

19. Токарева Ю.А. Психологические основания воспитательной деятельности отца: дисс. ... док. психол. наук. Екатеринбург, 2012. 475 с.

20. Удальцова М.О. Связь социально-психологического типа родительской позиции отца с самооценкой дошкольников: дисс. ... канд. психол. наук. Вологда, 2010. 223 с.

21. Чарова О.Б. Особенности материнского отношения к детям с нарушением интеллекта: дисс. ... канд. психол. наук. Орел, 2003. 175 с.

22. Чарова О.Б., Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием // Дефектология. 1999. № 5. С. 34–39.

23. Шипицина Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе: Социализация детей с нарушением интеллекта. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Речь, 2005. 477 с.

24. Япарова О.Г. Социально-психологические детерминанты успешного приемного родительства: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2009. 189 с.

Приложение 1

Опросник родительского отношения в семье с особым ребенком (модификация опросника родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина)

Инструкция

Уважаемый родитель!

Перед Вами текст опросника, который содержит утверждения о родительском отношении к вопросам воспитания детей и общения с ними. Все утверждения пронумерованы. Прочтите по очереди утверждения опросника. Если Вы в принципе согласны с утверждением, то на бланке ответа обведите кружком номер утверждения. Если не согласны – зачеркните этот номер. В опроснике нет правильных или неправильных утверждений. Отвечайте так, как Вы сами думаете.

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, о чем может думать мой ребенок, что он чувствует.
3. Поведение моего ребенка часто вызывает во мне злость.
4. Все проблемы моего ребенка – это прежде всего мои проблемы.
5. Я испытываю к ребенку чувство расположения.
6. Мой ребенок часто неприятен мне.
7. Я испытываю досаду по отношению к своему ребенку.
8. Мой ребенок еще добьется чего-то в жизни.
9. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые, кроме презрения, ничего не стоят.
10. Мой ребенок мог бы развиваться лучше и быстрее, если бы не его дурной характер.
11. Мой ребенок ведет себя плохо специально, чтобы досадить мне.
12. Мой ребенок впитывает в себя все дурное, как губка.
13. Моего ребенка трудно научить хорошим манерам при всем старании.
14. Мне трудно принимать участие в жизни ребенка.
15. К моему ребенку «липнет» все дурное.
16. Когда в компании говорят о детях, я не стыжусь говорить о своем ребенке.
17. Я жалею своего ребенка.
18. Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время.
19. Мой ребенок всегда нуждается в моей помощи и защите.

20. Я активно участвую в обучении и воспитании моего ребенка.
21. Мой ребенок и я – это одно целое.
22. Я разделяю увлечения своего ребенка.
23. Мой ребенок может вывести из себя кого угодно.
24. Мой ребенок часто раздражает меня.
25. Воспитание ребенка – сплошная нервотрепка.
26. За непослушание ребенка следует строго наказывать.
27. Мой ребенок не в состоянии что-либо сделать самостоятельно, а если и сделает, то обязательно не так.
28. Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.
29. Я хотел(а) бы, чтобы мой ребенок подольше оставался маленьким.
30. Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.

The Modification of the Parental Attitudes Questionnaire (A. Varga, V. Stolin) for the Family with the Child with Mental Disabilities

Galasyuk I.N.,

PhD (Psychology), assistant professor, Department of the neuro and pathopsychology of development, Faculty of clinical and special psychology, MSUPE, Moscow, Russia, igalas64@gmail.com

Mitina O.V.,

PhD (Psychology), associate professor, leading research associate, Laboratory of psychology of communication and psychosemantics, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, omitina@inbox.ru

The article discusses the possibility of use of the parent-child relationship questionnaire in a situation of raising a child with developmental disorders in a family. As the basic technique is considered Varga–Stolin parental attitudes questionnaire. The possibility of its modification is discussed changing the number of questions, the contents of which inadequately investigated in the question's situation, clarification of "Control" scale. This construct changes significantly when relationships of parents with a sick child is considered comparing to the normal family. Also the number of items was reduced. Confirmatory factor analysis was used for psychometric analysis. The study involved 137 parents of children with mental developmental disorders, which are the inmates of children's homes, boarding schools, Centers promote family education Moscow.

Keywords: family, upbringing the child with mental disabilities; parents' attitudes; the questionnaire parent-child relationship; scales of the questionnaire parent-child relationship.

Funding

This work was supported by grant RFH № 16-06-00991.

References

1. Andreeva L.A. Psikhologicheskie osobennosti detsko-roditel'skikh otnoshenii v etnose, prozhivayushchem v diaspore i na iskonnoi territorii. Diss. kand. psikhol. nauk. [Psychological features of child-parent relations in the ethnos living in the diaspora and in the ancestral territory. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 2000. 143 p.
2. Barmina T.V. Materinskaya pozitsiya kak determinanta samoopredeleniya zhenshchiny. Diss. kand. psikhol. nauk. [Maternal position as a determinant of women's self-determination. PhD. (Psychology) diss.]. Komsomolsk-on-Amur, 2006. 289 p.
3. Charova O.B. Osobennosti materinskogo otnosheniya k detyam s narusheniem intellekta. Diss. kand. psikhol. nauk. [Features of maternal attitude towards children with intellectual disabilities. PhD. (Psychology) diss.]. Orel, 2003. 175 p.
4. Charova O.B., Savina E.A. Osobennosti materinskogo otnosheniya k rebenku s intellektual'nym nedorazvitiem [Features of maternal attitude towards a child with intellectual underdevelopment]. *Defektologiya [Defectology]*, 1999, no. 5, pp. 34–39. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Domanetskaya L.V. Osobennosti obshcheniya s roditelyami chasto boleyushchego rebenka starshego doshkol'nogo vozrasta kak uslovie uluchsheniya ego somaticheskogo statusa. Diss. kand. psikhol. nauk. [The peculiarities of communicating with the parents of a frequently ill older child of preschool age as a condition for improving his somatic status. PhD. (Psychology) diss.]. Krasnoyarsk, 2011. 279 p.
6. Duskazieva Zh.G. Gendernye osobennosti trevozhnosti chasto boleyushchikh detei starshego doshkol'nogo vozrasta i vozmozhnosti ee korrektsii. Diss. kand. psikhol. nauk. [Gender peculiarities of anxiety of often-ill children of the senior preschool age and the possibility of its correction. PhD. (Psychology) diss.]. Krasnoyarsk, 2009. 236 p.
7. Galasyuk I.N. Analiz tipov roditel'skogo pozitsionirovaniya v sem'e rebenka s mental'nymi narusheniyami: na puti k «solnechnoi storone» roditel'stva (chast' 2) [Analysis of the types of parental positioning in the family of a child with mental disorders: on the way to the "sunny side" of parenthood (part 2)]. *Novoe v psikhologo-pedagogicheskikh issledovaniyakh [New in Psychological and Pedagogical Studies]*, 2016, vol. 41, no. 1, pp. 93–103. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Kurakina E.A. Osobennosti psikhologicheskoi adaptatsii slabovidyashchikh pervoklassnikov k shkole v zavisimosti ot roditel'sko-detskikh otnoshenii. Diss. kand. psikhol. nauk. [Peculiarities of psychological adaptation of visually impaired first-graders to school, depending on parental-children relations. PhD. (Psychology) diss.]. Nizhny Novgorod, 2006. 210 p.
9. Levchenko I.Yu., Tkacheva V.V. Psikhologicheskaya pomoshch' sem'e, vospityvayushchei rebenka s otkloneniyami v razvitii [Psychological help to a family raising a child with developmental disabilities]. Moscow: Prosveshchenie, 2008. 240 p. (In Russ.).

10. Makhortova G.Kh. Zavisimost' emotsional'nykh perezhivaniy detei starshego doshkol'nogo i mladshogo shkol'nogo vozrasta ot kharaktera vnutrisemeinykh otnoshenii. Diss. kand. psikholog. nauk. [Dependence of emotional experiences of children of the senior preschool and primary school age on the character of intrafamily relations. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 2006. 193 p.

11. Mast'yukova E.M., Moskovkina A.G. Semeinoe vospitanie detei s otkloneniyami v razvitiy: Ucheb. pos. dlya stud. vyssh. ucheb. Zavedenii [Family education of children with developmental disabilities]. Moscow: Vldos, 2003. 408 p. (In Russ.).

12. Mitina O.V. Razrabotka i adaptatsiya psikhodiagnosticheskikh metodik [Development and adaptation of psychodiagnostic techniques]. Moscow: Smysl, 2011. 235 p. (In Russ.).

13. Mokhova S.Yu. Samosoznanie roditelya v sisteme otnoshenii s rebenkom: Kross-kul'turnoe issledovanie. Diss. kand. psikholog. nauk. [Self-awareness of the parent in the system of relations with the child: Cross-cultural research. PhD. (Psychology) diss.]. Chita, 2004. 185 p.

14. Saber Mukhamed Ubad Ali. Osobennosti semeinogo vospitaniya detei s narusheniyami psikhicheskogo razvitiya. Diss. kand. psikholog. nauk. [Features of family education of children with mental disabilities. PhD. (Psychology) diss.]. St. Petersburg, 2010. 192 p.

15. Shipitsina L.M. «Neobuchaemyi» rebenok v sem'e i obshchestve: Sotsializatsiya detei s narusheniem intellekta. 2-e izd., pererab. i dop. [The uneducated child in the family and society: Socialization of children with intellectual disabilities]. Saint-Petersburg: Rech', 2005. 477 p.

16. Sidorkina T.Yu. Adaptatsiya chasto boleyushchikh detei k doshkol'nomu obrazovatel'nomu uchrezhdeniyu. Diss. kand. psikholog. nauk. [Adaptation of often ill children to pre-school educational institution. PhD. (Psychology) diss.]. Krasnoyarsk, 2012. 273 p.

17. Smirnova E.O., Sokolova M.V. Metodika diagnostiki struktury roditel'skogo otnosheniya i ego dinamiki v ontogeneze rebenka [The method of diagnostics of the structure of the parental relation and its dynamics in the ontogenesis of the child]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2005, no. 4, pp. 83–91. (In Russ., abstr. in Engl.).

18. Sumarokova I.G. Opozitsiya roditel'skogo otnosheniya v protsesse psikhologo-pedagogicheskoi raboty s sem'ei, vospityvayushchei rebenka s glubokimi narusheniyami zreniya. Diss. kand. psikholog. nauk. [Optimization of the parental relationship in the process of psychological and pedagogical work with a family raising a child with profound visual impairment. PhD. (Psychology) diss.]. Nizhny Novgorod, 2009. 187 p.

19. Tarasova E.V. Spetsifika proyavlenii agressivnosti rebenka pri razlichnykh tipakh detsko-roditel'skikh otnoshenii. Diss. kand. psikholog. nauk. [Optimization of the parental

Галасюк И.Н., Митина О.В. Модификация Опросника родительского отношения (А.Я. Варги, В.В. Столина) для семьи, воспитывающей особого ребенка
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 109–129.

Galasyuk I.N., Mitina O.V. The Modification of the Parental Attitudes Questionnaire (A. Varga, V. Stolin) for the Family with the Child with Mental Disabilities
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 109–129.

relationship in the process of psychological and pedagogical work with a family raising a child with profound visual impairment. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 2008. 209 p.

20. Tokareva Yu.A. Psikhologicheskie osnovaniya vospitatel'noi deyatel'nosti. D Diss. dokt. psikhol. nauk. [Psychological foundations of father's educational activity. Dr. Sci. (Psychology) diss.]. Ekaterinburg, 2012. 475 p.

21. Udal'tsova M.O. Svyaz' sotsial'no-psikhologicheskogo tipa roditel'skoi pozitsii ottsa s samootsenkoi doshkol'nikov. Diss. kand. psikhol. nauk. [Relationship of the socio-psychological type of the father's parental position with the self-esteem of preschool children. PhD. (Psychology) diss.]. Vologda, 2010. 223 p.

22. Varga A.Ya. Struktura i tipy roditel'skogo otnosheniya. Diss. kand. psikhol. nauk. [Structure and types of parental relationship. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 1986. 206 p.

23. Varga A.Ya. Test-oprosnik roditel'skogo otnosheniya [Parental attitudes questionnaire] In A.Ya. Varga, V.V. Stolin (eds.) *Praktikum po psikhodiagnostike. Psikhodiagnosticheskie materialy [Workshop on Psychodiagnostics. Psychodiagnostic Materials]*. Moscow: Publ. MGU, 1988. 128 p.

24. Yaparova O.G. Sotsial'no-psikhologicheskie determinanty uspehnogo priemnogo roditel'stva. Diss. kand. psikhol. nauk. [Socio-psychological determinants of successful adoptive parenting. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 2009. 189 p.

Первичная апробация методики для диагностики восприятия противоречий в норме и при психической патологии

Рупчев Г.Е.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, факультет психологии, кафедра нейро- и патопсихологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»; лаборатория психофармакологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, rupchevgeorg@mail.ru

Алексеев А.А.,

клинический психолог, Москва, Россия, alekseev.a.a@list.ru

Целью настоящего исследования являлась первичная апробация методики оценки восприятия противоречий. Разработан опросник «Исследование противоречий», включающий пары противоположных и не противоположных по значению характеристик человека (физических, психологических, социальных). В проведенном исследовании с использованием разработанного опросника приняли участие 26 людей с шизофренией и 15 здоровых людей. В результате исследования было выявлено, что люди с шизофренией значимо реже по сравнению со здоровыми испытуемыми допускали возможность сосуществования у человека противоположных социальных и психологических характеристик. Полученные данные позволяют полагать, что переносимость определенной противоречивости в восприятии себя и окружающих является нормативным феноменом и выступает как условие целостности и стабильности представлений о себе и других людях.

Ключевые слова: инкогерентность, противоречие, шизофрения, первичная апробация опросника.

Для цитаты:

Рупчев Г.Е., Алексеев А.А. Первичная апробация методики для диагностики восприятия противоречий в норме и при психической патологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 130–140. doi: 10.17759/psyclin.2017060210

For citation:

Rupchev G.E., Alekseev A.A. Primary Approbation of the Questionnaire for Assessing the Perception of Contradictions in the Norm and Mental Pathology [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 130–140. doi: 10.17759/psycljn.2017060210 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Инкогерентность является относительно новым, но активно разрабатываемым понятием в психологической науке [6; 9]. В узком смысле инкогерентность (психодиагностическая, тестовая) – это несогласованность, противоречивость ответов преимущественно в опросниках, когда на близкие по смыслу или одни и те же вопросы дается то ответ «да», то ответ «нет» без проявления мотивации лжи или ухода от тестирования. В широком смысле инкогерентность (структурная) выявляется не столько в грубом противоречии ответов или решений при психодиагностике, сколько в некоторой базовой характеристике сложившейся категориальной системы психики, проявляющейся в структуре и динамике когнитивных, аффективных и мотивационных составляющих индивидуального сознания. Поэтому структурную инкогерентность можно рассматривать как стилевую характеристику, опосредующую разные психические процессы.

В таком определении инкогерентность может быть потенциально первичной по отношению к таким разным традиционным базовым психопатологическим категориям, как амбивалентность, диссоциация, дискордантность, дезорганизация, представляющими различные, но клинически выраженные формы проявления противоречий (в поведении, в мышлении, в эмоциях) при психической патологии.

Внешне инкогерентность кажется логически и по смыслу связанной с проявлениями амбивалентности – противоречивыми желаниями, аффектами и поступками, свойственными в первую очередь клинической картине шизофрении. Однако при этом амбивалентность – это грубые проявления противоречия («...больному в одно и то же время хочется есть и не есть; он одинаково охотно исполняет то, что хочет и чего не хочет...» [1, с. 312]), часто реализуемые именно в поведенческой сфере. Хотя кратковременная амбивалентность может быть и при норме, эти проявления характерны именно при выраженной психической патологии. Также в отличие от инкогерентности, которая может не выявляться и быть латентной, амбивалентность всегда преодолевает «порог очевидной видимости» и спонтанно заметна в аффективной, волевой или когнитивной сферах. В этом смысле инкогерентность всегда сосуществует с амбивалентностью и, кажется, ее определяет и питает, тогда как сама она может быть и без амбивалентных проявлений.

Инкогерентность соотносима и с понятием диссоциативности, или дискордантности¹, – «утраты единства психических функций (мышления, эмоций, моторики)» [7, с. 407]. Оба термина говорят о наличии несогласованности в разных процессах психики субъекта, но инкогерентность подчеркивает больше сосуществование разных противоречивых конструктов, тогда как понятие диссоциации описывает расщепление того, что раньше было единым (даже в малой степени) или должно быть единым (последовательность ответов, отношений, поступков).

«Дезорганизация мышления и речи» (Conceptual disorganization) – термин, чаще используемый в зарубежных исследованиях, – это явление, характеризующееся «разорванностью целенаправленного потока мыслей, то есть излишней детализацией (обстоятельностью), резонерством, соскальзываниями, аморфностью ассоциаций, непоследовательностью, паралогичностью или “закупоркой мыслей” (шперрунгами)» [8, с. 265]. Из определения видно, что дезорганизация почти тождественна кругу клинических, то есть отчетливо выраженных нарушений мышления, проявляемых в беседе, и описывает только когнитивную сферу нарушений. Однако отличие дезорганизации от инкогерентности в том (как и в случае с амбивалентностью), что последняя может обнаруживаться и вне нарушений мышления и поведения, например, в качественной ремиссии.

