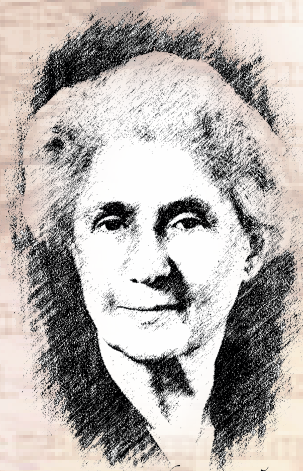


ФГБОУ ВО «Московской государственной
психолого-педагогической университет»
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»



С. А. Рубинштейн

**СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ
ДИАГНОСТИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ
(МЕДИЦИНСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ**
Коллективная монография

К 110-летию С.Я. Рубинштейн

Москва
2021

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

**СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ
ДИАГНОСТИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ
(МЕДИЦИНСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ**

Коллективная монография

Москва
2021

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

**MODERN DIRECTIONS OF
DIAGNOSTICS IN CLINICAL
(MEDICAL) PSYCHOLOGY**

Collective monograph

Moscow
2021

УДК 159.9.618.89
ББК 88.7
С 56

Редакционная коллегия:

Зверева Н.В., кандидат психологических наук, доцент (отв. ред.)
Рощина И.Ф. кандидат психологических наук, доцент
Ениколопов С.Н. кандидат психологических наук, доцент

Рецензенты:

Абрамова Лилия Ивановна, доктор медицинских наук
Горьковая Ирина Алексеевна, доктор психологических наук
Гульдан Виктор Викторович, доктор психологических наук

С 56 Современные направления диагностики в клинической (медицинской) психологии. Научное издание. Коллективная монография г/под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. — М.: ООО «Сам Полиграфист», 2021. — 434 с.

ISBN 978-5-94051-241-7

Монографический сборник, посвященный современным направлениям диагностики в клинической (медицинской) психологии, подготовлен авторами статей специально к Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы. К 110-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн» проходившей 25 и 26 ноября 2021 г. в ФГБНУ НЦПЗ и ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Авторы сборника, профессионалы психологи и медики, доктора и кандидаты наук, рассматривают широкий спектр проблем в современной клинической (медицинской) психологии, касающихся взаимодействия психологии и медицины; различных аспектов клинической психологии детей и подростков (пато- и нейропсихологии, психосоматики, апробации новых средств диагностики), реабилитации и мультидисциплинарных исследований в новых направлениях современной клинической психологии. Монография представляет актуальный срез диагностики в клинической психологии и, несомненно, будет востребована и научными сотрудниками, и преподавателями психологии, аспирантами и студентами, а также специалистами, работающими в здравоохранении, в системе образования и социальной защиты населения.

УДК 159.9.618.89
ББК 88.7
С 56

ISBN 978-5-94051-241-7

© ФГБОУ ВО МГППУ
© ФГБНУ НЦПЗ
© Коллектив авторов

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	6
РАЗДЕЛ 1. ПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА: МЕТОДОЛОГИЯ И ВОПРОСЫ СОТРУДНИЧЕСТВА	9
Александрович М.О., Кардась-Гродзицкая Э Психология и медицина в работе специалистов в Польше	9
Балакирева Е.Е., Блинова Т.Е., Никитина С.Г. Аспекты совместного сотрудничества психиатров и клинических психологов	18
Бархатова А.Н. Место клинической психологии в психиатрии	23
Василенко Т.Д. Психология и медицина: пути диалога	29
Кулыгина М.А. Диагностика психических нарушений в МКБ-11: новые задачи для клинических психологов	37
Микадзе Ю.В. Методологические тенденции в современном развитии нейропсихологической диагностики	44
РАЗДЕЛ 2. СРЕДСТВА ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА	55
Галасюк И.Н., Митина О.В., Горелов Н. Е. Разработка и апробация опросника «родительская отзывчивость» для родителей детей раннего возраста	55
Давыдов Д.Г., Фоменко М.С., Хломов К.Д. Применение методики диагностики насильственного экстремизма на выборке российских школьников	67
Зверева М.В. Особенности патопсихологической диагностики в подростковом возрасте	79
Польская Н.А., Якубовская Д.К. Личностные факторы уязвимости к межличностному отвержению	88
Сергиенко А.А. Тест на оценку асимметрии произвольного зрительного внимания: модификация методики Николаенко Н.Н., диагностические критерии, нормативные данные	100
РАЗДЕЛ 3. ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ	110
Yulia Solovieva & Luis Quintanar Assessment of developmental difficulties: qualitative approach in mexico / Соловьева Ю., Кунитар Л. Качественный подход к оценке трудностей развития в мексике (перевод Вещиковой М.И.)	110
Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Симашкова Н.В. Клинико-психологические подходы к обследованию детей с расстройствами аутистического спектра	129
Ковшова О.С. Проективные методы диагностики в психосоматике	143
Кравцова Н.А., Катасонова А. В. Психодиагностика в системе оказания психологической помощи детям с психосоматическими расстройствами.	163
Куртанова Ю.Е. Психологическая диагностика в детской соматической клинике	182
Солондаев В.К., Конева, И.В., Крупенникова Психическое развитие детей с ограниченными возможностями здоровья,	190

обучающихся в общеобразовательных школах	
Строгова С.Е., Зверева Н.В. О применении теста Векслера в детской клинической психологии	206
Трушкина С.В. Психологическая диагностика детей раннего возраста: направления, цели, методы	221
Туревская Р.А. Диагностика избирательности эмпатических переживаний в детском возрасте.	241
<hr/>	
РАЗДЕЛ 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ДРУГИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	258
<hr/>	
Бузина Т.С. Клинико-психологическое изучение мотивационного уровня зависимости от психоактивных веществ	258
Горячева Т.Г., Седова Е.О. Формирование произвольной саморегуляции в рамках сенсомоторной коррекции	266
Лиманкин О.В. Ханько А.В., Исаева Е.Р. Психосоциальная реабилитация психически больных	273
Митихин В.Г., Солохина Т.А., Кузьминова М.В., Тюменкова Г.В., Лиманкин О.В., Бабин С.М. Инновационный подход к проблемам оценки тяжести психических расстройств и эффективности психосоциальной реабилитации	293
Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф. Клинико-психологическое исследование динамики минимальной когнитивной дисфункции у родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера	313
<hr/>	
РАЗДЕЛ 5. НОВОЕ В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ	320
<hr/>	
Алфимова М.В. Подходы к оценке психологических свойств в современных генетических исследованиях	320
Бойко О.М., Т.И. Медведева, О.Ю. Воронцова, С.Н. Ениколопов, О.Ю. Казьмина Использование интернета в клинико-психологических исследованиях	334
Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н. Бесплодие как психосоматическая проблема	351
Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Строгова С.Е., Суркова К.Л., Зверева М.В., Зозуля С.А., Симашкова Н.В., Горбачевская Н.Л., Даллада Н.В. Оценка когнитивного развития детей, рожденных с помощью ВРТ в мультидисциплинарном подходе	365
Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. О роли исследования праксиса в комплексной нейропсихологической диагностике при старении	390
Нелюбина А.С. Психологические аспекты диагностики фармакологической и нефармакологической приверженности	396
АННОТАЦИИ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ	412
ABSTRACTS	412
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ	428