Наряду с вышеописанной «патологической инкогерентностью», то есть нечувствительностью, агнозией разного рода противоречий в собственной психической деятельности, можно говорить и о другом полюсе феномена инкогерентности – «нормальной инкогерентности», когда, наоборот, от субъекта требуется определенная толерантность к со-существованию различных, а иногда и противоречивых эмоций, мыслей, образов и переживаний.

В эмоциональной сфере, например, это может касаться возникающих противоречий между эмоцией (ситуативно переживаемым состоянием) и чувством (устойчивым эмоциональным отношением). Например, всегда здоровый человек может испытывать негативные эмоции (раздражение, обиду, злость) по отношению к человеку, к которому в целом относится хорошо (мать может злиться на любимого ребенка, и наоборот).

В когнитивной сфере определенная переносимость противоречий важна для целостного понимания и оценки сложных объектов и явлений действительности, способности учитывать одновременно их негативные и позитивные стороны (как говорил Ф. Ларошфуко: «недостатки суть продолжение достоинств»), видеть в том числе и в неприятных событиях положительный момент (ошибки – тоже источник

¹ «Диссоциация психической деятельности, расщепление психики, шизис, утрата внутреннего психического единства, дискордантность, интрапсихическая атаксия, аутизм, разлаженность, нарушения координации психических процессов – эти и другие названия широко используются для обозначения патогностических признаков, свойственных психической деятельности больных шизофренией» [4, с. 188].

опыта). Недостаток такой способности ведет к ригидности оценок, «черно-белому» мышлению, формированию стереотипов. Необходимость переносимости противоречий проявляется также в восприятии человеком процессов изменения и развития, диалектичных по своей сути (меняясь и развиваясь в течение жизни, мы остаемся самими собой) [3]. Накопление противоречий выступает источником и «ферментом» развития представлений о себе и о мире, а например, полная аутистическая гармония, избегание противоречий из принципа удовольствия исключают развитие.

В социальной перцепции способность переносить противоречивость (как минимум сложность) человеческой природы, разных сторон окружающих людей – залог относительной стабильности в отношениях и константного образа другого [5].

В мотивационной сфере инкогерентность может проявляться в явлении борьбы мотивов («и хочется и колется»). Вообще мотивационной сфере здорового человека должна быть присуща определенная переносимая инкогерентность, когда реализация одних мотивов ограничивает реализацию других, заставляя субъекта делать выбор и тем самым избегать амбивалентности в поступках.

Таким образом, актуальными оказываются задачи исследования причин, по которым, с одной стороны, субъект совсем не чувствителен к противоречиям и продуцирует их, а с другой стороны, не может терпеть несовершенство и неопределенность действительности и людей, которые для других являются обыденными и не конфликтными.

Также актуально и создание инструментария, позволяющего оценивать формы и степень проявления инкогерентности как в норме, так и при патологии.

Материалы и методы

В экспериментальную группу вошли 26 испытуемых с шизофренией (9 женщин; 17 мужчин) параноидной формы (F 20.00) эпизодического типа течения. Средний возраст – 38,8 лет (от 18 до 62), стандартное отклонение – 11,5. Пациенты находились в длительной стабильной ремиссии. Продолжительность заболевания от 5 до 17 лет.

Выбор именно такой клинической выборки обусловлен особенностями клинической картины нарушений мышления и поведения при шизофрении (амбивалентность, нечувствительность к противоречиям, паралогичность мышления).

В контрольную группу вошли 15 здоровых испытуемых, не имевших опыта обращения за психиатрической помощью (6 женщин; 9 мужчин). Средний возраст – 32,1 года (от 23 до 60), стандартное отклонение – 10,3.

Для выявления инкогеренции был разработан опросник «Исследование противоречий», состоящий из 39 пунктов. В настоящее время разработанная методика имеет экспериментальный характер, и проводимое исследование может рассматриваться как первичный этап ее валидизации. Испытуемым предлагалось ответить «да» или «нет» на ряд вопросов, каждый из которых начинался с фразы: «Может ли человек одновременно...» (и далее, например, «...быть хорошим и плохим?»). Пункты опросника представляли собой пары прилагательных или глаголов, содержащие или не содержащие противоречия. Проведение опросника дополнялось беседой с прояснением ответов на отдельные пункты опросника.

За каждый ответ «да» начислялся 1 балл, за ответ «нет» – 0 баллов. Обработка результатов проводилась по следующим 4 шкалам (названия шкал имели предварительный характер):

1. «Физические антонимы»; к данной шкале относились пары противоположных по смыслу слов, отражающих физические характеристики («толстый и худой», «большой и маленький», «лежать и бежать»), максимальный балл – 13;

2. «Психологические и социальные антонимы»; слова, отражающие социальные и психологические характеристики («хороший и плохой», «любить и ненавидеть», «мнительный и решительный»), максимальный балл – 14;

3. «Физические не-антонимы»; слова, отражающие не противоположные по смыслу физические характеристики («маленький и тяжелый», «легкий и мокрый»), максимальный балл – 6;

4. «Психологические и социальные не-антонимы»; к данной шкале относились пары не противоположных по смыслу слов, отражающих социальные и психологические характеристики («добрый и грустный», «веселый и злой»), максимальный балл – 6.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica V. 8.0. Для анализа достоверности различий между группами использовался критерий Манна–Уитни.

Результаты и их обсуждение

Из 26 пациентов только одна пациентка отказалась от его заполнения (не исключено, что именно характер задач опросника вызвал у нее негативную реакцию отказа, так как по данным наблюдения она была интеллектуально сохранна), что говорит о клинической переносимости разработанного опросника.

В ходе статистической обработки были получены данные о клинической сензитивности опросника: были обнаружены значимые различия между группами по трем из четырех шкал опросника (табл. 1).

Таблица 1

Средний балл по шкалам опросника «Исследование противоречий»

Шкалы	Экспериментальная группа (шизофрения)	Контрольная группа (норма)
Физические антонимы	2,2	2,4
Психологические и социальные антонимы**	5,7	8,3
Физические не-антонимы*	4,6	5,6
Психологические и социальные не-антонимы**	4,8	5,7

Примечание: * – при $p \leq 0,05$; ** – при $p \leq 0,01$.

Значимых различий между группами не наблюдалось только по шкале «Физические антонимы». Большинство испытуемых как контрольной, так и экспериментальной групп давали ответы «нет» на пункты данной шкалы, то есть отвергали возможность сосуществования противоположных физических характеристик. Физические характеристики объектов являются наиболее константными. Если они и изменяются, то крайне медленно (например, тучный человек может стать худым, но это не происходит одномоментно), и ситуативных флуктуаций здесь почти не встречается. Поэтому отрицание возможности противоречия в этих случаях является ожидаемым. Противоречивость восприятия физических характеристик может наблюдаться, по-видимому, при грубых психических нарушениях (например, при остром психозе или интоксикациях) и проявляется в таких феноменах, как нарушение схемы тела, микро- и макропсиях.

Наиболее значительные различия между группами наблюдались по шкале «Психологические и социальные антонимы» ($U=90,5$; $p=0,002$). Здоровые испытуемые значимо чаще испытуемых с шизофренией допускали возможность сосуществования противоположных социальных и психологических характеристик. Достаточно высокий балл у здоровых испытуемых по данной шкале указывает на существование инкогерентности их образа мира (по крайней мере, в определенных его аспектах) как нормативного феномена. Более того, можно предполагать, что сама возможность удержания противоречий (противоположностей) является условием для формирования целостного и дифференцированного представления об основном и сложном по своей природе объекте социальной перцепции – человеке, его образе. Более низкие оценки по данной шкале у людей с шизофренией показывают, что для них противоречивость в социальных и психологических характеристиках оказывается менее переносимой, а сами эти конструкты являются более полярными и взаимоисключающими. Данный результат соотносим с

распространенным в психоаналитическом подходе представлением о слабой интеграции между собой и отделенности друг от друга противоречивых аспектов репрезентаций Я и объект-репрезентаций при шизофрении [5].

Также статистически значимые различия между группами были обнаружены по шкалам «Физические не-антонимы» ($U=106,5$; $p=0,024$) и «Психологические и социальные не-антонимы» ($U=95,5$; $p=0,01$). Здоровые испытуемые значимо чаще отвечали утвердительно на пункты, относящиеся к данным шкалам. Более того, средние значения по обеим шкалам в контрольной группе оказались близки к максимальным. По значительному количеству пунктов этих шкал все здоровые испытуемые дали утвердительные ответы. Данный результат является ожидаемым, так как пункты этих шкал не содержали одновременно противоположных характеристик.

При этом испытуемые с шизофренией чаще здоровых испытуемых отвечали «нет» на пункты данных шкал. Иными словами, пациенты чаще видели противоречие там, где его не было, что может указывать на иной способ восприятия и структурирования информации при шизофрении. Хотя сам обнаруженный феномен требует своего уточнения, он может свидетельствовать о проявлениях у людей с шизофренией комплексной формы мышления [2], «слитности» (меньшей дифференцированности) характеристик, которые в норме являются различными. Подобное объяснение согласуется и с комментариями пациентов к таким необычным ответам. Так, одна пациентка прокомментировала следующим образом свой ответ «нет» на пару прилагательных «легкий и мокрый»: «То что намокло, не может оставаться легким, оно становится тяжелым».

В норме противоречие выражается в том, что противоположная тенденция (например, критика конкретного поступка) воспринимается как элемент, часть целостного объекта (хорошего отношения в целом), в то время как при патологии противоположные тенденции оказываются рядоположенными, расщепленными и необъединенными во что-то целостное (критика – это проявление скрытого плохого отношения ко мне). Если в норме противоположные тенденции подвергаются синтезу, в результате чего получается целостная репрезентация предмета, содержащего свое отрицание в себе самом (хороший человек, у которого есть плохое, недостатки), то при шизофрении (в силу невозможности принять противоречивость человеческой природы) имеются две интерпретации, которые не синтезируются во что-то целостное, а потому «калейдоскопически» сменяют друг друга (например, обесценивание и идеализация).

Выводы

1. Опросник «Исследование противоречий» предварительно может рассматриваться как валидный для выявления патологической и нормативной инкогеренции.

2. Выраженность инкогеренции должна учитываться при интерпретации индивидуальных психодиагностических данных, особенно полученных с помощью опросников.

3. Полученные в настоящем исследовании данные нуждаются в своем подтверждении на большей выборке. Также необходимо провести оценку других психометрических свойств опросника (внутренняя согласованность, ретестовая надежность и другие). Продуктивным могло бы быть сопоставление восприятия противоречий с особенностями нарушений мышления и эмоциональной сферы и проведение исследований с участием других клинических групп.

Финансирование

Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 17-06-00271.

Благодарности

Авторы благодарят за помощь в сборе данных для исследования Т.В. Кочневу – сотрудника лаборатории психофармакологии ФГБНУ НЦПЗ.

Литература

1. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. М.: Независимая психиатрическая ассоциация, изд-во «Смысл», 1993. 544 с.
2. Выготский Л.С. Нарушение понятий при шизофрении // Избранные психологические исследования. М.: изд-во АПН РСФСР, 1956. С. 481–496.
3. Гегель Г.В. Наука логики. Т. 1. М.: Мысль, 1970. 501 с.
4. Жмуров В.А. Психопатология. Ч. 2. Иркутск: изд-во Иркутского государственного университета, 1986. 280 с.
5. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства. М.: Класс, 2001. 464 с.
6. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Абрамова Ю.А. Несогласованность оценок себя, мира и людей как психологический конструкт: разработка и апробация методики противоречивости когнитивных убеждений [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2015. Т. 8. № 39. С. 4. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1088-rasskazova39.html> (дата обращения: 01.02.2017).
7. Руководство по психиатрии. Т. 1. / Под ред. А.С. Тиганов. М.: Медицина, 1999. 712 с.

Рупчев Г.Е., Алексеев А.А. Первичная апробация методики для диагностики восприятия противоречий в норме и при психической патологии
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 130–140.

Rupchev G.E., Alekseev A.A. Primary Approbation of the Questionnaire for Assessing the Perception of Contradictions in the Norm and Mental Pathology
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 130–140.

8. *Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A.* The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin*. 1987. Vol. 13. № 2. P. 261–276.

9. *Lialenko A., Mitina O., Osin E.* Ambivalence phenomenon: Measuring and studying the properties [Электронный ресурс] // *International Journal of Psychology*. 2008. Vol. 43. № 3-4. P. 419. DOI: 10.1080/00207594.2008.10108485 (дата обращения: 01.02.2017).

Primary Approbation of the Questionnaire for Assessing the Perception of Contradictions in the Norm and Mental Pathology

Rupchev G.E.,

PhD (Psychology), senior researcher, Department of psychology, Faculty of neuro- and pathopsychology, Lomonosov Moscow State University; Laboratory of psychopharmacology, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, rupchevgeorg@mail.ru

Alekseev A.A.,

Clinical psychologist, Moscow, Russia, alekseev.a.a@list.ru

The purpose of this study is the primary approbation of the questionnaire for the assessment of the perception of contradictions. We developed a questionnaire "Study of contradictions", which includes pairs of opposing or not opposing characteristics of the person (both physical and psychological and social). The study involved 26 schizophrenia patients and 15 healthy subjects. The study revealed that patients with schizophrenia are significantly less compared to healthy subjects, allowed for the possibility of coexistence in a person of the opposite social and psychological characteristics. The data obtained allows considering that tolerance of some inconsistency in the perception of themselves and others is a normative phenomenon and acts as the integrity and stability of beliefs about themselves and other people.

Keywords: incoherence, contradiction, schizophrenia, testing of questionnaire.

Funding

This work was supported by grant of the Russian Foundation for Basic Research № 17-06-00271.

Acknowledgements

The authors are grateful Kochneva T.V. for assistance in data collection.

References

1. Bleuler E. *Rukovodstvopopsihiatrii* [Guide to psychiatry]. Moscow: Nezavisimaja psihiatricheskaja asociacija, Smysl, 1993. 544 p.
2. Vygotskij L.S. *Narushenie ponjatij pri shizofrenii* [The impairments of concepts in schizophrenia]. In L.S. Vygotskij *Izbrannye psihologicheskie issledovaniya* [Selected psychological research]. Moscow: publ. of APN RSFSR, 1956, pp. 481–496.
3. Hegel G.W. *Nauka logiki* [The Science of logic]. Vol. 1. Moscow: Mysl', 1970. 501 p.
4. Zhmurov V.A. *Psihopatologija* [Psychopathology]. P. I Irkutsk: publ. of Irkutskii gosudarstvennii universitet, 1986. 280 p.
5. Kernberg O.F. *Tjzhelye lichnostnye rasstrojstva* [Severe personality disorders]. Moscow: Klass, 2001. 464 p.
6. Rasskazova E.I., Thostov A.Sh., Abramova Ju.A. *Nesoglasovannost' ocenok sebja, mira i ljudej kak psihologicheskij konstrukt: razrabotka i aprobacija metodiki protivorechivosti kognitivnyh ubezhdenij* [Inconsistency of self-estimation, estimation of the world and estimation of other people as a psychological construct: development and validation of a cognitive beliefs inconsistency study method]. *Psihologicheskie issledovanija* [Psychological study], 2015, vol. 8, no. 39, p. 4. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1088-rasskazova39.html> (Accessed: 01.02.2017).
7. *Rukovodstvo po psihiatrii (v 2-h tomah)* [Guide to psychiatry (in 2 vol.)]. In A.S. Tiganov (ed.) vol. 1. Moscow: Medicina, 1999. 712 p.
8. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1987, vol. 13, no. 2, pp. 261–276.
9. Lialenko A., Mitina O., Osin E. Ambivalence phenomenon: Measuring and studying the properties. *International Journal of Psychology*, 2008, vol. 43, no. 3-4, pp. 419. DOI: 10.1080/00207594.2008.10108485 (Accessed: 01.02.2017).

Нейропсихологический метод в дифференциальной клинико- психологической диагностике когнитивных нарушений у детей и подростков с психической патологией

Сергиенко А.А.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, отдел медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; доцент ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, aumsan@gmail.com

В статье рассмотрены методы нейропсихологии, применяемые в клинике детской психиатрии, особенности качественной и количественной оценки познавательного дефицита и продуктивности психической деятельности на психологическом уровне. Предлагается система количественных и качественных оценок на топическом и факторном уровнях диагностики. Отражена роль нейропсихологического анализа познавательного дефицита при расстройствах шизофренического спектра у детей и подростков. Утверждается, что метод кластеризации (Hierarchical cluster analysis) данных нейропсихологического исследования позволяет приблизиться к обоснованию сочетанной структуры синдрома, входящего в определенную группу расстройств, и помогает постановке дифференциального психиатрического диагноза.

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, расстройства круга шизофрении у детей, нейрокогнитивный дизонтогенез, психиатрия.

Для цитаты:

Сергиенко А.А. Нейропсихологический метод в дифференциальной клинико-психологической диагностике когнитивных нарушений у детей и подростков с психической патологией [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 141–157. doi: 10.17759/psyclin.2017060211

For citation:

Sergienko A.A. Neuropsychological Method in the Differential Diagnosis of Cognitive Impairment in Children and Adolescents with Mental Disorders [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 141–157. doi: 10.17759/psycljn.2017060211 (In Russ., abstr. in Engl.)

Постановка проблемы

Нейропсихологический анализ структуры познавательного дефицита при расстройствах шизофренического спектра у детей и подростков, а также особенности применения методов нейропсихологической диагностики в этой нозологической группе, нашли отражение в немногочисленных публикациях отечественных и зарубежных специалистов. Данные разнятся [2; 4; 6; 9]. По нашим наблюдениям, больные, относимые к шизофреническому спектру расстройств, представляют собой неоднородную группу (с точки зрения нейропсихологического анализа особенностей формирования познавательной сферы) [9; 13].

Отдельные проблемы, возникающие при изучении когнитивных функций и их динамики в рассматриваемой нозологической подгруппе расстройств, – это проблема метода и методологии исследования, проблема диагностического подхода и взаимосвязанная с ней проблема дифференциальной диагностики в клинике психиатрии. Практическая работа психиатра показывает, что затруднена дифференциальная диагностика органических поражений и эндогенных расстройств психики, а также различных видов эндогенных расстройств. Особенно сложно провести разграничение в раннем детском возрасте. Во многом это происходит из-за определенной терминологической неточности в разграничении психической патологии. Так, в психиатрии по настоящее время используется деление заболеваний на, так называемые, «эндогенные» (происходящие изнутри) и «экзогенные» (внешние); к последним относят в том числе органические поражения мозга. Представляется, что такое разделение не совсем корректно, поскольку и в том и в другом случае мозг страдает, но по-разному, и при обоих типах заболеваний присутствует органическое поражение определенных мозговых структур или их взаимосвязей. Трудность дифференциальной диагностики внутри спектра эндогенных расстройств связана с определенной степенью субъективности методов наблюдения и клинической беседы, с помощью которых в психиатрии в основном и проводится такая диагностика. Это не отрицает возможности того, что опытный психиатр по определенным поведенческим особенностям, их сочетанию, катamnестическим данным может определить «своего больного» и соотнести его с конкретной нозологической группой. Возникает вопрос: возможно ли с помощью нейропсихологических методов диагностики, направленных на исследование познавательных процессов, двигательной и эмоциональной сфер больных детей, с одной стороны, помочь в дифференциальной диагностике, а с другой – выявить структуру дефицитарности и/или недостаточной функциональной сформированности мозговых структур при разных психиатрических диагнозах? Положительный ответ на этот вопрос, во-первых, поможет в выборе стратегии и

тактики медикаментозной терапии, во-вторых, укажет пути и методы психологической абилитации и коррекции возникших когнитивных нарушений.

Известно, что при локальных поражениях мозга клинические проявления заболевания могут проявиться в разном возрасте и зачастую только после прохождения сенситивного периода развития [1; 8]. К примеру, только 10% опухолей головного мозга обнаруживают у детей раннего возраста, но порядка 70% у детей школьного возраста [5]. То есть в раннем детском возрасте даже обширные повреждения головного мозга не сопровождаются выраженной неврологической симптоматикой. В случае эндогенной патологии (расстройств круга шизофрении) ситуация еще более сложна. Это происходит, с одной стороны, из-за минимальности и специфичности видимых расстройств ЦНС, что подразумевает использование сенсбилизации проб либо сенсбилизации условий проведения обследования. С другой стороны, в ряде случаев нейропсихолог в клинике детской психиатрии сталкивается с диффузными нарушениями мозговой деятельности. В большей степени здесь страдает внутри- и межфункциональная организация психической деятельности, связанная с нарушениями мозговой деятельности, происходящими на ранних этапах развития ребенка. Нарушение формирования психической функции по принципу системности влечет за собой нарушение формирования связанных с ней функций. Следовательно, диагностика должна быть построена таким образом, чтобы выявив вторичные расстройства, которые возникают ввиду системных нарушений развития ВПФ и которые наиболее заметны особенно после прохождения сенситивного периода, не упустить первичный механизм нарушения (психофизиологическое ядро, лежащее в основе нарушений психических функций и поведения в целом).

Для определения познавательного развития детей и подростков с расстройствами круга шизофрении, особенно при выявлении вторичных расстройств психики хорошо подходит термин «нейрокогнитивный дизонтогенез» [7; 8]. Особенности нейрокогнитивного дизонтогенеза в каждом конкретном случае зависят от целого ряда причин: особенностей патологического процесса, возраста начала заболевания, возраста ребенка на момент обследования, психофизиологического ядра нарушения ВПФ и его локализации, сформированности функциональных систем и основанных на них психических функций на момент патологического нарушения, сформированности межсистемных и внутрисистемных связей и их искажения, гендерного аспекта и других. Столь широкое причинное поле подразумевает, во-первых, учет этих составляющих в ходе клинико-психологического обследования, во-вторых, специфику самого обследования с широким охватом различных сфер (двигательной, познавательной, мотивационной, эмоциональной) для возможной дифференциальной диагностики как внутри расстройств шизофренического спектра, так и для разграничения этих расстройств и других эндогенных и экзогенных патологий.

Представляется, что причины психических заболеваний могут быть обнаружены и раскрыты только в условиях комплексного подхода к проблеме. В связи с этим важнейшим отправным пунктом должен стать как можно более точный

диагноз, сочетающий в себе данные, полученные с помощью различных методов. В эту группу методов должны входить методы патопсихологического исследования и данные инструментального неврологического исследования (ЭЭГ, РЭГ, функциональной МРТ, ангиографического исследования сосудистой системы). Важное место здесь должны занимать и методы нейропсихологического исследования. Только при объединении всех полученных данных становится возможным с определенной степенью точности ставить клинический патопсихологический, нейропсихологический и, наконец, психиатрический диагнозы.

Нейропсихологические методы исследования детей с расстройствами круга шизофрении

Особая роль отводится нейропсихологическому исследованию. Это связано с тем, что нейропсихологический метод исследования, построенный на принципах качественного синдромного анализа нарушений психической деятельности, позволяет в наибольшей степени раскрыть механизмы, лежащие в основе этих нарушений. И далее предложить пути методы психологической абилитации и коррекции возникших когнитивных нарушений и/или реабилитации психически больных детей – как при экзогенно-органических, так и при эндогенных источниках патологии.

Нейропсихология и ее методы позволяют рассматривать психические процессы и психические функции на разных уровнях анализа их организации. На психологическом уровне определяющим является выявление сохранных и нарушенных высших психических функций и сложных психических процессов. На психофизиологическом (факторном) уровне определяется сложное внутреннее системное строение каждого из психических процессов и происходит соотнесение их с нейропсихологическими факторами, которые являются структурными составляющими этих процессов и служат психофизиологическими единицами анализа в нейропсихологии. На топическом уровне определяется дефицитарная зона головного мозга, приводящая к дисфункции, ослаблению функции или (в детском возрасте) к функциональной несформированности той или иной сложной психической функции, того или иного психического процесса. Нейропсихологические исследования Л.С. Цветковой и ее учеников [1; 14; 15; 16] позволили сделать вывод о том, что «мультифакторный нейропсихологический синдром (характерный для детского возраста) есть не сумма нарушений каждого входящего в него фактора, но новая целостность более высокого, формирующаяся по принципу “снятой формы”...» [14, с. 43]. То же, но в еще большей степени может быть характерно для детей с эндогенной патологией, в частности, с расстройствами шизофренического круга. То есть при каждом виде расстройства (нозологической единице) складывается специфичная для данного расстройства устойчивая целостность функциональных систем, на которой будет базироваться дальнейшее возрастное формирование других психических функций, которые, в свою очередь, будут отличаться от «нормально» формирующихся психических процессов.

Эндогенный процесс препятствует нормальному развитию мозга ребенка, провоцируя задержку психического развития, а в ряде случаев – остановку или регресс. Причем чем раньше происходит патологическое воздействие, тем оно грубее. Поэтому двумя важными факторами, которые необходимо учитывать в выборе проб и способов подачи материала для исследования и его анализа, являются возраст ребенка и возраст начала заболевания. Также у детей с аномалией или недоразвитием имеют место компенсаторные процессы. Следовательно, исследование должно давать возможность дифференцировать дефект от компенсации этого дефекта.

Как видно из описанного выше, постановка дифференциального нейропсихологического диагноза в детском возрасте представляет собой сложнейшую проблему, для решения которой необходим подбор валидных методов исследования и адаптированных процедур использования этих методов.

Основой отечественного диагностического подхода в нейропсихологии является качественный (или факторный) анализ. Этот тип анализа в сочетании с принципом «двойной диссоциации» (выделение сохранных и нарушенных звеньев) позволяет раскрыть структуру дефекта и определить механизм и «ядро» нарушения на функциональном и топическом уровнях.

С помощью комплекса специализированных нейропсихологических проб нами был проведен анализ влияния топике нарушения на когнитивные функции у детей с расстройствами круга шизофрении. **Цель** исследования – определение вариантов нейрокогнитивной дефицитарности (нейрокогнитивного дизонтогенеза) у больных детей с расстройствами круга шизофрении. Одной из задач исследования стал подбор необходимых методов диагностики.

Эмпирическая база исследования

В клиническую (экспериментальную) группу вошли 85 детей и подростков (возрастной диапазон – $11,0 \pm 2,9$ лет) с эндогенной патологией, а именно с верифицированными диагнозами расстройств круга шизофрении: шизофрения, детский тип (F20), шизотипическое расстройство (F21), приступообразно-прогредиентная детская шизофрения с нарастающим или стабильным дефектом (F20.x), подгруппа «другие диагнозы» – дети и подростки, у которых на определенном этапе лечения был изменен или уточнен диагноз. Все дети на момент обследования наблюдались или проходили лечение на базе 7-го детского клинического отделения ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» РАМН г. Москвы. Контрольную группу нормотипично развивающихся детей составили 30 детей относительной нормы в возрасте $9,0 \pm 2,3$ лет.

Методы исследования. Для оценки нейрокогнитивного дефицита в результате значительного количества обследований был подобран ряд нейропсихологических проб, которые, по нашему мнению, наиболее полно и адекватно оценивают когнитивное состояние детей с расстройствами круга шизофрении и дают возможность с определенной степенью достоверности судить о топике функционального дефицита.

Комплекс нейропсихологических проб, с одной стороны, основывался на методике нейропсихологического диагностического обследования детей Л.С. Цветковой [17]. Эта методика хорошо зарекомендовала себя при обследовании детей с минимальными мозговыми дисфункциями органического генеза, а также детей относительной нормы с трудностями обучения, но не использовалась ранее в группе детей с эндогенной патологией. С другой стороны, в комплекс был включен ряд сенсibilизированных нейропсихологических проб, направленных на исследование определенных составляющих психической деятельности: пробы из нейропсихологической батареи А.Р. Лурии для взрослых испытуемых с локальными поражениями мозга; проба с зеркальным переверотом рисунка из методики А.В. Семенович [12]; тест Н.Н. Николаенко, направленный на определение асимметрии зрительного произвольного внимания и др. [3; 10]. Применение сенсibilизированных проб необходимо в связи патогенезом заболевания, при котором, как правило, отсутствует строго локализованный очаг поражения, отмечается стертая нейропсихологическая симптоматика, присутствуют изменения в функциональной локализации под действием длительности течения болезни, наличествует специфика локализации функций ввиду раннего начала заболевания в период формирования функциональных систем.

Предлагаемый нейропсихологический комплекс подобран для исследования следующих сфер психической деятельности: 1) произвольное и непроизвольное внимание (концентрация, подвижность, переключаемость произвольного внимания, асимметрия зрительного произвольного внимания, конфликтная произвольная деятельность – отвлекаемость на «случайные» стимулы); 2) двигательная сфера (динамический, кинестетический, пространственный и конструктивный праксис); 3) гностическая сфера (зрительно-предметное, зрительно-пространственное, слуховое (речевой и неречевой слух) восприятие); 4) сфера образов-представлений; 5) мнестические функции (зрительная, слухоречевая, двигательная память); 6) речевая деятельность (сформированность экспрессивной и импрессивной речи: номинативная функция речи, автоматизированная и дезавтоматизированная речь, фонематический слух, понимание квазипространственных речевых конструкций); 7) мышление (наглядно-действенное, наглядно-образное, вербально-логическое); 8) эмоциональная сфера (восприятие и воспроизведение эмоций, аффективная устойчивость); 9) латеральные предпочтения по руке, ноге, глазу, уху.

Используемые нейропсихологические методики:

1) «Реакция выбора» по А.Р. Лурии: поднятие руки в ответ на определенный звуковой стимул [3]; проба АЗВ («Асимметрия зрительного произвольного внимания») Н.Н. Николаенко [3; 10];

2) «Кулак–ребро–ладонь», «Заборчик», проба Н.И. Озерецкого на реципрокную координацию рук, пробы на праксис позы кисти руки и на перенос поз пальцев с одной руки на другую, «Кубики Коса», проба Г. Хэда;

3) Зпроба с зеркальным переверотом рисунка из методики А.В. Семенович [12]; методика В. Поппелрейтера; пробы «Узнавание реально существующих

предметов», «Узнавание предметов с недостающими признаками», «Узнавание наложенных изображений», «Узнавание предметов на зашумленных рисунках»; пробы на восприятие бытовых шумов; пробы на восприятие и воспроизведение ритмов;

4) «Узнавание предметов с недостающими признаками»; «Узнавание конфликтных изображений» («Химеры»);

5) пробы на слухоречевую память: «Две группы по три слова», «Два предложения», «Запоминание короткого рассказа»; «Запоминание шести трудновербализуемых картинок»;

6) пробы на речевые функции: «Номинация», «Фонематический слух», «Бочки–ящики», картиночные пробы на предложные конструкции; пробы А. Бине: «Понимание инвертированных конструкций», «Прямой и обратный счет»;

7) пробы, направленные на обследование мышления: «Четвертый лишний» (картиночный и вербальный), пересказ короткого рассказа («Лев и мышь»), «Решение конфликтной задачи», рассказ по сюжетной картинке «Разбитое окно», составление рассказа из серии сюжетных картинок; проба на синтез образа (складывание разрезанной картинке «Лошадь»); «Кубики Коса»;

8) проба на воспроизведение базовых эмоций на недорисованных картинках лиц; проба на определение эмоционального фона на эмоционально насыщенных сюжетных картинках «В последний путь», «Неравный брак», «Тройка»;

9) пробы на латеральные предпочтения: «Поза Наполеона», «Скрещивание пальцев рук», «Аплодисменты», «Подзорная труба», «Карандаш», «Часы» [12; 17].

Широкий охват психической сферы больного ребенка с учетом многих составляющих необходим и для последующего кластерного анализа, направленного на выявление сочетаемости несформированности корковых и подкорковых структур и базирующихся на них психических функций и степени сформированности нейропсихологических факторов.

Почти все перечисленные пробы многозначны (многосимптомны) и несут информацию, которую можно соотнести с разными сферами. То есть в каждой пробе можно увидеть симптомы, которые соотносятся с нарушением разных нейропсихологических факторов. Эта многосимптомность каждой из проб, с одной стороны, повышает требования к квалификации и опыту нейропсихолога, с другой стороны, позволяет грамотному нейропсихологу выдвигать гипотезы о дефицитности функций по результатам лишь одной «сложной» пробы, которые затем проверяются в сенсibilизированных пробах.

Для примера рассмотрим не самую сложную для анализа, но значимую для нашего исследования пробу на реципрокную координацию рук. Эта проба позволяет выявить симптомы, которые можно соотнести с недостаточностью нескольких факторов. Во-первых, это симптомы, указывающие на несформированность межполушарного взаимодействия на уровне мозолистого тела. К ним относится

невозможность одновременного разнонаправленного движения руками (движения осуществляются только поочередно). Также к нарушениям межполушарного взаимодействия можно отнести специфическое пространственное разведение рук, упрощающее программу выполнения пробы (выбрасывание одной, а затем и другой руки вперед с постепенным открытием). Во-вторых, это симптомы дисфункции подкорковых структур: различные тонические нарушения, проявления гипер- и гипотонуса, «скребущие» движения руками, синкинезии. В-третьих, симптомы, которые связаны с невозможностью удерживать программу деятельности в целом, то есть с регуляторным праксисом. Ребенок начинает выполнять задание правильно, а затем «соскальзывает» на одинаковые движения обеими руками, не держит инструкцию. Кроме того, возможны «запаздывающие» движения одной из рук, что может указывать на функциональную недостаточность контрлатерального полушария головного мозга. Выявить, соотнести с разными факторами и проранжировать и те и другие симптомы – задачи нейропсихолога. Сенсбилизация условий проведения пробы (например, ускорение темпа) позволяет увидеть проявление конкретных ошибок, ранжировать степень сформированности функции, а также приблизиться к выявлению первичной недостаточности (первичного уровня функциональной несформированности), что задает направление дальнейшему нейропсихологическому исследованию.

Качественный уровень анализа должен отражать не только само нарушение, но и степень этого нарушения и в целом степень продуктивности выполнения проб. Для этого предусмотрена количественная оценка продуктивности психической деятельности.