ВВЕДЕНИЕ

Читатель держит в руках коллективную монографию «Современные направления диагностики в клинической (медицинской) психологии», которая написана коллективом авторов, объединенных общим направлением работы – медицинская психология в ее связях с ведущими отраслями науки и практики, а также гуманистической направленностью и идеей помощи страдающему человеку. Книга подготовлена к юбилею классика отечественной патопсихологии Сусанны Яковлевны Рубинштейн (1911-1990), 110-летию со дня рождения. Это уже третий научно-практический труд, посвященный памяти Сусанны Яковлевны и развитию ее идей, а также и самой клинической психологии. Классики психологии всегда объединяли вокруг себя специалистов, создавали научные школы, имели учеников и продолжателей новых направлений развития науки с ее «приливами и отливами, вершинами и ущельями». Настоящее издание – научное осмысление наследия классиков отечественной клинической психологии, анализ ее современного состояния и положения в системе наук, новых направлений и аспектов практического приложения, диагностики и реабилитации. Среди авторов – ведущие отечественные ученые и практики, зарубежные специалисты.

Монография включает 5 разделов, отражающих широкий спектр проблем в современной клинической (медицинской) психологии. Будучи современным научным изданием, монография охватывает самые важные аспекты клинической психологии и, в первую очередь, представляет актуальный срез диагностики в клинической психологии в области взаимодействия психологии и медицины, вопросах методологии и сотрудничества. Первый раздел включает 6 статей-параграфов, в которых анализируется взаимодействие медиков и психологов в Польше (статья М. Александрович и Э. Кардась-Гродзицкая), психиатров и психологов (статьи А.Н.Бархатовой и Е.Е.Балакиревой с соавторами), истории отношения психологии и медицины от прошлого к настоящему и грядущему, в том числе при принятии к руководству новой классификации болезней МКБ11 (статьи Т.Д.Василенко и М.А.Кульгиной), неустаревающим вопросам методологии исследований (статья Ю.В.Микадзе).

Второй раздел посвящен проблеме диагностики и анализу инструментов работы специалистов медицинских (клинических) психологов. В него включены параграфы, затрагивающие развитие психодиагностики и экспериментально-психологического метода, в частности вопросы оценки родительской отзывчивости, столь актуальные для семей, имеющих особого ребенка (статья И.Н.Галасюк с соавторами), отдельно дан анализ современных средств диагностики

новых выделенных психологических феноменов (статья Н.А.Польской с соавтором). Представлены результаты модификации теста на оценку асимметрии зрительного внимания, тот редкий случай, когда один стимульный материал и диагностическая процедура применимы к широкому возрастному и клиническому диапазону испытуемых (статья А.А.Сергиенко). Еще две статьи отражают подростковую тематику в рамках диагностики насильственного экстремизма (в современном образовании), классической и модифицированной диагностической палитры в изучении подростков с психической патологией (статьи Д.Г. Давыдова и соавторов, М.В.Зверевой).

Детская, подростковая тематика в клинической психологии в настоящее время более чем актуальна на фоне проводимого в России в 2018-2027 годах «Десятилетия детства». Раздел открывает статья мексиканских нейропсихологов, посвященная средствам оценки трудностей развития, проявлениям дизонтогенеза (статья Ю. Соловьевой и Луиса Куинтара), а также исследование детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в общеобразовательных школах (статья В.К.Солондаева и соавторов). Несколько статей посвящены собственно инструментам диагностики. Это классический и неклассический тест Векслера (статья С.Е.Строговой и Н.В.Зверевой), новые средства оценки эмоциональной сферы детей с РАС (статья Р.А.Туревской и соавторов), а также детей раннего возраста (статья С.В.Трушкиной).

Следующий раздел – о новых направлениях в области психологического вмешательства в рамках реабилитации и помощи психически больным, наркозависимым взрослым (статьи О.В.Лиманкина и соавторов, В.Г. Митихина и соавторов, Т.С.Бузиной). Изучению динамики когнитивных дисфункций у родственников пациентов с болезнью Альцгеймера посвящена статья И.Ф.Рошиной и Н.Д.Селезневой. Важное направление нейропсихологической сенсомоторной коррекции детей представлено в статье Т.Г.Горячевой и Е.О.Седовой.

В завершающем разделе монографии собраны статьи, отражающие комплексный характер психологической диагностики в науке и практике, хотя, безусловно, вся клиническая психология, как и патопсихология по меткому выражению Б.В.Зейгарник, является «смежной наукой», соединяющей различные ветви научного знания. В этом разделе представлена статья М.В.Алфимовой по оценке психологических свойств в современных генетических исследованиях. Ультрасовременными и уже привычными являются и новые вспомогательные репродуктивные технологии, и анализ результатов их применения (статья Н.В.Зверевой и коллег), подход к проблеме

бесплодия с позиций психосоматических отношений (статья Т.Д.Василенко и коллег). Новое и востребованное проведение психологической диагностики посредством интернет-технологий подвергается анализу в статье О.М.Бойко и коллег. Важной темой является развитие традиционных нейропсихологических подходов в геронтопсихиатрии (статья Н.К.Корсаковой и соавт.). Новую реальность взаимодействия клинических психологов и медицины отражает статья А.С.Нелюбиной о психологических аспектах приверженности фармакологическому и нефармакологическому лечению пациентов.

Научные редакторы и авторы монографии надеются, что это издание демонстрирует не только современный срез возможностей клинко-психологической диагностики, но и уважение к традициям науки в сочетании с поиском нового, так отличающим научную мысль. Для удобства знакомства наших иностранных коллег со “state of art” в нашей клинической психологии и у коллег из Мексики и Польши все статьи снабжены аннотациями на английском языке, а также переводом названия и ключевых слов.

Это издание состоялось благодаря спонсорской поддержке Центра психодиагностики и психокоррекции Татьяны Германовны Горячевой, редакционная коллегия и авторы признательны за эту помощь.

Мы с благодарностью посвящаем монографию памяти нашего учителя – Сусанны Яковлевны Рубинштейн.

Н.В.Зверева, И.Ф.Рощина, 2021.