Система оценок продуктивности психической деятельности. Наряду с основным, качественным анализом продуктивности психической деятельности в школе А.Р. Лурии–Л.С. Цветковой была разработана четырехбалльная система оценок выполнения проб. Подсчет процентов ошибок по каждому тесту дает возможность построить кривую, отражающую распределение симптомов в синдроме и его ядро [17]. Однако практическое применение этой системы, особенно в детской популяции, затруднено в связи с ограниченным количеством времени для проведения обследования и с проблемой учета зоны ближайшего развития. На наш взгляд, более доступной для исследования продуктивности психической деятельности у детей является следующая система оценки [9; 12; 17]: «0» ставится в тех случаях, когда ребенок без дополнительных разъяснений выполняет предложенную экспериментальную программу; «1» – если отмечается ряд мелких погрешностей, исправляемых самим ребенком без участия экспериментатора (нижняя нормативная граница); «2» – ребенок в состоянии выполнить задание после нескольких попыток, подсказок и наводящих вопросов экспериментатора; «3» – задание недоступно даже после развернутой помощи со стороны экспериментатора. Эта система оценок конгруэнтна «луриевской шкале» и прямо связана с понятием зоны ближайшего развития.

Кроме системы количественных оценок продуктивности психической деятельности на психологическом уровне, предлагается система количественных и качественных оценок на топическом и факторном уровнях.

Нейропсихологические параметры оценки на топическом уровне диагностики: дисфункция подкорковых структур, нарушение/функциональная несформированность межполушарного взаимодействия, функциональная несформированность/дисфункция корковых отделов. В целях углубленного анализа и выявления наличия или отсутствия латеральных и кортикальных особенностей развития были использованы специальные параметры оценки функционирования корковых отделов. Эти параметры перечислены в подписи к рис. 3, на котором изображен профиль функциональной сформированности у ребенка 12 лет с диагнозом F21. Специфика анализа нарушений корковых зон и шкала оценки тяжести этих нарушений представлена в ряде наших публикаций [9; 13].

Здесь нужно отметить, что автор придерживается того мнения, что при отсутствии диффузных разрушений корковых структур (как правило, их нет в клинике детской психиатрии) у детей нейропсихологические факторы локализуются так же, как и у взрослых. Разница в функционировании, приводящая к тому или иному расстройству, не означает изменения формирования локализации самих факторов, а означает *особенность* их формирования и формирования связей (функциональная недостаточность, слабость этих факторов, специфика внутрифакторного развития, запаздывание их развития относительно сенситивного периода, специфика межфакторных взаимодействий в реализации психической деятельности, особенности корково-подкорковых и межполушарных взаимодействий). Именно в этом заключается специфичность функциональных систем, характерная для определенного расстройства психики в детском возрасте.

Специальным образом выделяются параметры диагностики слабости/дисфункции глубоких структур (стволовых, мезэнцефально-диэнцефальных срединных структур, базальных ядер). Эти параметры соотносятся с симптомами, выявляемыми в основном методом наблюдения, но не только. Также такие симптомы выделяются на основе качественного анализа нейропсихологических проб (в частности, пробы на реципрокную координацию рук и другие).

К симптомам дисфункции глубоких подкорковых структур относились следующие: накопление дизэмбриогенетических и неврологических стигм, неправильный рост зубов, асимметрия глазных щелей, дистонии и их флуктуации, нарушение конвергенции глаз, дизонтогенез ритмики мозга, синкинезии [11], несформированность крупной моторики, трудноуправляемость ребенка, эмоциональная лабильность, капризность, быстрая пресыщаемость, импульсивность (но может и сдерживать себя), ригидность психических процессов, неадекватность поведенческих реакций, нарушение жестомимических актов, истощаемость, тики, неконтролируемые двигательные реакции, вскрикивания, похрюкивания, мышечная дистония, заикание, логоневроз, снижение общей нейродинамики, негативизм в эмоциональной сфере, трудности опознания эмоций, уплощение эмоций, гипомимия, наличие страхов и повышенной тревожности, приступы гневливости.

Для общей оценки тяжести нарушения подкорковых структур использовалась трехбалльная шкала: «0» – нет ни одного симптома; «1» – наличие одного или двух

симптомов; «3» – более двух симптомов. Данные нейропсихологического анализа сопоставлялись с данными функциональной диагностики, в частности, с данными электроэнцефалографии. В основном у клинической группы детей в заключениях ЭЭГ-исследования (помимо наличия/отсутствия признаков дисфункции определенных корковых структур) указывались либо «признаки дисфункции на уровне мезэнцефально-диэнцефальных структур», либо «признаки дисфункции стволовых структур», либо и то и другое. На основе сопоставления этих данных выдвигался уточненный топический диагноз в плане функциональной недостаточности или дисфункции определенного нейропсихологического фактора и задействованных зон головного мозга.

Результаты и их обсуждение

На первом этапе исследования дифференцировалась функциональная несформированность или дисфункция на уровне коры, подкорковых структур и мозолистого тела. В дальнейшем планируется описание «внутрикорковой» факторной несформированности, степени этой несформированности, специфики межфакторного функционирования.

Предложенные количественная и качественная оценки продуктивности психической деятельности и сохранности мозговых структур и основанные на них результаты, позволяют выстраивать структуру познавательного дефицита у конкретного ребенка, что само по себе важно для реабилитационных, абилитационных, формирующих мероприятий.

Кроме этого, они позволяют выявить степень функциональной несостоятельности на топическом уровне как для конкретного ребенка, так и в нозологической группе (рис. 1).

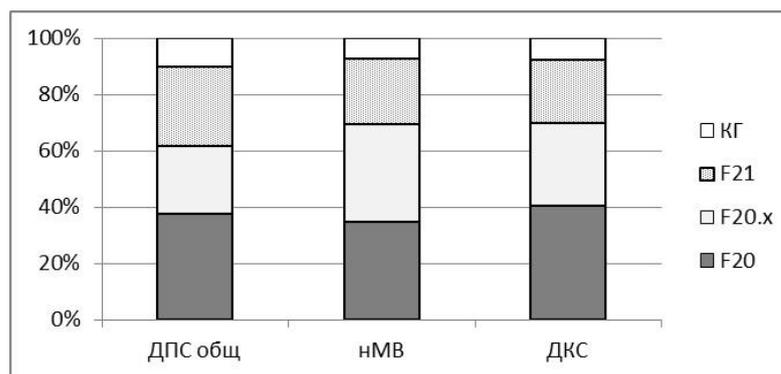


Рис. 1. Усредненные данные степени выраженности дисфункции/функциональной несформированности структур головного мозга у детей экспериментальной и контрольной групп

Примечание. По оси абсцисс: нормированная степень выраженности симптомов функциональной несформированности/дисфункции для детей с различными диагнозами: F20.8, F20.x, F21; КГ – контрольная группа детей с нормотипичным развитием. По оси ординат: ДПС общ – дисфункция подкорковых структур; нМВ – несформированность межполушарного взаимодействия; ДКС – дисфункция/недостаточная функциональная сформированность корковых структур.

Методика кластеризации (Hierarchical cluster analysis) данных нейропсихологической диагностики позволяет приблизиться к обоснованию сочетанной структуры синдрома, входящего в определенную группу расстройств, что помогает объяснить дифференциальный психиатрический диагноз (рис. 2) [11; 13].

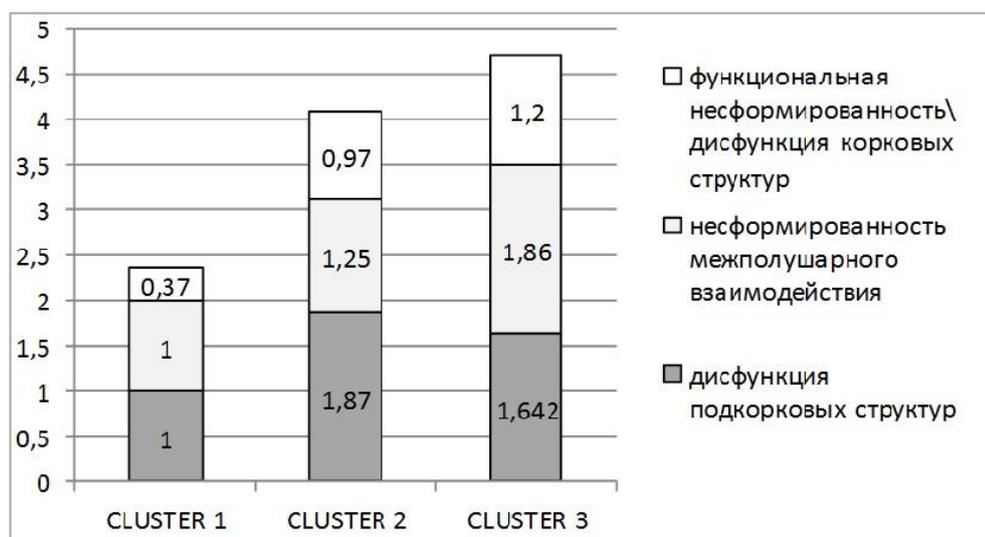


Рис. 2 Усредненные данные степени выраженности дисфункции\функциональной несформированности структур головного мозга у детей экспериментальной группы

Примечание. По оси абсцисс – нормированная степень выраженности симптомов функциональной несформированности/дисфункции для детей с эндогенной патологией; по оси ординат – деление группы детей по кластерам. CLUSTER 1 – в основном дети с другими расстройствами психики и с диагнозом F21; CLUSTER 2 – в основном дети с диагнозом F21; CLUSTER 3 – большинство больных с диагнозом F20.8.

На рис. 1 и 2 отражены полученные данные по дифференциации корковых, подкорковых структур и межполушарного взаимодействия. Аналогично дифференцируются данные внутри корковых отделов, предполагается дифференциация внутри подкорковых структур разных уровней (срединных и глубоких).

На основе данных, представленных на рис. 2, можно сделать выводы о принципиальной соотносимости кластеризации с диагнозами и о выявляемом на этом уровне анализа различии в структуре дефекта. Так, у детей, входящих в третий кластер (в основном диагноз F20.8), в сравнении с детьми, входящими во второй кластер (в основном диагноз F21), соотносимо бóльшую роль играет дефицитарность межполушарного взаимодействия. В то время как для детей из второго кластера (кора, подкорка, межполушарное взаимодействие) соотносимо бóльшую роль играет дисфункция подкорковых структур.

Для анализа нейрокогнитивного дизонтогенеза у конкретного больного ребенка, в том числе для дифференциальной диагностики, хорошо подходит

сравнение индивидуальных профилей функциональной сформированности нейропсихологических факторов или зон головного мозга. Профили основаны на данных нейропсихологической диагностики. Пример варианта такого профиля приведен на рис. 3. Эти же данные используются для кластерного анализа, который позволяет выявить, вокруг каких групп факторов (или дефицитарных структур) и их соотношений происходит кластеризация. Предполагается, что это поможет повысить точность дифференциальной диагностики.

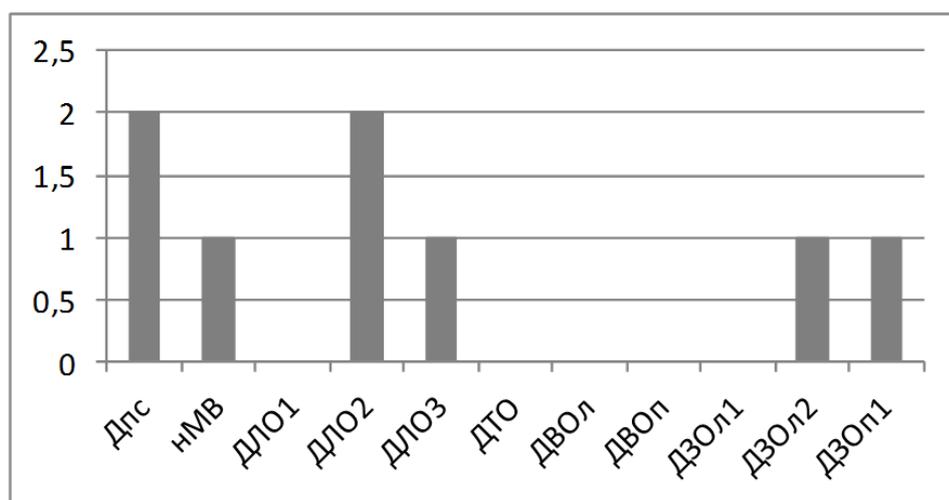


Рис. 3 Профиль функциональной сформированности ребенка 12 лет, диагноз F21

Примечание. По оси абсцисс – нормированная степень выраженности симптомов функциональной несформированности/дисфункции. По оси ординат: Дпс – признаки дисфункции подкорковых структур; нМВ – несформированность межполушарного взаимодействия; ДЛО1 – симптомы несформированности префронтальных лобных отделов (преимущественно левого полушария), ДЛО2 – симптомы несформированности медио-базальных лобных и лобно-височных отделов преимущественно левого полушария, ДЛО3 – симптомы несформированности заднелобных отделов, ДТО – симптомы несформированности верхне- и нижнетеменных отделов, ДВОл – симптомы несформированности височных отделов левого полушария, ДВОп – симптомы несформированности/дисфункции височных отделов правого полушария, ДЗОл1 – симптомы несформированности/дисфункции затылочных отделов левого полушария, ДЗОл2 – симптомы несформированности теменно-височно-затылочной зоны левого полушария, ДЗОп1 – симптомы несформированности/дисфункции затылочных отделов правого полушария.

Формат статьи не позволяет раскрыть особенности качественного анализа и специфику предъявления каждой из предложенных нейропсихологических проб в группе больных с расстройствами круга шизофрении. Такая специфика существует. Мы планируем изложить ее в следующих публикациях.

Выводы

1. Введение нейропсихологического аспекта анализа в программу клинического психодиагностического исследования позволяет более тонко определить уровень нарушения (корковый, подкорковый) и его структуру, что в

сочетании с классическим патопсихологическим анализом, с современным клинико-психодиагностическим подходом и со специальными статистическими методами позволяет приблизиться к решению малоизученной проблемы становления дефекта и верификации диагноза при эндогенных заболеваниях у детей и подростков.

2. Количественная и качественная оценки продуктивности психической деятельности и сохранности мозговых структур и основанные на них результаты позволяют выстраивать структуру познавательного дефицита у конкретного ребенка, выявить ядро (или степень) функциональной несостоятельности на топическом уровне как для конкретного больного ребенка, так и в нозологической группе.

3. Методика кластеризации (Hierarchical cluster analysis) по данным нейропсихологического исследования позволяет приблизиться к обоснованию сочетанной структуры синдрома, входящего в определенную группу расстройств (F20.x, F21). В дальнейшем это может помочь при выборе комплекса «чувствительных» диагностических проб для дифференциальной диагностики определенного психического расстройства.

Литература

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: учеб. пособие / Под ред. Л.С. Цветковой. М.: Изд-во МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2006. 296 с.
2. *Буклина С.Б.* Нарушение высших психических функций при поражении глубинных и стволовых структур мозга. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 312с.
3. *Бизюк А.П.* Компендиум методов нейропсихологического исследования: методическое пособие. СПб.: Речь, 2005. 400 с.
4. *Вассерман Л.И., Березенцева М.С., Ершов Б.Б., Щелкунова Л.А.* Нейропсихологическая оценка когнитивных нарушений у пациентов с эндогенными депрессивными расстройствами // Вестник ЮУрГУ. 2012. № 31. С. 92–96.
5. *Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С.* Неврология и нейрохирургия: Учеб. для студентов мед. вузов. М.: Медицина, 2000. 654 с.
6. *Доброхотова Т.А.* Нейропсихиатрия. Изд. 2-е, испр. М.: БИНОМ, 2013. 304 с.
7. *Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г.* Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2008. 208 с.
8. *Лассан Л.П., Вершинина Е.А.* Психологическая диагностика нейтрокогнитивного дизонтогенеза: учебно-методическое пособие. СПб.: Изд-во РГПУ, 2012. 30 с.

Сергиенко А.А. Нейропсихологический метод в дифференциальной клинико-психологической диагностике когнитивных нарушений у детей и подростков с психической патологией
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 141–157.

Sergienko A.A. Neuropsychological Method in the Differential Diagnosis of Cognitive Impairment in Children and Adolescents with Mental Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 141–157.

9. *Сергиенко А.А.* Нейропсихологический анализ особенностей познавательной сферы у детей с расстройствами шизотипического спектра // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013. Т. 13. № 1. С. 32–39.

10. *Сергиенко А.А.* Применение методики Н.Н. Николаенко «Тест на асимметрию зрительного внимания» в группе детей и взрослых относительной нормы и у детей с эндогенной патологией // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн). Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. С. 328–330.

11. *Сергиенко А.А., Хромов А.И., Зверева Н.В.* Связь нейрокогнитивных дисфункций с факторами возраста и диагноза у детей и подростков с расстройствами круга шизофрении // Вестник СМУС74. 2016. Т. 3. №2. С. 122–125.

12. *Семенович А.В.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2002. 232 с.

13. *Строгова С.Е., Сергиенко А.А., Зверева Н.В.* когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 1. С. 61–76. doi: <http://dx.doi.org/10.17759/cpse.2016050105> (дата обращения: 25.01.2017).