РАЗДЕЛ 1. ПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА: МЕТОДОЛОГИЯ И ВОПРОСЫ СОТРУДНИЧЕСТВА

Александрович М., Кардась-Гродзицкая Э.
ПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА В РАБОТЕ
СПЕЦИАЛИСТОВ В ПОЛЬШЕ

Аннотация. Современное понимание здоровья в соответствии с холистической моделью предполагает необходимость комплексного отношения к человеку как к системе, стремящейся к благополучию в физической, умственной и социальной сфере, а не просто к противопоставлению независимых систем *soma* и *psyche*. Именно доктрина холизма объединяет два мира: психологический, относящийся к психике, и медицинский, гораздо чаще действующий в сфере *soma* (Cybulski, Strzelecki, 2010). Связь между психологией и медициной проявляется в их взаимодействии, направленном на службу современному человеку. Цель нашей статьи – представить задачи и методы работы психологов в психологических консультациях и клиниках психического здоровья в Польше.

Ключевые слова: холизм, психология, медицина, методы работы психологов

Вступление

Связь между психологией и медициной проявляется в их взаимодействии, направленном на службу современному человеку. Современное понимание здоровья в соответствии с холистической моделью предполагает необходимость комплексного отношения к человеку как к системе, стремящейся к благополучию в физической, умственной и социальной сфере, а не просто к противопоставлению независимых систем *soma* и *psyche*, как это было ранее в биомедицинской модели. Доктрина холизма – это модель, объединяющая два мира: психологический, относящийся к психике, и медицинский, гораздо чаще действующий в сфере *soma* (Cybulski, Strzelecki, 2010).

В холистической концепции здоровья предполагается, что человек – это единое целое; поэтому его психика и телесность, как неразделимые существа, обязательно влияют друг на друга, в конечном итоге давая более синергетическое, чем просто совокупное качество. Восприятие человека в целом также влечет за собой широкое понимание концепции здоровья, под которой мы понимаем

сегодня не только отсутствие болезней, но, прежде всего, ресурс, рассматриваемый на физическом, умственном, социальном и духовном уровнях (Cybulski, Strzelecki, 2010).

Цель нашей статьи – представить задачи и методы работы психологов в психологических консультациях и клиниках психического здоровья в Польше.

Стоит отметить, что, следуя холистической концепции здоровья, современные психологи обучаются в биопсихосоциальной парадигме, которая позволяет получить более широкий и целостный взгляд на человека и его трудности в контексте его психических процессов и социальной среды, в которой он живет. Как и во многих областях, в психологии, особенно в клинической психологии, происходят изменения в предмете интереса и методах диагностики (Brau, 2010).

Типы диагностики в клинической психологии

Клиническо-психологическую диагностику можно рассматривать как диагностическую деятельность, а также как ее результат. Прежде всего, это описание и объяснение проблемы со здоровьем человека. Основная цель диагностической процедуры – решение проблемы, поэтому ее сравнивают с научным исследованием, подчеркивая ее систематический и надежный характер (Brzeziński, 2008; Pasikowski, Sęk, 2008). Клиническо-психологическая диагностика может быть проведена в клиниках психического здоровья, психотерапевтических кабинетах и центрах лечения соматических заболеваний. Клиническая диагностика – это сложный, многоэтапный процесс, направленный на достижение конкретной цели, которая ставится между психологом и лицом, нуждающимся в помощи (Cierpiałkowska, Soroko, Sęk, 2020). Диагностике предшествует составление диагностического контракта, в котором устанавливаются принципы сотрудничества. Также важно, чтобы диагностическая процедура проходила в профессиональных диагностических отношениях, в которых доверие и сотрудничество играют чрезвычайно важную роль (Stemplewska-Żakowicz, 2009).

Основная задача клинического психолога – оценить психическое здоровье человека, объяснить его биопсихосоциальные детерминанты и патомеханизм, а также показать возможные перспективы использования психологической помощи. Таким образом, целью диагностики является выявление причин проблемы и ее последствий, проверка гипотез относительно сути проблемы, прогнозирование поведения, создание плана терапии и отслеживание прогресса (Paluchowski, 2007).

В зависимости от цели диагностики и теоретической точки зрения, на которую ссылается клинический психолог при концептуализации и интеграции данных, различают три основных

типа диагностики (Cierpiałkowska, Soroko, Sęk, 2020):

1. **Дифференциальная/нозологическая диагностика** – это описательная диагностика, которая относится к критериям здоровья и психических расстройств, содержащимся в пособиях по классификации психических расстройств ICD-10 и DSM-5.

2. **Структурно-функциональная диагностика** – это объяснительная диагностика, основанная на предположениях о патомеханизме и патогенезе различных психических расстройств в психодинамической, когнитивно-поведенческой, гуманистической и межличностной парадигмах.

3. **Генетическая диагностика** также является объяснительной диагностикой, которая включает оценку текущего психического состояния человека с учетом биологических, психических факторов и факторов окружающей среды, а также диагноз развития, который объясняет роль биологических и психологических факторов в генезе расстройства на отдельных этапах жизни человека.

Анализируя литературу по данной теме, можно найти несколько обобщенных способов работы, которые нацелены на структурирование процесса диагностики на практике (Stemplewska-Żakowicz, 2009). Независимо от типа диагностики, можно выделить несколько общих этапов диагностической процедуры (Brzeziński, 2008; Pasikowski, Sęk, 2008):

1. Определение диагностической задачи на основе предварительной оценки пациента и его окружения.

2. Формулирование гипотез о возможных объяснениях проблемы.

3. Проверка гипотез с помощью правильно подобранных методов.

4. Интерпретация результатов и принятие решения о прекращении исследования или его продолжении.

5. Подготовка результатов диагностики.

Таким образом, можно сказать, что современная диагностическая процедура – это многоэтапный процесс, в ходе которого психолог использует различные диагностические стратегии во взаимодействии с конкретным клиентом (Cierpiałkowska, Soroko, Sęk, 2020).

Доказательная диагностика

В современной литературе подчеркивается, что высокое качество диагностики в области клинической психологии является результатом способности сочетать практику с научными (эмпирическими и теоретическими) знаниями (Paluchowski, 2010; Cierpiałkowska, Soroko, Sęk, 2020). Проблематика взаимоотношений между практикой и наукой уже давно является предметом размышлений, особенно в

контексте обучения клинических психологов (Paluchowski, 2010).

Доказательная практика в области здравоохранения предполагает, что терапевтическое взаимодействие с пациентами с различными психическими расстройствами должно быть основано на интеграции доступных данных, полученных врачом, характеризующимся определенной квалификацией и компетентностью, и предпочтениями пациента в отношении метода лечения. Соблюдение этих условий в настоящее время считается необходимой основой для оказания профессиональных психологических услуг (Hunsley, Mash, 2008). Как и в медицине, так и в области клинической диагностики стала цениться роль эмпирических данных в клинической практике. В настоящее время мы рассматриваем психологическую диагностику как область, в которой можно эффективно использовать научные исследования и размышления над ними.