14. *Цветкова Л.С., Цветков А.В.* Проблема фактора в нейропсихологии детского возраста // Вопросы психологии. 2008. № 6. С. 57–65.

15. *Цветкова Л.С.* К вопросу о методах исследования детей с задержкой психического развития в диагностических целях // Дефектология. 1971. № 3. С. 13–17.

16. *Цветкова Л.С.* Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. М.: Просвещение, 1995. 304 с.

17. *Цветкова Л.С.* Методика диагностического нейропсихологического обследования детей. М.: Когито-центр, 1998. 128 с.

Neuropsychological Method in the Differential Diagnosis of Cognitive Impairment in Children and Adolescents with Mental Disorders

Sergienko A.A.,

PhD (Psychology), senior researcher, Department of medical psychology, Mental Health Research Center; assistant professor, Department of clinical psychology and psychology of special needs, MSUPE, Moscow, Russia, aumsan@gmail.com

The article describes the neuropsychological techniques which are applied in the clinical practice in child psychiatry. It describes a system of qualitative and quantitative neuropsychological diagnostics. The role of neuropsychological analysis of the cognitive deficits associated with schizophrenia spectrum disorders in children and adolescents is reflected. Hierarchical cluster analysis according to neuropsychological diagnosis helps in the establishing the psychiatric diagnosis.

Keywords: neuropsychological diagnostics, schizophrenia-related disorders in children, psychiatry.

References

1. Aktual'nye problemy nejropsihologii detskogo vozrasta: ucheb. Posobie [Urgent problems of a neuropsychology of children's age: the manual]. L.S. Cvetkova (ed.). Moscow: publ. of MPSI; Voronezh: NPO «MODJeK», 2006. 296 p.
2. Buklina S.B. Narushenie vysshih psihicheskikh funkcij pri porazhenii glubinyh i stvolovyh struktur mozga [Violation of the highest mental functions at defeat of deep and stem structures of a brain]. Moscow: MEDpress-inform, 2016. 312p.
3. Bizjuk A.P. Kompendium metodov nejropsihologicheskogo issledovanija: metodicheskoe posobie [Compendium of methods of a neuropsychological research]. Saint-Petersburg: Rech', 2005. 400 p.

Сергиенко А.А. Нейропсихологический метод в дифференциальной клинико-психологической диагностике когнитивных нарушений у детей и подростков с психической патологией
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 141–157.

Sergienko A.A. Neuropsychological Method in the Differential Diagnosis of Cognitive Impairment in Children and Adolescents with Mental Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 141–157.

4. Vasserman L.I., Berezenzeva M.S., Ershov B.B., Shhelkunova L.A. Nejropsihologicheskaja ocenka kognitivnyh narushenij u pacientov s jendogennymi depressivnymi rasstrojstvami [Neuropsychological assessment of cognitive violations at patients with endogenous depressive frustration]. *Vestnik JuUrGU [Bulletin of the South Ural State University]*, 2012, no. 31. pp. 92–96.

5. Gusev E.I., Konovalov A.N., Burd G.S. Nevrologija i nejrohirurgija: Ucheb. dlja studentov med. vuzov [Neurology and neurosurgery: The manual for students of medical higher education institutions]. Moscow: Medicina, 2000. 654 p.

6. Dobrohotova T.A. Nejropsihiatrija. Izd. 2-e, ispr [Neuropsychiatry, 2nd ed.]. Moscow: BINOM, 2013. 304 p.

7. Zvereva N.V., Kaz'mina O.Ju, Karimulina E.G. Patopsihologija detskogo i junosheskogo vozrasta [Patopsikhologiya of children's and youthful age]. Moscow: Akademija, 2008. 208 p.

8. Lissan L.P., Vershinina E.A. Psihologicheskaja diagnostika nejtrokognitivnogo dizontogeneza [Psychological diagnostics of a neurocognitive dysontogenesis]. Saint-Petersburg: publ. of RGPU, 2012. 30 p.

9. Sergienko A.A. Nejropsihologicheskij analiz osobennostej poznavatel'noj sfery u detej s rasstrojstvami shizotipicheskogo spectra [The neuropsychological analysis of features of the informative sphere at children with frustration of a shizotipichesky range]. *Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podroستkov [Mental Health of Children and Adolescent]*, 2013, vol. 13, no. 1, pp. 32–39.

10. Sergienko A.A. Primenenie metodiki N.N. Nikolaenko «Test na asimmetriju zritel'nogo vnimanija» v gruppe detej i vzroslyh odnositel'noj normy i u detej s jendogennoj patologiej [Application of a technique of N.N. Nikolayenko "The test for asymmetry of visual attention" in group of children and adults of relative norm and at children with endogenous pathology]. In N.V. Zvereva, I.F. Roshhina *Diagnostika v medicinskoj (klinicheskoy) psihologii: tradicii i perspektivy: Sbornik materialov nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem (k 105-letiju S.Ja. Rubinshtejn)[Proceedings to the Conference with the international participation "Diagnostics in medical (clinical) psychology: traditions and prospects (to the 105 anniversary S.Ya. Rubenstein)"]*. Moscow: Sam Poligrafist, 2016. pp. 328–330.

11. Sergienko A.A., Hromov A.I., Zvereva N.V. Svjaz' nejrokognitivnyh disfunkcij s faktorami vozrasta i diagnoza u detej i podroستkov s rasstrojstvami kruga shizofrenii [The links between neurocognitive dysfunctions with factors of age and the diagnosis at children and teenagers with frustration of a circle of schizophrenia]. *Vestnik SMUS74 [Bulletin SMUS74]*, 2016, vol. 3, no. 2, pp. 122–125.

12. Semenovich A.V. Nejropsihologicheskaja diagnostika i korrekcija v detskom vozraste [Neuropsychological diagnostics and correction at children's age]. Moscow: Akademija, 2002. 232 p.

Сергиенко А.А. Нейропсихологический метод в дифференциальной клинико-психологической диагностике когнитивных нарушений у детей и подростков с психической патологией
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 141–157.

*Sergienko A.A. Neuropsychological Method in the Differential Diagnosis of Cognitive Impairment in Children and Adolescents with Mental Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 141–157.*

13. Strogova S.E., Sergienko A.A., Zvereva N.V. Kognitivnyj defekt pri rasstrojstvah shizofrenicheskogo kruga u detej i podrostkov: psihometricheskij i nejropsihologicheskij podhody k ocenke kognitivnyh narushenij [Cognitive defect at frustration of a schizophrenic circle at children and teenagers: psychometric and neuropsychological approaches to an assessment of cognitive violations]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija [Clinical and Special Psychology]*, 2016, vol. 5, no. 1, pp. 61–76. DOI: <http://dx.doi.org/10.17759/cpse.2016050105> (Accessed 25.01.2017).

14. Cvetkova L.S., Cvetkov A.V. Problema faktora v nejropsihologii detskogo vozrasta [factor problem in a neuropsychology of children's age]. *Voprosy psihologii [Questions of Psychology]*, 2008, no. 6, pp. 57–65.

15. Cvetkova L.S. K voprosu o metodah issledovanija detej s zaderzhkoj psihicheskogo razvitija v diagnosticheskikh celjah [To the question of methods of a research of children with a delay of mental development in the diagnostic purposes]. *Defektologija [Defectology]*, 1971, no. 3, pp. 13–17.

16. Cvetkova L.S. Mozg i intellekt: narushenie i vosstanovlenie intellektual'noj dejatel'nosti [Brain and intelligence: violation and restoration of intellectual activity]. Moscow: Prosveshhenie, 1995. 304 p.

17. Cvetkova L.S. Metodika nejropsihologicheskoy diagnostiki detej: Izd. 2-e [Technique of neuropsychological diagnostics of children, 2nd ed.]. Moscow: Kogito-centr. 1998. 128 p.

Психометрические характеристики модифицированного Опросника восприятия болезни: апробация на больных раком молочной железы и ишемической болезнью сердца

Ялтонский В.М.,

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры клинической психологии, факультет клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия, yaltonsky@mail.ru

Московченко Д.В.,

кандидат психологических наук, старший преподаватель, кафедра клинической психологии, факультет клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия, xedin-90@mail.ru

Сирота Н.А.,

доктор медицинских наук, профессор, декан, факультет клинической психологии, заведующий кафедры клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия, sirotan@mail.ru

Ялтонская А.В.,

кандидат медицинских наук, врач-психиатр, психотерапевт, старший научный сотрудник, отделение профилактической наркологии НИИ наркологии, филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, Москва, Россия, yaltonskayaa@gmail.com

В статье приводятся результаты апробации модифицированного Опросника восприятия болезни (The Revised Illness Perception Questionnaire). Опросник разработан на основе модели саморегуляции здоровья и болезни Г. Левенталя. Было обследовано 140 больных: больные раком молочной железы и больные с ишемической болезнью сердца. Показано, что русскоязычная версия модифицированного Опросника восприятия болезни является надежным инструментом для количественной оценки компонентов восприятия болезни. Опросник обладает достаточными показателями надежности и согласованности, а

внутренняя структура соответствует англоязычной версии. Внешняя валидность подтверждается значимыми связями компонентов восприятия болезни с личностной тревожностью. По результатам кластерного анализа шкал опросника был выделен полярный континуум возможных вариантов реагирования на болезнь, выражающийся в конкретных типах отношения к болезни.

Ключевые слова: восприятие болезни, модифицированный Опросник восприятия болезни, психометрика, отношение к болезни, внутренняя картина болезни.

Для цитаты:

Ялтонский В.М., Московченко Д.В., Сирота Н.А., Ялтонская А.В. Психометрические характеристики модифицированного Опросника восприятия болезни: апробация на больных раком молочной железы и ишемической болезнью сердца [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 158–174. doi: 10.17759/psyclin.2017060212

For citation:

Yaltonsky V.M., Moskovchenko D.V., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V. Psychometric Properties of Revised Illness Perception Questionnaire: Testing on Patients with Breast Cancer and Ischemic Heart Disease [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 158–174. doi: 10.17759/psycljn.2017060212 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Опросник восприятия болезни (The Revised Illness Perception Questionnaire) был разработан для количественной оценки представлений о болезни: последствий, продолжительности, причин, персонального контроля болезни и контроля лечения [14]. При разработке данной методики исследователи основывались на модели саморегуляции здоровья и болезни Г. Левенталя [8]. Согласно модели саморегуляции в отношении здоровья и болезни Г. Левенталя, пациент выступает в роли «наивного исследователя», который активно ищет информацию, чтобы на ее основе понять и сделать выводы в отношении своего состояния. При этом пациент опирается на принятые в его культуре представления о болезни, на предшествующий опыт социальной коммуникации в отношении заболевания и социальное окружение (медицинский персонал, близкие) и на личностный опыт, который, по мнению Левенталя, является наиболее мощным фактором формирующейся модели болезни [10].

С момента создания опросника он был использован в исследованиях адаптации к болезни на широких группах больных, в том числе при сердечно-сосудистых

заболеваниях [13], ревматоидном артрите [12], онкологических заболеваниях [3], псориазе [5] и диабете [6].

Применение данной методики в исследованиях позволило описать структурные отношения между пятью компонентами восприятия болезни, описанных Г. Левенталем, и их связь с различными аспектами психологической адаптации, в частности, с копинг-поведением [7], эмоциональным состоянием [11]. На основе результатов исследований разработаны и внедрены рекомендации по психологическому сопровождению больных с угрожающими жизни соматическими заболеваниями [4].

В 2002 году Р. Мосс-Моррис и соавторы модифицировали оригинальный Опросник восприятия болезни. Были пересмотрены включенные в оригинальный опросник шкалы, а также добавлена шкала «Эмоциональное реагирование на болезнь» [9].

Для отечественной клинической психологии представляется важным расширение репертуара русскоязычных психодиагностических методик, позволяющих исследовать различные аспекты внутренней картины болезни. Внедрение модифицированного Опросника восприятия болезни в России позволит расширить диагностические возможности исследования внутренней картины болезни.

Целью работы является апробация русскоязычной версии модифицированного Опросника восприятия болезни при тяжелых соматических заболеваниях.

Материалы и методы

Обследовано две группы больных (N=140): больные раком молочной железы (n=100) и больные с ишемической болезнью сердца (n=40). Выбор данных нозологических групп обусловлен высокой социальной значимостью и тяжестью последствий данных заболеваний, а также интенсивным повреждающим действием болезни на структуру личности больных.

В исследовании приняли участие 100 женщин, больных раком молочной железы (n=140). Средний возраст обследованных – 51,93±6,86. Все обследованные пациентки проходили стационарное лечение в Центральной клинической больнице № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» в г. Москва. Обследовано 49 больных с начальными стадиями заболевания (I-II стадии) и 51 пациентка с поздними стадиями заболевания (III-IV стадии). Женщины, больные раком молочной железы, обследованные в послеоперационный период, составили 52% (n=52) выборки; на этапе химиотерапии было обследовано 48% (n=48) больных.

Обследовано 40 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), находящихся на реабилитации в ФГБУ «Объединенный санаторий “Подмосковье”».

Средний возраст пациентов – 58,39±5,25 лет. Перенесли инфаркт миокарда 55% пациентов (n=22), из них 45% (n=18) перенесли его непосредственно перед оперативным вмешательством, что послужило причиной для экстренной госпитализации и проведения операции. Тип получаемого лечения: 35% (n=14) пациентов перенесли операцию аортокоронарного шунтирования, 65% (n=26) – баллонную ангиопластику и стентирование коронарных артерий.

Все испытуемые отвечали на вопросы модифицированного Опросника восприятия болезни.

Процедура апробации опросника и методики

Модифицированный Опросник восприятия болезни состоит из трех блоков: идентификация болезни, представления о болезни и причины болезни. Отождествление болезни пациентом, ее идентификация проводится пациентом на основе его выбора из 14 общесоматических симптомов (тошнота, воспаленное горло, головокружение и т.д.). В формате «да/нет» анализируются ответы пациента на два вопроса: «Я отмечал этот симптом у себя с тех пор, как началась моя болезнь» и «Этот симптом связан с моей болезнью». В связи с тем, что 14 общесоматических симптомов были мало характерны для больных с ИБС и раком молочной железы, а типичные для них симптомы были нозоспецифичны и трудно сопоставимы (уплотнение, узел в груди, выделение жидкости из соска, боль в костях и онемение в левой руке, нерегулярное сердцебиение и т.д.), адаптация первого блока данного опросника не проводилась.

Процедура апробации второго и третьего блоков включала в себя следующие **этапы**.

1. Перевод в соответствии с протоколом ВОЗ и подготовка текста методики на русском языке. Второй блок состоит из 38 пунктов, объединенных в 8 шкал, оцениваемых по шкале Лайкерта, и включает вопросы, направленные на исследование представлений о болезни: воспринимаемое течение болезни – хроническое; воспринимаемое течение болезни – циклическое; воспринимаемые последствия болезни; воспринимаемый контроль болезни; воспринимаемый контроль лечения; обеспокоенность болезнью; понимание болезни; эмоциональное реагирование на болезнь. Третий блок опросника включает 18 утверждений, оцениваемых по шкале Лайкерта и направленных на исследование субъективных причин болезни.

2. Сбор данных для оценки психометрических показателей опросника.

3. Оценка распределения пунктов, надежности и внутренней валидности методики. На данном этапе выявлялись внутренняя согласованность и структурная валидность опросника.

5. Оценка внешней валидности. На данном этапе анализировались корреляционные связи с тревогой и типами отношения к болезни.

6. Оценка конструктивной валидности методики.

С целью установления внешней валидности опросника использовались следующие **методики**:

1. Шкала личностной тревожности из методики «Интегративный тест тревожности» (Л.И. Вассерман, А.П. Бизюк, Б.В. Иовлев). Методика направлена на определение уровней личностной тревожности и ситуативной тревоги. Методика разработана в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева [1].

2. Опросник для исследования типов отношения к болезни (Л.И. Вассерман, Э.Б. Карпова, Б.В. Иовлев, А.Я. Вукс). Опросник был разработан в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева и предназначен для психологической диагностики типов отношения к болезни. Методика позволяет диагностировать 12 типов отношения, которые объединены в три блока, отражающие возможные варианты адаптивного или дезадаптивного отношения к болезни [2]. Первый блок включает эргопатический, анозогнозический и гармоничный типы, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Второй блок включает меланхолический, апатический, дисфорический, ипохондрический, неврастенический, тревожный типы отношения к болезни, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Третий блок включает сенситивный, эгоцентрический и паранояльный типы отношения к болезни, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных [2].

Обработка данных проводилась в программе Statistica Enterprise, V 10.0.