Доказательная оценка (*evidence-based assessment*, ЕВА) широко признана в качестве определяющего фактора профессиональных психологических услуг. С 2005 года ЕВА стала официальной политикой Американской Психологической Ассоциации. В этом подходе используются выводы теории и исследований о том, какие характеристики пациентов следует оценивать, какие инструменты измерения являются наиболее надежными для их оценки и какие процедуры диагностики и оценки этого процесса следует использовать (Cierpiąłkowska, Soroko, 2020).

В области клинической психологии специалисты и ученые всё еще ведут дискуссии относительно установления диагностических стандартов. Особое внимание уделяется системе образования в области клинической психологии, которая должна учитывать все важные факторы со стороны клинициста, влияющие на качество диагностики.

Задачи психолога в медицинской практике

В Польше психологи находят работу в психологических консультациях и клиниках психического здоровья. **Психологическая консультация** – это место, где каждый может получить необходимую помощь: ребенок, взрослый и пара, борющаяся с проблемами в отношениях. Психологическая консультация в Польше иногда представляет собой совершенно отдельное и независимо функционирующее учреждение, а иногда является одним из элементов более широко действующей клиники или амбулатории – это может быть один из кабинетов в клинике психического здоровья, но также и один из них в большой клинике, где принимают также терапевты, педиатры и другие врачи-специалисты. Задача психологической консультации – прежде всего

помочь людям справиться с различными ситуациями, с которыми они не могут справиться сами (Nęski, 2018).

В задачи психолога, работающего в **психологических консультациях**, входит:

- психологическая диагностика;
- индивидуальная и групповая терапия;
- профилактика и укрепление психического здоровья;
- помощь родителям и законным опекунам детей в решении текущих образовательных проблем;
- помощь учителям в решении текущих педагогических и воспитательных задач;
- семинары, тематические тренинги, образовательные и дискуссионные встречи;
- сотрудничество с педиатром, неврологом и психиатром;
- терапия, поддерживающая психиатрическое лечение;
- сотрудничество с местными учреждениями, судом, полицией и социальными службами.

Клиника психического здоровья, в свою очередь, обычно является первым местом контакта человека с психической проблемой с психологом или психиатром. Во время консультации предварительно диагностируется состояние пациента и устанавливаются возможные шаги, необходимые для выздоровления. Помимо психологической помощи, в клинике психического здоровья могут предоставить дополнительную поддержку в виде психиатрической помощи с использованием фармакотерапии, на использование которой психологи в психологических консультациях не имеют официального разрешения.

В задачи психолога, работающего в **клинике психического здоровья или дневном стационаре по лечению неврозов**, входят:

- психологическая диагностика пациента с различными невротическими и личностными расстройствами, его отношение к болезни, диагностика сети социальной поддержки;
- психологическое консультирование (психообразование и психологическая поддержка пациента и его семьи во время лечения и направления на индивидуальную и групповую психотерапию, проводимую в центре);
- поддержка: информационная, образовательная и эмоциональная во время лечения в клиниках психологического здоровья и во время пребывания в дневном стационаре с целью лечения неврозов;

- помощь пациенту в адаптации к рекомендациям врача и медсестры;
- работа с семьями пациентов, включая формирование привычек, способствующих укреплению здоровья;
- индивидуальная и групповая психотерапия (долгосрочная, среднесрочная и краткосрочная), направленная на уменьшение симптомов болезни и уменьшение или ограничение механизмов болезни. В обоснованных случаях – мотивация пациента начать семейную и/или супружескую психотерапию или кризисное вмешательство (Izydorczyk, 2021).

Основные группы методов, используемых в клинической психологии в Польше

В клинической психологии существуют разные методы сбора данных о пациенте. Для целей данной статьи под методом понимается общая процедура, основанная на определенных предположениях о природе психических явлений, которая приводит к получению определенного типа данных о пациенте (Soroko, 2020). На основе этого определения можно выделить следующие группы методов (там же):

- **Методы наблюдения**, которые основываются на сборе данных в виде показателей наблюдения, доступных как проявления клинически значимых переменных.

- **Методы, основанные на разговоре**, при которых ищется разнообразный контент, который описывается с субъективной точки зрения в отношениях психолог-пациент, что делает данные динамическими (например, психологическая беседа и психологическое интервью).

- **Методы анкетирования**, сфокусированные на самоописании пациента (например, анкеты для комплексной диагностики или диагностики отдельных черт личности).

- **Методы интеллектуального тестирования**, основанные на выполнении когнитивных задач, достоверность которых можно оценить (например, Шкалой интеллекта Стэнфорда-Бине, Шкалой интеллекта Векслера или Тестом прогрессивных матриц Равена).

- **Методы проективные**, цель которых – вызвать неконтролируемое выражение субъективных значений в ответ на инструкции и неоднозначный стимулирующий материал (например, Тест Роршаха или Тест незаконченных предложений).

Все вышеупомянутые методы имеют теоретические основы, которые определяют типы данных, которые могут быть собраны с их

помощью, как это делать и как их анализировать. В рамках отдельных групп методов инструменты дорабатываются до соответствия критериям психологических тестов. При этом следует отметить, что критерии теста в основном психометрические, что затрудняет оценку некоторых методов, таких как, например, проективные методы

Интересный способ справиться с этой трудностью – идея показать ценности методов в контексте той цели, которой они служат (Soroko, 2020). Очень важным вопросом в контексте диагностики с помощью нескольких методов является вопрос о том, как интегрировать диагностические данные. Независимо от того, насколько совершенен метод, используемый клиническим психологом, наиболее важным представляется способность клинициста интерпретировать полученные данные с учетом множества различных переменных, связанных с обследуемым человеком, тестовой ситуацией и способностью диагноста к самооценке. В этом контексте можно подумать, оправданы ли такие классические разделы диагностических методов, как упомянутые выше (Stemplewska-Żakowicz, 2009).

Следует отметить, что клиницисты могут также собирать данные способом, который не вписывается в вышеупомянутые группы методов, например, самонаблюдение, а некоторые инструменты (например, структурированные интервью) расположены на пересечении разных групп методов. Методы самонаблюдения берут начало в интроспективной психологии и получили значительное развитие в рамках популярной в последнее время поведенческой диагностики, которая заключается в систематическом наблюдении и регистрации различных аспектов своего поведения, внешних событий и внутренних состояний. Результаты самонаблюдения можно дополнить данными интервью, которые дают более полную картину повседневного функционирования пациента (Trzeciakowska, 1993). У этого метода есть свои преимущества, в т.ч. возможность достижения множества различных ситуаций, повышение осведомленности, но также и недостатки, прежде всего предвзятость самонаблюдения (O'Brien i in., 2010).

Заключение. В последние годы значение и место психологии в медицине, несомненно, значительно возросло (Borys, 2006). Причины этого следующие:

1. Возвращение к холизму в современной медицине (Borys, 2006; Cybulski, Strzelecki, 2010).

2. Изменение в характере болезней и причинах смерти, наблюдаемые за последнее столетие, от инфекционных болезней до болезней цивилизации (Heszen-Niejodek, 2005; Wrześniewski, 2005).

3. Появление к широко использованной в медицине в настоящее время патогенетической модели, – салютогенной модели, предполагающей, что нормой функционирования человека является динамическое состояние равновесия (Lazarus, 1986).

В настоящее время клиническая психология, определяемая как область „... психологических исследований и практик, которые имеют дело с описанием и объяснением здоровых и нарушенных форм поведения, опыта и соматического функционирования. Практические задачи, заключающиеся в диагностике здоровья и/или расстройств, а также в профессиональной помощи и терапии.” (Sęk, 2005, с. 39), является связующим звеном между медициной и психологией.

В Польше профессиональная подготовка психолога к работе в области оказания медицинских услуг, заключающихся в проведении процесса психологической диагностики, диагностики для психотерапии, поддержке мотивации для начала лечения и участия в психотерапии, а также различных форм психологической помощи требует наличия у психолога дополнительного последиplomного образования. Чтобы получить соответствующую квалификацию для проведения клинической психологической диагностики и помощи при различных симптомах психических расстройств (невротических и личностных расстройств), магистр психологии должен дополнительно иметь документально подтвержденное образование в области клинической психологии (Izydorczyk, 2021). Таким образом, чтобы получить право самостоятельно проводить психотерапию, психологу необходимо пройти последиplomный курс – курс психотерапии в аккредитованном центре, а затем сдать экзамен, позволяющий получить сертификат психотерапевта.

Литература

Borys, B., (2006). Wzrost znaczenia psychologii we współczesnej medycynie: istotne przyczyny. W: B. Borys, M. Majkowicz, M. (red.), (2006). *Psychologia w medycynie* (s. 7-21). Gdańsk: Akademia Medyczna w Gdańsku.

Borys, B., Majkowicz, M. (red.) (2006). *Psychologia w medycynie*. Gdańsk: Akademia Medyczna w Gdańsku.

Bray, J.H. (2010). The future of Psychology Practice and Science. *American Psychologist*, 65, 355-369.

Brzeziński, J. (2008). Psychologiczna diagnoza zdrowia i zaburzeń z perspektywy metodologii badań psychologicznych. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Cierpiałkowska, L., Soroko, E. (2020). Jakość diagnozy klinicznej i jej uwarunkowania. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Cierpiałkowska, L., Soroko, E., Sęk, H. (2020). Modele diagnozy klinicznej a problemy diagnostyczne. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Cybulski, W., Strzelecki, M. (red.) (2010). *Psychologia w naukach medycznych*. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Heszen-Niejodek, I. (2005). *Psychologia zdrowia*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia: podręcznik akademicki* (t. 3, s. 456-464). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.

Hunsley, J., Mash, E.J. (2008). *Developing criteria for evidence-based assessment: An introduction to assessment that work*. W: J. Hunsley, E. J. Mash (red.), *A Guide To Assessments That Work* (s. 3-16). New York: Oxford University Press.

Izydorzyczyk, B. (2021). *Zadania psychologa w psychoterapii nerwic i zaburzeń osobowości realizowanej w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (Poradniach Zdrowia Psychicznego i Oddziałach Dziennych Leczenia Nerwic)*. On-line: https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/129856/izydorzyczyk_zadania_psychologa_w_psychoterapii_nerwic_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y (2.10.2021).

Lazarus, R.S. (1986). *Paradygmat stresu i radzenia sobie. Nowiny Psychologiczne*, 3-4.

Nęcki, T. (2018). *Poradnia psychologiczna: czym się zajmuje i jak się do niej dostać?* On-line:

<https://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/zdrowie-psychiczne/poradnia-psychologiczna-czym-sie-zajmuje-i-jak-sie-do-niej-dostac-aa-xAt8-gHgu-iE8E.html> (3.10.2021).

O'Brien, W.H. Oemig, C.K. Northern, J.J. (2010). *Behavioral assessment with adults*. W: J.C. Thomas, M. Hersen (red.), *Handbook of Clinical Psychology Competencies*. New York: Springer.

Paluchowski, W.J. (2007). *Diagnoza psychologiczna. Proces - narzędzia - standardy*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Paluchowski, W.J. (2010). *Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest „polski Buros”*. *Roczniki Psychologiczne*, 13(2), 7-27.

Pasikowski, T., Sęk, H. (2008). *Psychologiczna diagnoza kliniczna – etapy postępowania klinicznego a wynik diagnozy*. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (2005). *Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej*. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 1, s. 39-54). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Soroko, E. (2020). *Metody stosowane w psychologicznej diagnozie klinicznej*. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna*. Gdańsk: GWP.

Trzeciakowska, A. (1993). *Rodowód metody obserwacji, samoobserwacji i sprawozdań słownych*. *Człowiek i Społeczeństwo*, 10, 53-67.

Wrześniewski, K. (2005). *Psychologiczne uwarunkowania powstania i rozwoju chorób somatycznych*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia: podręcznik akademicki* (t. 3, s. 493-512). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.

Балакирева Е.Е., Блинова Т.Е., Никитина С.Г.
АСПЕКТЫ СОВМЕСТНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА
ПСИХИАТРОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ.

Аннотация. Традиционно психические расстройства рассматриваются в рамках биопсихосоциальной модели, предполагающей сочетанное влияние биологических (генетических, иммунных), личностных и средовых факторов на возможность развития психической патологии. Для целостной оценки состояния пациентов важными являются характеристики его социума, что обуславливает цели и задачи социотерапевтических мероприятий. Совместная работа психиатров и клинических психологов выявляет симптомы нарушения в психическом развитии, а именно психическое недоразвитие, искаженное или дисгармоничное развитие, соматопатий, диатезов. Важна совместная работа при оценке динамики состояния на фоне проводимого лечения и психокоррекции, как при амбулаторно-поликлиническом наблюдении, так и в стационаре.

Ключевые слова: психология, психиатрия, мультидисциплинарный подход, психические расстройства.

Сочетание патофизиологического и психопатологического исследования позволяет оптимизировать решение целого комплекса неотложных задач: диагностической, мотивационной, терапевтической, информационно-консультативной и психопрофилактической поддержки, предотвращает формирование эффекта социально-психологической депривации [11].