Результаты

1. Исследование представлений о болезни

Вычисление матрицы факторных нагрузок осуществлялось с помощью метода главных компонент (эксплораторный факторный анализ). Проведенный эксплораторный факторный анализ позволил выделить семифакторную структуру опросника, соответствующую англоязычной версии методики. Анализ коэффициента альфа Кронбаха показал, что все выделенные шкалы достигают достаточного уровня согласованности. Низкий показатель внутренней согласованности был выявлен у шкал «Понимание болезни» и «Воспринимаемое течение болезни – циклическое». Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Факторные нагрузки на пункты опросника

Пункты опросника \ Факторы	1	2	3	4	5	6	7
альфа Кронбаха	0,88	0,81	0,75	0,79	0,85	0,71	0,84
Моя болезнь будет продолжаться недолго*	0,83	0,12	-0,11	-0,01	-0,14	0,09	-0,05
Моя болезнь скорее постоянная, чем временная	0,73	0,18	-0,01	0,26	-0,27	0,01	-0,10
Моя болезнь будет продолжаться долго	0,81	0,24	-0,09	0,00	-0,29	0,07	0,03
Эта болезнь пройдет быстро*	0,80	0,13	-0,23	0,10	-0,00	0,19	0,04
Я ожидаю, что эта болезнь у меня на всю оставшуюся жизнь	0,71	0,10	0,02	0,08	-0,14	-0,05	-0,05
Со временем я пойду на поправку*	0,73	-0,03	0,25	-0,02	-0,34	0,06	-0,04
Моя болезнь – заболевание серьезное	0,14	0,54	0,25	0,07	0,02	0,28	-0,20
Моя болезнь ведет к большим последствиям для моей жизни	0,39	0,56	-0,14	-0,01	-0,27	0,22	-0,01
Моя болезнь мало влияет на мою жизнь*	0,30	0,65	0,05	0,11	-0,33	0,27	0,38
Моя болезнь сильно влияет на отношение других людей ко мне	0,11	0,54	-0,10	0,34	-0,22	0,06	0,07
Моя болезнь имеет серьезные финансовые последствия	0,10	0,71	-0,14	0,16	0,11	0,30	0,10
Моя болезнь – причина проблем для моих близких	0,15	0,59	-0,24	0,26	-0,29	0,18	0,14
Симптомы моей болезни сильно меняются со дня на день	0,05	0,08	0,76	0,05	-0,01	-0,06	-0,13
Симптомы моей болезни приходят и уходят, двигаясь по кругу	0,07	0,12	0,78	0,03	-0,04	0,04	-0,04
Моя болезнь довольно непредсказуема	0,30	0,27	0,70	0,07	-0,01	0,33	-0,34
Моя болезнь развивается циклами, двигаясь по кругу (обострения чередуются с улучшениями)	0,08	0,14	0,67	-0,16	0,11	0,21	-0,02
У меня есть много способов контроля симптомов моей болезни	-0,21	-0,18	0,11	0,72	-0,24	-0,18	0,08
Утяжеление болезни, либо улучшение моего состояния – зависит от моих действий	-0,14	-0,06	0,12	0,83	-0,07	-0,14	0,05

Факторы	1	2	3	4	5	6	7
Пункты опросника							
Течение моей болезни зависит от меня	-0,33	-0,02	0,26	0,69	0,17	-0,14	0,16
Что бы я ни делал, это не повлияет на мою болезнь*	-0,04	-0,42	0,22	0,53	0,15	0,12	0,14
Я способен влиять на мою болезнь	-0,07	-0,23	0,12	0,72	0,20	-0,03	0,02
Мои действия не влияют на итог моей болезни*	0,02	-0,18	0,03	0,65	0,16	-0,06	0,06
Мало что можно сделать для нормализации течения моей болезни*	-0,16	-0,22	0,15	-0,35	0,57	0,03	0,16
Мое лечение будет эффективным и приведет к исцелению	-0,26	-0,02	0,39	-0,12	0,79	-0,29	-0,27
Благодаря лечению можно предупредить негативные последствия моей болезни	-0,35	-0,06	0,27	-0,33	0,63	-0,26	-0,29
Мое лечение позволяет контролировать течение моей болезни	-0,40	0,02	0,38	-0,25	0,59	-0,33	-0,24
В моем состоянии мне ничего не может помочь*	-0,20	-0,05	0,11	-0,08	0,77	-0,17	0,14
Симптомы моей болезни приводят меня в замешательство*	-0,28	0,09	0,55	-0,09	0,10	0,42	0,18
Моя болезнь – загадка, тайна для меня*	0,02	-0,01	0,25	-0,21	0,09	0,48	0,07
Я не понимаю мою болезнь*	-0,03	0,07	0,37	-0,09	0,24	0,51	0,10
Моя болезнь не вызывает у меня никаких ощущений*	0,46	0,04	-0,07	-0,03	-0,08	0,49	0,15
У меня есть ясная картина или понимание своего состояния	-0,11	0,11	0,12	-0,16	0,31	0,53	0,07
Я становлюсь подавленным и грущу, когда я думаю о моей болезни	0,14	0,28	-0,17	0,09	-0,36	-0,09	0,68
Я расстраиваюсь, когда я думаю о моей болезни	0,17	0,30	-0,02	0,02	-0,09	-0,22	0,81
Моя болезнь вызывает у меня раздражение, гнев	-0,06	0,04	-0,13	0,02	-0,21	0,03	0,70
Моя болезнь не беспокоит меня*	0,26	0,14	-0,09	-0,01	0,09	0,11	0,42
Наличие у меня болезни тревожит меня	0,18	0,31	0,08	0,04	0,01	-0,18	0,64
Моя болезнь вызывает у меня страх	0,22	0,24	-0,13	0,06	-0,28	0,02	0,64

Примечание: * – пункты опросника с обратным подсчетом баллов. Жирным шрифтом выделены факторные нагрузки пунктов на «свои» факторы согласно теоретической модели. Факторы: 1 – Воспринимаемое течение болезни – хроническое; 2 – Воспринимаемые последствия болезни; 3 – Воспринимаемое течение болезни – циклическое; 4 – Воспринимаемый контроль болезни; 5 – Воспринимаемый контроль лечения; 6 – Понимание болезни; 7 – Эмоциональное реагирование на болезнь.

II. Исследование субъективных представлений о причинах болезни

В третьем блоке опросника пациенту предлагается ответить на утверждения, связанные с исследованием субъективных представлений о болезни. По результатам проведенного эксплораторного факторного анализа (метод анализа общих факторов) были получены три субшкалы субъективной оценки причин болезни. В первый фактор вошли «психологические причины» болезни, во второй фактор вошли «факторы риска», третий фактор включал в себя два пункта: случайность, судьба, неудача и несчастный случай или травма. Внутренняя согласованность шкалы «Психологические причины» составила $\alpha=0,71$; показатель альфа Кронбаха для шкалы «Факторы риска» составил $\alpha=0,55$; показатель альфа Кронбаха для шкалы «Случайность» – $\alpha=0,58$. Общий показатель альфа Кронбаха для всех пунктов составил $\alpha=0,78$. Иными словами, низкий уровень внутренней согласованности может указывать на необходимость анализа отдельных причин в каждой исследуемой группе без выделения субшкал. Полученные результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Факторные нагрузки на пункты опросника

Пункты опросника	Психологические причины	Факторы риска	Случайность
Напряжение (стресс) или тревога	0,67	0,12	0,08
Наследственность (эта болезнь традиционна для нашей семьи)	-0,03	0,61	0,07
Инфекция (микробы, вирусы)	-0,00	0,43	0,04
Диета или привычки питания	0,07	0,53	-0,09
Случайность, судьба, неудача	-0,05	-0,19	0,67
Низкое качество медицинской помощи в моем прошлом	0,02	0,56	0,11
Загрязнение окружающей среды	-0,03	0,53	0,25
Мое собственное поведение	0,15	0,52	-0,16
Мои взгляды, установки (негативный взгляд на жизнь)	0,65	0,17	0,05
Семейные проблемы или заботы были причиной моей болезни	0,47	0,35	-0,03
Перегрузки, сверхурочная работа	0,73	0,11	-0,14
Мое эмоциональное состояние (ослабление чувств, одиночество, тревога, опустошенность)	0,53	0,05	0,11
Старение, возраст	0,11	0,64	0,00

Пункты опросника	Факторы	Психологические причины	Факторы риска	Случайность
Алкоголь, наркотики		0,02	0,51	0,00
Курение		0,02	0,45	0,08
Несчастный случай или травма		0,01		0,57
Особенности моей личности		0,67	0,39	0,15
Изменение невосприимчивости к болезни, потеря иммунитета		0,00	0,54	0,17

Примечание: жирным шрифтом выделены факторные нагрузки пунктов на «свои» факторы.

III. Оценка внешней валидности: восприятие болезни и личностная тревожность

Результаты анализа корреляций (коэффициент корреляций Спирмена) показали, что структурно-содержательные компоненты личностной тревожности связаны с отдельными аспектами восприятия болезни.

Было выявлено, что рост личностной тревожности сопровождается субъективным восприятием болезни как хронической, связанной с выраженными последствиями. Кроме того, показано, что выраженность осознаваемых, связанных с заболеванием негативных переживаний, соотносится с ростом всех структурно-содержательных компонентов личностной тревожности. Напротив, восприятие течения болезни как циклической коррелирует с низким уровнем фобической тревожности, а также с астеническим компонентом.

Субъективное понимание болезни коррелирует с низким уровнем личностной тревожности, со снижением эмоционального дискомфорта, а также с астеническим компонентом.

Компонент восприятия болезни «Воспринимаемый контроль болезни» способствует снижению тревожной оценки перспектив. Иными словами, представления больного о том, насколько он контролирует проявления своего заболевания, соотносятся с более благоприятной оценкой перспектив, меньшей озабоченностью будущим.

Структурно-содержательные компоненты личностной тревожности, такие как эмоциональный дискомфорт, астенический компонент тревожности, фобический компонент, а также оценка перспективы статистически достоверно отрицательно коррелируют с воспринимаемым контролем лечения. Таким образом, представления больного о том, насколько проводимое лечение помогает бороться с заболеванием, соотносятся с меньшей неудовлетворенностью жизненной ситуацией и со снижением общей эмоциональной напряженности.

Компонент восприятия болезни «Эмоциональное реагирование на болезнь» статистически достоверно положительно связан со всеми структурно-содержательными аспектами личностной тревожности, кроме социальной реакции защиты. Полученные результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3

Корреляции между восприятием болезни и личностной тревожностью

Параметры оценки	ЛТ	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Течение болезни – хроническое	r=0,381 p=0,010	r=0,414 p=0,001	-	r=0,346 p=0,030	r=0,383 p=0,030	-
Последствия болезни	r=0,666 p=0,001	r=0,465 p=0,001	r=0,532 p=0,001	r=0,610 p=0,001	r=0,664 p=0,001	r=0,471 p=0,001
Течение болезни – циклическое	-	-	r=-0,381 p=0,010	r=-0,346 p=0,030	-	-
Контроль болезни	-	-	-	-	r=-0,314 p=0,020	-
Контроль лечения	-	r=-0,352 p=0,020	r=-0,217 p=0,030	r=-0,313 p=0,010	r=-0,314 p=0,020	-
Понимание болезни	r=-0,342 p=0,020	r=-0,302 p=0,020	r=-0,290 p=0,030	-	-	-
Эмоциональное реагирование на болезнь	r=0,587 p=0,050	r=0,673 p=0,001	r=0,391 p=0,040	r=0,505 p=0,001	r=0,601 p=0,001	-

Примечание: ЛТ – Личностная тревожность; ЭД – Эмоциональный дискомфорт; АСТ – Астенический компонент тревожности; ФОБ – Фобический компонент тревожности; ОП – тревожная оценка перспективы; СЗ – Социальные реакции защиты.

IV. Оценка конструктивной валидности методики

В соответствии с моделью Г. Левенталя было выдвинуто предположение, что специфические профили восприятия болезни вносят вклад в формирование устойчивых типов отношения к болезни, тем самым определяя возможные варианты психологической адаптации (дезадаптации) к ситуации болезни.

С целью определения профилей восприятия болезни нами использовался эксплораторный кластерный анализ (двухэтапный кластерный анализ с использованием информационного критерия Акаикэ). Результаты анализа показали, что на выборках больных, страдающих раком молочной железы, а также

больных ишемической болезнью сердца возможным является выделение двух профилей восприятия болезни (силуэтная мера связности и разделения кластеров – 0,40; отношение размеров – 1,13).

Второй этап анализа данных проводился с помощью кластерного анализа с использованием метода k-средних. Первый выделенный профиль восприятия болезни, обозначенный как «Восприятие контролируемости болезни», характеризовался наличием у пациентов убеждений о контролируемости ими болезни и лечения, более высоким субъективным пониманием болезни, восприятием течения болезни как циклического.

Второй профиль – «Восприятие болезни как выраженной угрозы» – характеризовался наличием восприятия последствий как тяжелых, течения болезни как хронического, а также выраженным эмоциональным реагированием на болезнь. Выделенные варианты восприятия болезни, по нашему мнению, отражают континуум возможных вариантов реагирования на болезнь. Полученные результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4

Профили восприятия болезни в группе женщин, страдающих раком молочной железы, и у пациентов, больных ишемической болезнью сердца

Параметры оценки	Пациенты с восприятием контролируемости болезни (n=73)	Пациенты с восприятием болезни как выраженной угрозы (n=67)	U-критерий Манна-Уитни
Течение болезни – хроническое	11,50 (5,24)	21,10 (4,26)	p=0,001
Последствия болезни	14,75 (4,38)	21,23 (4,70)	p=0,001
Течение болезни – циклическое	10,15 (3,65)	8,65 (3,60)	p=0,001
Контроль болезни	23,28 (4,65)	18,13 (5,26)	p=0,001
Контроль лечения	23,53 (1,88)	17,82 (4,55)	p=0,001
Понимание болезни	20,05 (4,36)	15,39 (4,28)	p=0,020
Эмоциональное реагирование на болезнь	12,15 (5,61)	20,93 (5,30)	p=0,001

Третий этап анализа заключался в выявлении преобладающих типов отношения к болезни в выделенных кластерах. Впервые было проведено соотнесение типов отношения к болезни (теория отношений В.Н. Мясищева) в выделенных профилях восприятия болезни (теория саморегуляции здоровья и болезни Г. Левенталя).

Результаты анализа случаев, включенных в выделенные кластеры, показали, что пациенты, воспринимающие ситуацию болезни как контролируемую, характеризуются преобладанием типов отношения к болезни, при которых психосоциальная адаптация существенно не нарушается. Континуум контролируемости болезни включает в себя гармоничный, эргопатический, а также анозогнозический типы отношения к болезни, при которых выраженные явления психической дезадаптации слабо проявляют себя. Напротив, континуум с восприятием болезни как выраженной угрозы включает в себя пациентов с интрапсихической и интерпсихической направленностью реагирования на болезнь. Пациенты этой группы, воспринимающие болезнь как выраженную угрозу, характеризуются наличием таких типов отношения к болезни, как тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, паранойяльный и дисфорический. Полученные результаты представлены в табл. 5.

Таблица 5

Типы отношения к болезни в выделенных профилях восприятия болезни

Типы отношения к болезни/профили восприятия болезни	Пациенты с восприятием контролируемости болезни (n=73)		Пациенты с восприятием болезни как выраженной угрозы (n=67)		U-критерий Манна-Уитни
	М	SD	М	SD	
Гармоничный	15,55	12,75	7,43	5,33	p=0,001
Эргопатический	19,59	13,54	13,76	11,78	p=0,770
Анозогнозический	14,69	14,07	6,82	13,89	p=0,030
Тревожный	3,00	3,63	11,60	11,72	p=0,030
Ипохондрический	5,82	4,35	9,32	7,84	p=0,670
Неврастенический	3,57	3,26	8,71	3,62	p=0,030
Меланхолический	5,72	2,44	7,82	6,02	p=0,010
Апатический	5,87	3,26	5,64	4,52	p=0,680
Сенситивный	12,38	9,30	13,67	12,68	p=0,800
Эгоцентрический	5,71	5,25	7,02	7,00	p=0,600
Паранойяльный	3,25	3,82	5,69	4,74	p=0,050
Дисфорический	1,90	0,92	5,74	3,93	p=0,020

Заключение

Данное исследование показало, что в целом модифицированная версия Опросника восприятия болезни имеет хорошую внутреннюю согласованность, является надежным и валидным инструментом для оценки компонентов восприятия болезни. Результаты исследования свидетельствуют, что компоненты восприятия болезни коррелируют со структурно-содержательными аспектами личностной тревожности. Кластерный анализ позволил выделить два варианта восприятия болезни, которые характеризуются собственным содержательным своеобразием и отражают полюсы континуума возможных вариантов реагирования на болезнь. Полярность возможных вариантов реагирования на болезнь проявляется в специфике восприятия болезни и находит конкретное выражение в формирующихся устойчивых типах отношения к болезни. Опросник может применяться для диагностики компонентов восприятия болезни при разных хронических соматических заболеваниях.

Литература

1. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности. СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1997. 25 с.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Щелкова, Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 33 с.
3. Buick D.L. Illness representations and breast cancer: coping with radiation and chemotherapy / K.J. Petrie, J. Weinman (Eds.) // Perceptions of health and illness: current research and applications. 1997. Pp. 379–409.
4. Cooper A., Lloyd G.S., Weinman J., Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs // Heart. 1999. Vol. 82. № 2. Pp. 234–236.
5. Fortune D.G., Richards H.L., Main C.J., Griffiths C.E. Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis // British Journal of Health Psychology. 2000. Vol. 5. № 1. Pp. 71–82.
6. Griva K., Myers L.B., Newman S. Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus // Psychology and Health. 2000. Vol. 15. № 6. Pp. 733–750.
7. Heijmans M., de Ridder D. Bensing J. Dissimilarity in patients and spouses representations of chronic illness: exploration of relations to patient adaptation // Psychology and Health. 1999. Vol. 14. № 3. Pp. 451–466.