Традиционно психические расстройства рассматриваются в рамках биопсихосоциальной модели, предполагающей сочетанное влияние биологических (генетических, иммунных), личностных и средовых факторов на возможность развития психической патологии. В основе этой концепции лежит диада "диатез - стресс", где диатез - это биологическая предрасположенность к определенному болезненному состоянию, а стресс - психосоциальные факторы, актуализирующие эту предрасположенность. Считается, что для человека наиболее важными и критическими моментами развития является детство и подростковый период, многие события и ситуации этого периода (перинатальный стресс; стресс раннего периода жизни, связанный с жестоким обращением в детстве, сексуальным насилием, плохой заботой матери, депривацией, хронический персистирующий стресс, хронический социальный стресс) являются важными процессами-кандидатами при рассмотрении эффектов «среды» на риск развития психопатологии [8]. Личностные характеристики человека могут также вносить

существенный вклад в развитие заболевания, определять формирование «внутренней картины болезни», влиять на становление ремиссии и положительно реагировать на терапию. Для целостной оценки состояния пациентов важными являются характеристики его социума, что обуславливает цели и задачи социотерапевтических мероприятий. Только совокупность «санирующих» факторов — усилий самого пациента, правильного поведения его семьи и квалифицированной помощи специалистов службы психического здоровья и социальных институтов — составляет максимальный потенциал восстановления пациентов [7].

Очевидно, что психические заболевания являются мультифакторными процессами, и как отечественный, так и международный опыт показывают, что для полноценной диагностики, последующей коррекции и профилактики психических нарушений у детей и подростков необходим комплексный мультидисциплинарный подход. Совместная работа психологов и психиатров показывает более высокие результаты, в связи с объединёнными усилиями специалистов: врача-психиатра и клинического психолога. Чаше родители детей, страдающих психическими расстройствами, занимают «избегающие позиции» и обращаются к психологам, а не к врачам-психиатрам. При первом обращении к психологам в состоянии ребенка могут быть не отчетливо выражены психопатологические симптомы, и именно психолог должен помочь распознать, когда у пациента есть психопатологические нарушения. Психолог является первичной инстанции обращения для пациентов, и патопсихологическая помощь заключается, прежде всего, в поиске причин нестабильности. И клинический психолог, и врач-психиатр работают для одной цели – улучшение психического здоровья, направленное на комплексное восстановление личности. Наряду с позитивной практикой, сотрудничество психологов и психиатров не всегда складывается, так как существует разное понимание ситуации и методов работы, а также недоверие, предубеждение, и отдельный негативный опыт при совместном сотрудничестве [1,10].

На базе ФГБНУ НЦПЗ, в 7 детском и поликлиническом отделениях, детские психиатры и клинические психологи много лет совместно плодотворно работают, как над рядом научных тем в области диагностики психических заболеваний, так и при повседневном обследовании пациентов, с целью уточнения психопатологических расстройств и верификации заболевания. Результаты завершённых психологических исследований позволили получить новые инструменты оценки когнитивной и эмоционально-личностной сфер, это и модифицированные известные методики и новые, оригинальные

средства диагностики. [2-5] Собраны новые нормативные данные по ряду методик. Выпущены методические рекомендации по оценке когнитивной сферы в норме и при эндогенной патологии [6]. Предложены новые варианты обработки уже известных средств диагностики. Проведено сравнение сходных по дизайну исследований пациентов в различные социально-исторические периоды (сравнение исследования мышления в 70-80-е гг и в 2000-е, сравнение по проективным методикам и др.). Сопоставлена успешность выполнения рисуночных проб (рисунок себя) детьми с разным возрастом начала заболевания, разными ведущими синдромами [9]. Критически проанализированы средства диагностики интеллекта (тест Векслера, Психолого-образовательный профиль и др.) в сравнении с классическим патопсихологическим обследованием отечественными методиками, определено показание их применения в диагностике индивидуально и комплексно. Предложен новый вариант базовой оценки психологических заключений, что позволило выделить наиболее значимые сферы для первичной диагностики и в динамике. Проведены пилотные исследования динамики когнитивных дефицитов на фоне проводимой терапии. Создается база данных психологической диагностики пациентов отдела детской психиатрии и нормативной выборки В области динамической коррекции состояния больных были выделены следующие направления совместной работы: 1) психодинамическая психотерапия пациентов; 2) психологическое консультирование родителей, на протяжении госпитализации детей; 3) организация постстационарной социально-психологической реабилитации для пациентов; 4) организация совместных обсуждений пациентов с врачами; 5) разработка формы психотерапевтического заключения [6]

Смещение основной работы в область амбулаторного звена приводит к еще более тесному сотрудничеству психологов и психиатров в деле оказания помощи детям и подросткам с психическими нарушениями. Консультация ребенка и подростка, в связи с состоянием психического здоровья, в настоящее время может представлять сложную задачу, особенно если речь идет о консультации психиатра. Стигма психического нездоровья, страх огласки информации, страх перед лечением отталкивают родителей, как законных представителей ребенка, от обращения к врачу-психиатру. Все это определяет необходимость совместной работы специалистов на благо психического здоровья детей и подростков и их семей, положительный опыт такого сотрудничества описан в литературе. Ведется активная консультативная работа в ФГБНУ НЦПЗ, с целью постановки первичного клинического диагноза, оказания

профессиональной лечебной помощи, определения особенностей психического развития ребенка, рекомендаций по дополнительным обследованиям и наблюдению в динамике, помощи в определении образовательной траектории, оценки реабилитационного потенциала.

Если в работе психолога преобладает диагностическая цель, то для этого психолог концентрирует свое внимание на определение клинического состояния ребенка. В результате проведения исследования помогает решить вопросы диагностики: а именно выявляет эмоциональные проявления (тревожность, напряженность, агрессивность и т.д.), помогает оценить особенности познавательной деятельности, особенности мотивационно-волевой сферы и личности в целом. Во время проводимого обследования у родителей пациента возникает возможность убедиться в наличии проблем, которые предварительно обсуждались с врачом-психиатром. При совместном обследовании повышается уровень доверия, возможность посмотреть на проблему с разных сторон, чтобы или опровергнуть наличие болезни, или подтвердить, и наглядно показывает проблемы и трудности, возникшие как у детей, так и в семьях пациентов и социуме. Безусловно, при возникающих проблемах оценки интеллекта возможно проведения исследования с целью определить уровень интеллектуального развития в соотношении с возрастной нормой, что в свою очередь облегчает задачу, поставленную перед МПК. Совместная работа выявляет симптомы нарушения в психическом развитии, а именно психическое недоразвитие, искаженное или дисгармоничное развитие, соматопатий, диатезов. Важна совместная работа при оценке динамики состояния на фоне проводимого лечения и психокоррекции, как при амбулаторно-поликлиническом наблюдении, так и в стационаре.

Клиническая оценка и полученные психологические данные в результате психологической диагностики служат объективными показателями влияния терапии и коррекционной работы и помогают установить правильный диагноз и направить пациента по персонализированному маршруту ведения с оказанием персонифицированной помощи непосредственно каждому больному.