Ялтонский В.М., Московченко Д.В., Сирота Н.А., Ялтонская А.В. Психометрические характеристики модифицированного Опросника восприятия болезни: апробация на больных раком молочной железы и ишемической болезнью сердца
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 158–174.

Yaltonsky V.M., Moskovchenko D.V., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V. Psychometric Properties of Revised Illness Perception Questionnaire: Testing on Patients with Breast Cancer and Ischemic Heart Disease
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 158–174.

8. *Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.S.* Illness representations and coping with health threats / A. Baum, S.E. Taylor, J.E. Singer (Eds.) // *Handbook of psychology and health*. 1984. Vol. 4. Pp. 219–252.

9. *Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J., Horne R., Cameron L.D., Buick D.* The revised illness perception questionnaire (IPQ-R) // *Psychology and Health*. 2002. Vol. 17. №1. Pp.1–16.

10. *Muraven M., Tice D.M., Baumeister R.F.* Self-control as limited resource: regulatory depletion patterns // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998. Vol. 74. № 4. Pp. 774–789.

11. *Murphy H., Dickens C., Creed F., Bernstein R.* Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis // *Journal of Psychosomatic Research*. 1999. Vol. 46. № 2. Pp. 155–164.

12. *Scharloo M., Kaptein A.A., Weinman J., Hazes J.M., Willems L.N., Bergman W., Rooijmans H.G.* Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis // *Journal of Psychosomatic Research*. 1999. Vol. 44. № 5. Pp. 573–585.

13. *Steed L., Newman S.P., Hardman S.M.* An examination of the self-regulation model in a trial fibrillation // *British Journal of Health Psychology*. 1999. Vol. 4. № 4. Pp. 337–347.

14. *Weinman J., Petrie K.J., Moss-Morris R., Horne R.* The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness // *Psychology and Health*. 1996. Vol. 11. № 3. Pp. 431–445.

Psychometric Properties of Revised Illness Perception Questionnaire: Testing on Patients with Breast Cancer and Ischemic Heart Disease

Yaltonsky V.M.,

MD, Professor, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia, yaltonsky@mail.ru

Moskovchenko D.V.,

PhD (psychology), senior lecturer, Department of clinical psychology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia, xedin-90@mail.ru

Sirota N.A.,

MD, Professor, Dean, Department Clinical Psychology, Head of Chair Clinical Psychology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia, sirotan@mail.ru

Yaltonskaya A.V.,

PhD (Psychiatry), psychiatrist, psychotherapist, senior researcher, Department of preventive addiction, Research Institute on Addiction; senior researcher, Department of preventive narcology, Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, yaltonskayaa@gmail.com

The article presents result of testing revised illness perception questionnaire. The questionnaire was developed based on the model of self-regulation G. Leventhal. The study involved 140 patients: patients with breast cancer and patients with ischemic heart disease. It is shown that the Russian version of revised illness perception questionnaire is a reliable tool for quantifying components of the perception of the disease. The technique has sufficient reliability, performance consistency and internal structure corresponds to the English version. External validity questionnaire confirmed significant association components of illness perception with personal anxiety. According to the results of cluster analysis questionnaire scales was isolated polar continuum of possible options for responding to the disease, manifested in specific types of attitude to the disease.

Keywords: illness perception, revised illness perception questionnaire, psychometrics, related to the disease, internal picture of the disease, breast cancer, ischemic heart disease.

References

1. Bizyuk A.P., Vasserman L.I., Iovlev B.V. Primneniye integrativnogo testa trevozhnosti [Application of integrative anxiety test]. Saint-Petersburg: Publ. of NIPNI named after V.M. Bekhtereva, 1997, 33 p.
2. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: Posobiye dlya vrachey [Psychological diagnostics related to the disease: A guide for physicians]. Saint-Petersburg: Publ. of NIPNI named after V.M. Bekhtereva, 2005, 33p.
3. Buick D.L. Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. In K.J. Petrie, J. Weinman (Eds.) *Perceptions of health and illness: Current research and applications*, 1997, pp. 379–409.
4. Cooper A., Lloyd G.S., Weinman J., Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: Role of intentions and illness beliefs. *Heart*, 1999, vol. 82, no. 2, pp. 234–236.
5. Fortune D.G., Richards H.L., Main C.J., Griffiths C.E. Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *British Journal of Health Psychology*, 2000, vol. 5, no. 5, pp. 71–82.
6. Griva K., Myers L.B., Newman S. Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health*, 2000, vol. 15, no. 6, pp. 733–750.
7. Heijmans M., de Ridder D., Bensing J. Dissimilarity in patients and spouses representations of chronic illness: Exploration of relations to patient adaptation. *Psychology and Health*, 1999, vol. 14, no. 3, pp. 451–466.
8. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.S. Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S.E. Taylor, J.E. Singer (Eds.) *Handbook of Psychology and Health*, 1984, vol. 4, pp. 219–252.
9. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J., Horne R., Cameron L.D., Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 2002, vol. 17, no. 1, pp. 1–16.
10. Muraven M., Tice D.M., Baumeister, R.F. Self-control as limited resource: Regulatory depletion patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, vol. 74, no. 4, pp. 774–789.
11. Murphy H., Dickens C., Creed F., Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, vol. 46, no. 2, pp. 155–164.

Ялтонский В.М., Московченко Д.В., Сирота Н.А., Ялтонская А.В. Психометрические характеристики модифицированного Опросника восприятия болезни: апробация на больных раком молочной железы и ишемической болезнью сердца
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 158–174.

Yaltonsky V.M., Moskovchenko D.V., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V. Psychometric Properties of Revised Illness Perception Questionnaire: Testing on Patients with Breast Cancer and Ischemic Heart Disease
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 158–174.

12. Scharloo M., Kaptein A.A., Weinman J., Hazes J.M., Willems L.N., Bergman W., Rooijmans H.G. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, vol. 44, no. 5, pp. 573–585.

13. Steed L., Newman S.P., Hardman S.M. An examination of the self-regulation model in a trial fibrillation. *British Journal of Health Psychology*, 1999, vol. 4, no. 4, pp. 337–347.

14. Weinman J., Petrie K.J., Moss-Morris R. Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health*, 1996, vol. 11, no. 3, pp. 431–445.

Рецензия на коллективную монографию «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы»¹

Вачков И.В.,

доктор психологических наук, профессор, Институт общественных наук, Российская академия народного хозяйства и госслужбы при Президенте РФ, Москва, Россия, igorvachkov@mail.ru

В рецензируемой коллективной монографии представлены статьи ведущих отечественных клинических (медицинских) психологов по различным проблемам клиничко-психологической диагностики. Коллективная монография была подготовлена к началу работы научно-практической конференции с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)», прошедшей в Москве 29-30 ноября 2016 года. Основными разделами книги являются следующие: «Методология исследования в клинической психологии», «Современные тенденции развития диагностики при эндогенной психической патологии», «Современные тенденции развития диагностики в клинической психологии: возрастные аспекты», «Клиничко-психологические проблемы профилактики и реабилитации». Материалы монографии будут интересны и полезны для научных работников, преподавателей психологии, аспирантов и студентов, а также для специалистов, работающих в области здравоохранения, в системе образования и социальной защиты населения.

Ключевые слова: коллективная монография, психологическое исследование, медицинская (клиническая) психология, диагностика.

¹ Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Научное издание. Коллективная монография /под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. 254 с.

Вачков И.В. Рецензия на коллективную монографию «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы»
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 175–181.

Vachkov I.V. A Review of the Multi-Authored Monograph "The Medical (Clinical) Psychology Diagnosis: Current State and Prospects" Clinical Psychology and Special Education 2017, vol. 6, no. 2, pp. 175–181.

Для цитаты:

Вачков И.В. Рецензия на коллективную монографию «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы» [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 175–181. doi: 10.17759/psyclin.2017060213

For citation:

Vachkov I.V. A Review of the Multi-Authored Monograph "The Medical (Clinical) Psychology Diagnosis: Current State and Prospects" [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 175–181. doi: 10.17759/psycljn.2017060213 (In Russ., abstr. in Engl.)

Выход рецензируемой коллективной монографии был приурочен к значимому для отечественной психологической науки событию – научно-практической конференции с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы». Эта конференция состоялась 29-30 ноября 2016 года на базе ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» и ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» и была посвящена 105-летию классика отечественной патопсихологии С.Я. Рубинштейн. Предыдущая конференция такого рода проходила пять лет назад.

Авторами коллективной монографии стали более тридцати специалистов из Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбургa, Челябинска, Ярославля, занимающихся проблемами современной клинической (медицинской) психологии, в частности, психодиагностики в патопсихологии, нейропсихологии, психосоматики, психологии аномального развития. Научными редакторами коллективной монографии выступили известные клинические психологи – Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина, С.Н. Ениколопов, приложившие колоссальные усилия как к подготовке публикации этой монографии, так и к проведению конференции.

Появление коллективной монографии «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы» имеет большое значение для российской науки и чрезвычайно актуально. Знакомство со статьями, собранными в ней, позволяет четко представить палитру современных исследований в области клинической (медицинской) психологии, осуществляющихся ведущими специалистами в нашей стране. Авторы статей, опираясь на традиции, заложенные в клинко-психологической диагностике такими столпами, как Сусанна Яковлевна Рубинштейн, предлагают новые подходы и идеи, развивают новые направления, демонстрируют последние научные достижения в этой области.

Материалы коллективной монографии распределены по четырем разделам: «Методология исследования в клинической психологии», «Современные тенденции

развития диагностики при эндогенной психической патологии», «Современные тенденции развития диагностики в клинической психологии: возрастные аспекты», «Клинико-психологические проблемы профилактики и реабилитации». Такая логика изложения представляется вполне оправданной, так как сложность изучаемых вопросов и широта феноменологического поля определяют необходимость сначала уточнить методологические основания исследований, а затем перейти к более частным вопросам по рассматриваемой проблеме. Поэтому абсолютно естественным видится открытие первого раздела статьей корифеев отечественной патопсихологии В.П. Критской и Т.К. Мелешко, посвященной рассмотрению базовых методологических и методических принципов исследования эндогенной психической патологии (шизофрении). Ключевым для авторов является понятие патопсихологического синдрома как структурного образования, позволяющего вскрыть внутренние взаимосвязи между психическими характеристиками, образующими особое качество проявлений шизофренической патологии. В качестве ведущего фактора в структуре патопсихологического синдрома авторами было определено снижение социальной направленности и социальной регуляции деятельности и поведения больных шизофренией.

Продолжает размышления о методологии и проблемах психологической науки Е.Ю. Балашова в статье «Настоящее и будущее нейропсихологической диагностики: pro et contra». В частности, автор поднимает вопрос методического обеспечения нейропсихологической диагностики, который до настоящего времени не является решенным. В первом же разделе содержится статья М.А. Беребина, который доказывает необходимость и актуальность разработки психодиагностических методик нового («экспертного») типа для решения задач клинической (медицинской) психодиагностики. В статье Н.С. Бурлаковой последовательно проводится мысль о создании методологии, более точно описывающей структуру проективных методов и характер получаемого при их помощи знания с учетом условий их проведения, позиции исследователя, характера активности экспериментатора и прочих, развития способов понимания индивидуальности обследуемого, что, по мнению автора, раскрывает новые грани в использовании данных методов и позволяет в перспективе говорить о новом этапе в их развитии и применении.

Оценке мотивации в контексте трансляционной психиатрии посвящена статья М.В. Алфимовой. Автор анализирует современные зарубежные экспериментальные парадигмы и опросники, нацеленные на измерение компонентов побудительной мотивации, и констатирует, что выбор психометрических инструментов для изучения побудительной мотивации в рамках решения задач клинической психологии пока ограничен, что диктует необходимость разработки новых, высоко специализированных опросников для изучения различных компонентов данного психологического конструкта.

В материале Е.Р. Исаевой и Г.Г. Лебедевой осуществляется подробный сравнительный анализ отечественного и зарубежного подходов к изучению

когнитивных процессов у пациентов с шизофренией и показывается, что современные зарубежные психометрические тесты (ТМТ, Тест беглости речевых ответов) позволяют получить достаточно быстро общую количественную интегральную оценку сохранности и продуктивности умственной (познавательной) деятельности, вместе с тем они имеют недостаточную диагностическую чувствительность к выявлению специфических когнитивных нарушений, характерных для больных с расстройствами шизофренического спектра. При этом отечественные методики дают больше информации о структуре нарушенных когнитивных функций.

Т.И. Медведева, О.Ю. Воронцова, О.Ю. Казьмина, О.О. Зинченко описывают результаты исследования, целью которого было изучение имплицитных предпочтений, связанных со смертью (категории «Я»+ «Смерть»), у больных депрессией с суицидальным риском. Показано, что у больных с суицидальным риском снижены способности к эмоциональному научению и принятию решений на основе прошлого опыта, выявлена склонность к игнорированию отрицательных последствий своего выбора.

Возможностям применения рисуночной методики «МОБИС» в диагностике имплицитного и эксплицитного отношения к болезни – на примере непсихотических расстройств юношеского возраста – посвящена статья Е.И. Рассказовой и С.Н. Ениколопова. Авторы показывают, что рисуночная методика «МОБИС» представляет собой валидную скрининговую альтернативу опросниковым инструментам репрезентации болезни: близость болезни к «Я» связана с общей когнитивной оценкой тяжести и длительности заболевания, тогда как близость симптомов к «Я» – с их эмоциональной значимостью и страхом негативных последствий.

Г.Е. Рупчев и А.А. Алексеев на материале интерпретации пословиц и поговорок изучали возможности диагностики нарушений абстрактного мышления с помощью шкалы «Уровень абстрактного мышления». Разработанная шкала показала достаточные надежность, согласованность, конструктивную валидность и сензитивность к нарушениям абстрактного мышления. Также показатели дискриминативности для отдельных заданий (пословиц) оказались высокими, что указывает на возможность использования отобранного списка пословиц и поговорок.

В статье И.В. Добрякова, В.Н. Прохорова и О.В. Прохоровой рассматриваются вопросы психологической диагностики в такой относительно новой научной области как перинатальная психология; делается обзор существующих психодиагностических методик проблем их создания.

Мультидисциплинарные клиничко-психологические аспекты диагностики детского аутизма и детской шизофрении проанализированы в статье Н.В. Симашковой и А.А. Коваль-Зайцева. Авторы убеждены, что именно

мультидисциплинарный подход с привлечением дополнительных методов комплексной психологической диагностики (патопсихологических маркеров расстройств аутистического спектра и детской шизофрении) к базисным патопсихологическим внесет весомый вклад в решение вопросов ранней диагностики, дифференциации, уточнения патогенеза, мониторинга состояния пациентов, позволит разработать новые дифференцированные подходы к терапии детей с аутизмом и шизофренией.

Н.В. Зверева посвятила свою статью проблеме когнитивного дизонтогенеза и его диагностике у детей и подростков. В частности, ею показано, что при разных вариантах расстройств аутистического спектра у детей представлены все виды когнитивного дизонтогенеза, на формирование дефекта вследствие болезни, его содержание и структуру оказывают влияние индивидуальные особенности формирования психики («слабые» и «сильные» стороны психической деятельности), которые имеют определенные совпадения при шизофрении и расстройствах аутистического спектра.

Описанию методов диагностики произвольной двигательной активности у детей, а точнее, конкретных диагностических проб посвящена статья Т.Г. Горячевой и Ю.В. Кузнецовой. Все пробы не требуют специального оборудования, быстры в выполнении, легко и с интересом воспринимаются детьми. Они дают достаточно точные возможности для оценки состояния праксиса ребенка, заинтересованных мозговых зон и прицельного выделения зон для более детального последующего обследования.

Проблемы психодиагностического исследования при производстве судебно-психологических экспертиз рассматриваются И.А. Горьковой. К наиболее часто встречаемым проблемам применения психодиагностических методов, которые снижают их качество вплоть до необоснованных, ошибочных выводов, она относит, в частности, отсутствие единого подхода и, соответственно, применение разнообразных методов при производстве одних и тех же видов экспертиз, а также перенос психологами методов психодиагностики из практики работы в психологических службах без учета специфики производства судебно-психологических экспертиз.

В исследовании, проведенном В.А. Урываевым и И.Г. Сениным, сопоставляются результаты диагностики двух групп испытуемых с помощью личностного опросника Р. Кеттелла: одной группы – в 1992 году, а второй группы – в 2016 году. Наибольшие различия между поколениями «пре-перестроечным» и «пост-перестроечным» отмечены в сфере интеллектуальных качеств личности, чему, безусловно, не может не способствовать экспансия современных интернет-технологий.