Литература

1. Бобров, А. Е. Медицинская психология в психиатрии. Методологические и клинические аспекты / А. Е. Бобров, Т. В. Довженко, М. А. Кульгина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 1. – С. 70-75.
2. Зверева Н. В., Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев АА, Балакирева Е.Е., Горюнов А.В., Хромов А.И., Жукова О.Н. Междисциплинарное взаимодействие психологов и врачей в детской психиатрической практике. Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии» (к 85-летию

Ю. Ф. Полякова) // Под общей ред. Н.В.Зверевой, И.Ф. Рошиной. Москва, 2013, С.58-59.

3. Зверева Н.В., Балакирева Е.Е., Пятницкая Л.Н., Зверева М.В. Опыт совместного клиничко-психологического консультирования детей и подростков психиатрами и клиническими психологами. Поляковские чтения-2018 (к 90-летию Ю.Ф. Полякова). Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием 15-16 марта 2018. – М.: ООО «Сам полиграфист», 2018. – 390с. – С.166-168.

4. Зверева, Н. В. Клиническая и психологическая характеристика детей и подростков с разными видами когнитивного дизонтогенеза при шизофрении / Н. В. Зверева, Е. Е. Балакирева, Л. Н. Пятницкая // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118. – № 9. – С. 4-9. – DOI 10.17116/jnevro20181180914.

5. Зверева, Н. В. Ранний анамнез и когнитивный дизонтогенез при психической патологии у детей и подростков: синдромальный подход / Н. В. Зверева, Е. Е. Балакирева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – Т. 17. – № S2. – С. 99.

6. Клиничко-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (внимание и память): Методические рекомендации / Н. В. Зверева, А. И. Хромов, А. А. Сергиенко, А. А. Коваль-Зайцев. – Москва : Научный центр психического здоровья, 2017. – 48 с. – ISBN 9785000776247.

7. Коцюбинский, А. П. Соматотипическое расстройство личности / А. П. Коцюбинский // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы" : Тезисы, Казань, 23–26 сентября 2015 года / Ответственный редактор Незнанов Н.Г.. – Казань: ООО «Альта Астра», 2015. – С. 643.

8. Незнанов, Н. Г. Психиатрия / Под ред. Н. Г. Незнанова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 512 с.

9. Особенности применения методики "Рисунок себя у детей и подростков с нарушениями пищевого поведения / Е. Е. Балакирева, М. В. Зверева, Н. В. Зверева, А. А. Коваль-Зайцев // Психиатрическая наука в истории и перспективе: Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья, Москва, 07 июня 2019 года. – Москва: Научный центр психического здоровья, 2019. – С. 73-75.

10. Резниченко М.Ю., Солондаев В.К. Направления совместной работы врача-психиатра и психолога //Ананьевские чтения- 2004: Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения- 2004» / Под ред. Л.А. Цветковой, Г.М. Яковлева. – СПб.: Изд. С.-Петербургского университета, 2004. С. 187-188.

11. Слоневский, Ю. А. Феномен системного когнитивного диссонанса как фактор, определяющий формат и содержание сотрудничества психолога и врача-психиатра. От первичного приема до комплексного терапевтического и консультативно-диагностического сопровождения / Ю. А. Слоневский, Л. Н. Пятницкая // Клиничко-биологические, психологические и социальные аспекты

психических расстройств у детей и подростков: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященная 100-летию со дня рождения профессора М.Ш. Вроно, Москва, 16 февраля 2018 года / Под ред. Н.В. Симашковой. – Москва: Научный центр психического здоровья, 2018. – С. 175-177.

Бархатова А.Н.

МЕСТО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ

Аннотация.Статья посвящена определению места современной клинической психологии в психиатрии. Рассматривается история взаимодействия психиатрии и психологии при зарождении клинической психологии и на современном этапе. Процитированы позиции классиков психиатрии и психологии, отечественной и зарубежной, прежде всего немецкой и французской психиатрии. Рассматривается своеобразие и связь клинико-психопатологического и патопсихологического методов исследования и работы с больным. Предлагается мультидисциплинарный подход и сотрудничество как возможные варианты взаимодействия и сотрудничества специалистов двух профессий.

Ключевые слова: психиатрия, клиническая психология, клинико-психопатологический метод, патопсихологическая диагностика, биопсихосоциальная модель, междисциплинарный подход.

При обсуждении места и роли современной психологической науки в клинической психиатрии следует обратиться к глобальному анализу соотношения между медицинскими (психиатрическими), психологическими и социальными составляющими этого вопроса. Понимание практического значения этих взаимодействий просто необходимо для формирования комплексного подхода к ведению больных с психическими расстройствами, а также решения ряда организационных и методических вопросов, возникающих при оказании такого рода полипрофессиональной психиатрической помощи.

Психиатрия, как область медицины, прошла длительный путь развития и в ходе этого развития она качественно усложнилась. Как результат мы наблюдаем ее дифференциацию на ряд направлений, таких как психотерапия, наркология, сексология и судебная психиатрия. Кроме того, все большее значение приобретают и смежные дисциплины – медицинская психология и социальная работа, именно поэтому в психиатрии формируется ряд направлений, каждое из которых имеет свой язык, понятийную и концептуальную систему. Выделение так называемой клинической психологии, приносящей

психологические знания, методологию и инструментальную базу в психиатрию имеет историческое обоснование.

Первые клиничко-психологические исследования возникли именно в медицине, в рамках психиатрии и невропатологии. Инициаторами привлечения психологии к решению клинических вопросов стали французские психиатры и невропатологи: Т. Рибо, Ж.-М. Шарко, А. Бине, П. Жане и др. [1, 3, 6, 11]. Интерес и использование психологических знаний всегда характеризовали выдающихся представителей медицинской науки, многие из которых, как, например, З. Фрейд, К. Ясперс, В.Н. Бехтерев, В.Н. Мясищев, даже стали основателями отдельных направлений в психологической мысли и больше известны как психологи, а не как врачи [2,5,9,12,13].

В начале XX века понятие «медицинская психология» было весьма широким по смыслу, охватывающим разнообразные сферы медицинской деятельности с точки зрения использования психологии в лечебных целях. Только в 70-е годы XX века клиническая психология приобретает черты самостоятельной психологической дисциплины прикладного характера, понимаемой шире, чем просто психология в клинике или психология для медиков. В результате проведения психологических исследований врачи получали сведения о разнообразных проявлениях психической деятельности в условиях психиатрической клиники, которые можно было систематизировать и затем использовать в диагностических целях. Смена методологических оснований привела к развитию самостоятельных, а не связанных только лишь с клиническими задачами экспериментальных исследований нарушений психики и поведения, в результате чего появилась теоретическая возможность выделения клинической психологии в качестве составной части психологической, а не психиатрической науки. Причем такая клиническая психология переставала быть всего лишь вспомогательным инструментом врача в психиатрической практике. В целях определения «уникальности» места этой отрасли для ее обозначения в нашей стране долгое время использовался термин «патофизиология». Трактовка термина «патофизиология» Б.В. Зейгарник несколько отличается от того, что понимается под термином «патологическая психология» (abnormal psychology) в иностранной науке [4,10]. Б.В. Зейгарник использовала термин «патофизиология» в значении, которое ему придавал немецкий психиатр Г. Мюнстерберг, предложивший рассматривать психические нарушения как ускорения или торможения нормальной психической деятельности [7,8].