И.Ф. Рощина и Н.Д. Селезнева изучали когнитивные и некогнитивные особенности психической деятельности у родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера. Проведенное исследование показало, что в отношении родственников людей с болезнью Альцгеймера должны проводиться

комплексные программы коррекционно-реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение ухудшения когнитивных функций. В эти программы, помимо клиничко-психопатологического обследования и медикаментозной терапии, должны включаться нейропсихологическая диагностика для выявления специфических особенностей когнитивного функционирования, а также психологическая поддержка (сопровождение) и коррекционная работа в рамках когнитивного тренинга.

О психологической диагностике в контексте профилактики нарушений психической адаптации пишет О.Ю. Щелкова на примере исследования группы врачей анестезиологов-реаниматологов. Предложенная автором модель психодиагностики позволила подтвердить представление о сложной структуре процесса психологической адаптации к стрессогенным условиям профессиональной деятельности, о его волнообразном, фазовом характере.

Завершает раздел, посвященный клиничко-психологическим проблемам профилактики и реабилитации, статья Е.Р. Исаевой и Ю.В. Мухитовой, содержащая обзор отечественных и зарубежных исследований системы психосоциальной помощи населению и реабилитации. Как считают авторы, опыт как зарубежных, так и отечественных специалистов в нейрореабилитации может стать полезным и важным ориентиром в создании единой структурированной системы оценок эффективности восстановительных мероприятий для психиатров, медицинских психологов и других специалистов, занимающихся психосоциальной реабилитацией пациентов с психическими нарушениями.

Таким образом, краткий обзор содержания коллективной монографии «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы» позволяет сделать вывод о широте и разнообразии проводимых в этой области научных исследований.

Можно с уверенностью утверждать, что материалы монографии будут интересны и полезны для научных работников, преподавателей психологии, аспирантов и студентов, а также специалистов, работающих в области здравоохранения, в системе образования и социальной защиты населения.

A Review of the Multi-Authored Monograph “The Medical (Clinical) Psychology Diagnosis: Current State and Prospects”¹

Vachkov I.V.,

Doctor in Psychology, professor, Institute of Social Sciences, The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia, igorvachkov@mail.ru

The monograph presents a number of articles written by leading domestic clinical psychologists on various issues connected with psychological diagnosis. The multi-authored monograph was written for the international research-to-practice conference “The medical (clinical) psychology diagnosis: tradition and prospects”. The conference took place in Moscow on November 29-30, 2016. The book consists of the following sections: “Research methodology in clinical psychology”, “The development of endogenous mental pathology diagnosis current trends”, “The development of clinical psychology diagnostics current trends: age aspects”, “The main problems of clinical-psychological prevention and rehabilitation”. The materials of the monograph may be interesting and useful for scientists, psychology lecturers, students and post-graduate students, as well as for specialists working in the field of public health, education and social support for the population.

Keywords: multi-authored monograph, psychological research, medical (clinical) psychology, diagnosis.

¹ The medical (clinical) psychology diagnosis: current state and prospects, scientific edition, Multi-authored monograph /Edited by N.V.Zvereva, I.F.Roschina. M.: “Sam Poligraphist’ LTD., 2016. 254 p.

К юбилею Юрия Владимировича Микадзе

Горячева Т.Г.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра клинической психологии, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»; кафедра нейро-и патопсихологии развития, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, goriatcheva_tg@mail.ru

Коллектив факультета клинической и специальной психологии ФГБОУ ВО МГППУ искренне поздравляет своего председателя Государственной аттестационной комиссии по клинической психологии Юрия Владимировича Микадзе с юбилеем и желает здоровья, счастья и долгих лет плодотворной работы в науке и образовании. К этим поздравлениям присоединяется коллектив кафедры клинической психологии и психолого-социального факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Ключевые слова: Ю.В. Микадзе, юбилей.



В конце мая исполнилось 70 лет известному российскому психологу и нейропсихологу Юрию Владимировичу Микадзе.

Юрий Владимирович Микадзе родился 26 мая 1947 года в поселке Толстое, Залещицкий район, Украинская ССР. В 1976 году с отличием окончил факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова по специализации «Нейро- и патопсихология»; руководителем дипломной работы была Н.К. Корсакова. Далее продолжил обучение в аспирантуре: сначала под руководством А.Р. Лурии, а затем – Е.Д. Хомской. В 1980 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Организация мнестической деятельности у больных с локальными поражениями мозга». С 1980 года работает на кафедре нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ в должностях младшего научного сотрудника (1980), старшего научного сотрудника (1983), ведущего научного сотрудника (1991). В 1999 году защитил докторскую диссертацию на тему «Нейропсихология индивидуальных различий в детском возрасте». В 2004 году Ю.В. Микадзе было присвоено звание профессора по кафедре нейро- и патопсихологии, а в 2015 году – заслуженного профессора МГУ.

С 2003 года Юрий Владимирович руководит кафедрой клинической психологии психолого-социального факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Кафедра была организована в 2003 году, когда началась подготовка студентов по различным специальностям клинической психологии, и с этого момента он является ее бессменным лидером.

Устойчивый интерес к медицинской клинической психологии сформировался у Ю.В. Микадзе уже в студенческие годы. Большое влияние на становление Юрия Владимировича как специалиста оказали работы и лекции А.Н. Леонтьева, П.Я. Гальперина, А.Р. Лурии, М.К. Мамардашвили. Начало творческой деятельности Юрия Владимировича связано с изучением семантической организации памяти человека и видов ее нарушения при локальных поражениях мозга. Выделена и описана форма патологии памяти – нарушения семантической памяти как мнестической деятельности. Ценность его диссертационной работы заключалась в нетрадиционном подходе к исследованию мнестической деятельности, которая рассматривалась не как изолированный процесс, а как особая форма деятельности, включающая в свой состав ряд процессов, не имеющих собственно мнемической направленности. Такой подход позволил выявить и описать многокомпонентный состав мнестической деятельности.

В последующие годы Юрий Владимирович Микадзе обосновал и развил новое направление нейропсихологии – дифференциальную психологию детского возраста. Практической ценностью проведенных под его руководством исследований является использование нейропсихологических методов для анализа индивидуальных особенностей нормативного развития и отклонений в развитии детей и подростков, необходимого для выявления причин школьной неуспеваемости. Полученные результаты позволили описать ряд нейропсихологических синдромов, характеризующих специфику позитивного и негативного развития психических функций в младшем школьном возрасте, а также специфику различий в формировании психических функций в разных социокультурных условиях. Выделение метасиндромов развития, специфичных для

разных возрастных периодов, позволило раскрыть проявление гетерохронии в психическом развитии с позиций нейропсихологии.

В течение многих лет на факультете психологии МГУ и на психолого-социальном факультете РНИМУ им. Н.И. Пирогова Юрий Владимирович читает курсы «Основы нейропсихологии», «Нейропсихология детского возраста», осуществляет научное руководство курсовыми, дипломными и диссертационными работами. Под его руководством защищены 10 диссертационных и 44 дипломные работы.

В годы студенчества Юрий Владимирович увлекался фотографией и много лет фиксировал хронику событий факультета психологии МГУ в фотографиях. До сих пор в архивах факультета можно встретить профессионально выполненные Юрием Владимировичем фотографии, повествующие о научной, студенческой и общественной жизни факультета.

Ю.В. Микадзе является членом Российского психологического общества, Международной ассоциации клинических психологов, проблемной комиссии «Неврологические и нейропсихологические основы трудностей обучения в начальной школе», Межведомственного научного Совета по проблемам возрастного развития, реабилитации и коррекции.

В рамках научных исследований Юрием Владимировичем опубликовано более 100 работ в отечественных и зарубежных изданиях. Учебник «Нейропсихология детского возраста» (2008) пользуется авторитетом у коллег и студентов.

Профессиональная преподавательская деятельность Ю.В. Микадзе заслуженно отмечена медалью «В память 850-летия Москвы», юбилейным знаком «250 лет МГУ им. М.В. Ломоносова» и премией лауреата Конкурса работ, способствующих решению задач Программы развития Московского университета в номинации «За достижения в преподавании и методической работе».

Юрий Владимирович не только специалист высокого класса, но и замечательный руководитель. Его отличают такие личные качества, как ответственность, высокая организованность, надежность, дружелюбие, эстетическое чувство и неиссякаемое чувство юмора, что делает его любимым и уважаемым среди близких и коллег.

Коллектив факультета клинической и специальной психологии ФГБОУ ВО МГППУ искренне поздравляет своего председателя ГАК по клинической психологии Юрия Владимировича с юбилеем, желает здоровья, счастья и долгих лет плодотворной работы в науке и образовании. К этим поздравлениям присоединяется коллектив кафедры клинической психологии и психолого-социального факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

To the Anniversary of Juri Mikadze

Goryacheva T.G.,

PhD (Psychology), associate professor, Pirogov Russian National Research Medical University; MSUPE, Moscow, Russia, goriatcheva_tg@mail.ru

Team of Department of clinical and special psychology congratulate heartly on the anniversary of chairman of the State Attestation Committee for clinical psychology Juri Mikadze. The collective wishes him good health, good luck and many years of fruitful work in scientific and educational fields. Collectives of chair of clinical psychology and department of psycho-social work of Pirogov Russian national research medical university are supporting these words.

Keywords: Juri Mikadze, anniversary.

Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности

Рощина И.Ф.,

кандидат психологических наук, профессор, ФГБОУ ВО МГППУ, ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, ifroshchina@mail.ru

Зверева Н.В.,

кандидат психологических наук, профессор, ФГБОУ ВО МГППУ, ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, nwzvereva@mail.ru

Статья посвящена итогам прошедшей 18-19 мая 2017 года в Санкт-Петербурге Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения В.М. Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Приведена информация об организаторах и участниках, изданиях конференции, ее программе, выделены интересные доклады по секциям.

Ключевые слова: В.М. Бехтерев, школа В.М. Бехтерева, клинические и психологические проблемы нервно-психических заболеваний.

Для цитаты:

Рощина И.Ф., Зверева Н.В. Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 186–190. doi: 10.17759/psyclin.2017060215

For citation:

Roschina I.F., Zvereva N.V. The School of V.M. Bechterew: From the Beginnings to the Present Time [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 186–190. doi: 10.17759/psycljn.2017060215 (In Russ., abstr. in Engl.)

В 2017 году исполнилось 160 лет со дня рождения выдающегося отечественного психоневролога и медицинского психолога Владимира Михайловича Бехтерева (1857–1937) и 110-летие созданного им в 1907 году

психоневрологического института в Санкт-Петербурге. Двум этим выдающимся событиям в истории отечественной научной медицины и медицинской психологии была посвящена Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности», которая проходила 18-19 мая 2017 года в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте имени В.М. Бехтерева.

К началу конференции была напечатана двухтомная монография Н.Н. Незнанова, М.А. Акименко и А.П. Коцюбинского «Школа В.М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме», в которой подробно изложена история развития научных и клинических аспектов работы коллектива ученых и врачей созданного В.М. Бехтеревым в 1907 году психоневрологического института, а также описано последовательное развитие идей научной психиатрии и медицинской психологии, которые реализовались в исследованиях и клинической практике в этом уникальном научном коллективе до настоящего времени. Монография замечательно иллюстрирована множеством фотографий, которые хранятся в музее В.М. Бехтерева (хранитель музея – профессор М.А. Акименко), что формирует у читателя представление о непрерывности истории отечественной психиатрии и медицинской психологии на протяжении более ста лет. В музее В.М. Бехтерева среди экспонатов, принадлежавших выдающемуся ученому, проходили заседания нескольких секций, что создавало особую атмосферу причастности участников конференции ко всей истории отечественной психоневрологии и медицинской психологии. Помимо монографии был издан диск с тезисами участников конференции.

Большой интерес участников конференции вызвало пленарное заседание. Доклады были посвящены роли В.М. Бехтерева в создании научной и клинической психоневрологии, а также участию В.М. Бехтерева в организации университетского образования в Санкт-Петербурге. В докладе профессора Н.Г. Незнанова была раскрыта история Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева от истоков до современности. Доклад академика А.Г. Чучалина был посвящен выдающейся роли В.М. Бехтерева в развитии университетского образования в России. Профессор В.К. Шамрей подробно рассказал об истории руководства В.М. Бехтерева кафедрой нервных и душевных болезней Военно-медицинской Академии (1893–1913). Профессор А.А. Скоромец в своем докладе обсуждал роль В.М. Бехтерева в основании кафедры нервных и душевных болезней Женского медицинского института.

На конференции были организованы секции по широкому спектру современных проблем и истории психиатрии, неврологии и медицинской психологии: «Персонифицированный подход в психиатрии и неврологии: наука и искусство», «Персонифицированный подход в психиатрии: история и современность», «Мир аддикций 2017», «Актуальные вопросы диагностики и лечения когнитивных нарушений», «Современные проблемы детско-подростковой психиатрии», «Этико-правовые аспекты биомедицинских исследований в психоневрологии», «Идеи В.М. Бехтерева в становлении отечественной психотерапии», «Биологическая и клиническая психиатрия» и другие.

Отдельный симпозиум «Школа В.М. Бехтерева» состоялся в помещении музея. Были освещены разные аспекты тематики симпозиума, с обобщающим докладом о школе Бехтерева выступила профессор М.А. Акименко; шла речь и о значении В.М. Бехтерева как основоположника военной психиатрии (доклад профессора В.К. Шамрея). История русского зарубежья через судьбы учеников В.М. Бехтерева также нашла свое отражение в работе симпозиума (доклады М.Ю. Сорокиной, А.А. Костригина, М.А. Погорелова). Как всегда полемичным было выступление профессора Ю.С. Савенко, посвященное сравнению московской и петербургской психиатрических школ.

Значимые для детской и подростковой психоневрологии и клинической психологии вопросы поднимались на симпозиуме «Современные проблемы детско-подростковой психиатрии». Обсуждались тема суицидального поведения подростков (доклад профессора Ю.В. Попова), вопросы современной трансляционной и превентивной медицины в контексте основных задач детской и подростковой психиатрии (доклад профессора И.В. Макарова). Совместная деятельность и синергизм детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии обсуждались в докладе профессора Э.Г. Эйдемиллера. Проблемы диагностики психических расстройств у детей и подростков представлены в докладе доктора медицинских наук С.В. Гречаного. Отдельные виды возрастнo-специфической патологии были в центре внимания в докладах доктора медицинских наук В.Э. Пашковского, который сравнивал аутистические синдромы (синдром Каннера и синдром Аспергера). Кандидат медицинских наук Р.Ф. Гасанов сообщил о тенденциях изменения диагностических критериев гиперкинетических расстройств, а кандидат медицинских наук А.А. Пичиков сделал сообщение о нервной анорексии.

Большой симпозиум был посвящен теоретико-методологическим основам современной медицинской психологии (памяти А.Ф. Лазурского). Профессор О.Ю. Шелкова сделала большой доклад, в котором осветила основные направления научных исследований в петербургской школе медицинской (клинической) психологии. В докладе профессора А.Ш. Тхостова было представлено исследование особенностей когнитивно-личностного стиля старшеклассников, употребляющих ПАВ, в котором обнаружена такая специфика их когнитивного стиля как полярность (категоричность) оценок. Высокую оценку слушателей заслужил доклад профессора Н.А. Сироты с соавторами, который был посвящен исследованию клинико-психологического феномена страха прогрессирования заболевания. Проблемы судебной экспертизы поднимались в докладе профессора Е.Г. Дозорцевой. Доцент К.В. Сыроквашина поделилась анализом современных подходов к суицидальному поведению подростков – теме, имеющей высочайшую социальную значимость. Вопросы стандартизации деятельности медицинских психологов осветила профессор Е.Р. Исаева. В докладе доцента В.А. Урываева обсуждалась личность в контексте изменяющегося социума. Интересными были и постерные сообщения. О защитных факторах в суицидальном поведении сообщила кандидат психологических наук К.А. Чистопольская. О клинико-психологических аспектах оказания помощи при пограничных нервно-психических расстройствах у детей

доложила кандидат психологических наук А.С. Султанова. В сообщении доктора медицинских наук М.Ю. Городновой описана феноменология созависимости (опыт контакта и психотерапия).

Работа конференции, посвященная юбилею В.М. Бехтерева и основанного им Психоневрологического института, прошла успешно и плодотворно, собрав значительное количество участников (медиков, неврологов, психологов и представителей других смежных специальностей) из всей России и из-за рубежа. Обстановка была творческой, дружеской, мультидисциплинарной, как и следовало ожидать от события, освещенного именем Владимира Михайловича Бехтерева.

The School of V.M. Bechterew: From the Beginnings to the Present Time

Roschina I.F.,

PhD. (Psychology), professor, Department of neuro and pathopsychology of development, Faculty of clinical and special psychology, MSUPE; chief researcher, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ifroshchina@mail.ru

Zvereva N.V.,

PhD. (Psychology), professor, Department of Neuro and pathopsychology of development, Faculty of clinical and special psychology, MSUPE; chief researcher, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, nwzvereva@mail.ru

The article is devoted to the results of the All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation held on May 18-19, 2017 in St. Petersburg, dedicated to the 160th anniversary of the birth of V.M. Bekhterev and the 110th anniversary of the St. Petersburg Psycho-Neurological Research Institute named after V.M. Bekhterev

Keywords: V.M. Bechterew, the School of V.M. Bechterew, clinical and psychological problems of neuro-psychic diseases.