Сегодня, говоря о месте психологической науки в психиатрии понимают психологическое тестирование, психотерапию и психосоциальную реабилитацию. Однако, на самом деле, оно далеко не

исчерпывается этим. Известно, что основным для клинической психиатрии выступает клинко-психопатологический метод. Однако мы редко задумываемся над тем, что его природа сформулирована психологическими методами. Так, например, он в значительной степени связан с механизмом интроспекции, который основывается на анализе сведений, позаимствованных из субъективных переживаний пациента. При этом наблюдаемые психопатологические феномены, опосредуются восприятием врача-психиатра и затем многократно воспроизводятся в клиническом опыте. Воплощением распространённости психологического подхода в клинической практике психиатрии является психодиагностика, которая тесно сопряжена с описательным клинко-психопатологическим методом.

Клиническое описание разнообразных проявлений психических расстройств, личностных особенностей, предрасполагающих к их возникновению, а также динамики и особенностей трансформации психопатологических состояний в различных условиях представляет собой основное содержание данного метода. Такое воспроизведение является основой для объективации и клинической верификации психопатологических феноменов, а также способствует формированию представлений о симптомах, синдромах и болезни. По мере усложнения методик диагностической квалификации психических расстройств воспроизводимость такой диагностики снижается. Отчасти мы можем наблюдать это на примере большого количества практических проблем, связанных с разработкой и внедрением DSM-V. Поэтому в настоящее время все большее значение приобретает необходимость апеллировать не только к субъективным, но и к объективным, независимым от наблюдателя, критериям аномалий поведения и социального функционирования и оценки различных сочетаний (констелляций) этих критериев. Подобный принцип диагностики в рамках клинко-психопатологического метода служит задачам повышения надежности категориальной квалификации психопатологических нарушений. Без него была бы невозможной реалистическая квалификация типов и видов психических расстройств, их нозографическое обозначение и постановка валидного и верифицированного психиатрического диагноза. Он предоставляет возможность дополнить категориальную квалификацию психического состояния больных количественной оценкой имеющейся у них симптоматики. Таким образом, важнейшим усовершенствованием клинко-психопатологического метода является его применение наряду с психометрическими подходами.

Основные противоречия, связанные с психометрическим принципом, заключается в том, что чрезмерная вовлеченность в процесс диагностики измерительных подходов приводит к утрате качественной

специфики оценки психических расстройств. Особенно ярко это проявляется разрабатываемом в последние годы Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств 5-го пересмотра (DSM-V), где психометрическая составляющая стала фактически необходимым компонентом клинично-диагностической квалификации. Однако основная проблема здесь состоит в усложнении диагностической процедуры и в итоге к формализации диагноза.

Унифицированным методом, объединяющим психиатрию и психологию, является активное психологическое взаимодействие, анализ и интерпретация переживаний пациента с участием психотерапевта. Эмпатическое понимание болезненных переживаний и их трактовка способствуют мобилизации личностных ресурсов и формированию у пациента стратегий, позволяющих преодолевать и отчасти компенсировать прежде всего дефицитарные психопатологические проявления, возникающие в результате заболевания.

Психология и психиатрия имеют во многом общую методологию, которая приобретает свои существенные особенности в зависимости от профессиональной принадлежности специалиста. Диагноз является результатом работы врача и представляет прогностическое видение перспектив пациента, а также является основой для подбора терапевтических, реабилитационных и профилактических мероприятий. Для психолога в процессе психотерапии основными являются достигаемые пациентом уровни социальной адаптации, качество жизни и характер социального функционирования. Мишенями терапии для психолога являются личность, ее особенности или важные трансперсональные характеристики, добиваясь коррекции которых можно рассчитывать на улучшение других психосоциальных показателей.

Возможной перспективой психологии в рамках работы психиатрических клиник может выступать создание комплексного подхода в терапии пациента, обладающего общим вектором и концепцией, когда психолог и психиатр представляют из себя единую структуру с позитивной обратной связью и глубоким взаимопониманием принципов работы. Такая система могла бы увеличить уровень вовлеченности специалистов в процессы друг друга, между тем имея четкие границы компетенций каждого направления терапии. Это можно представить как экосистему, при вхождении в которую пациент получает всю ее эффективность и инструментарий, будь то процессы лечения или реабилитации, и не застревает на одном уровне этой системы. Инструментарий психологической науки как раз может обеспечить создание такого формата общей вовлеченности.

Примером может стать работа с симптомами, наиболее чувствительными к психотерапевтической интервенции, такими как тревожность, апатия, ангедония и другие. Иная возможность открывается в психообразовательной работе, нацеленной на дестерiotипизацию процесса лечения, взаимодействия с врачом и понимания расстройства, усиление комплаенса и терапевтического альянса. Работа с внутрисемейными связями в рамках понимания особенностей грамотной межличностной коммуникации требуется для усиления эффекта терапевтической интервенции. А также последующий коучинг для формирования успешной реабилитации в профессиональной и личной сферах. Здесь же мы можем натолкнуться на некоторые неблагоприятные явления, которые в той или иной мере возникнут при создании такого формата взаимной работы. Основная трудность может заключаться в сложном переходе на новую перцептивную концепцию понимания пациента представителями обеих сфер, что может выступать основой конфликтов и дестабилизировать альянс психолога и психиатра. Важное отражение это находит в ситуации, когда пациент или психолог начинает психологизировать симптомы или расстройство в целом. Другим негативным последствием может стать многократное возрастание стоимости такого спектра услуг и как следствие уменьшение доступности квалифицированной помощи.

Необходимо также добавить об экспериментально-психологическом обследовании, которое является одним из важнейших столпов ранней диагностики и возможности превентивного влияния на снижение адаптационных возможностей индивида, обращающегося за помощью, и возможных поведенческих последствий дальнейшей прогрессии расстройства. Важнейшим аспектом работы на этом этапе будет работа с неизбежными общественными стереотипами о понимании работы психиатрии, а также грамотная, четкая и быстрая реакция на обнаруженные особенности.

Также крайне перспективным выглядит и тандем психологии и психиатрии в научной области. Схожие в своем объекте, человеке с нарушениями широкого спектра, они прекрасно дополняют друг друга своими отличиями. Если психиатрия концентрируется на нарушении, то клиническая психология смотрит на отражения этих нарушений в социальных, физических и психологических аспектах индивида. Таким образом дизайн совместного исследования позволяет охватывать широкий спектр научного интереса.

Основанием для продуктивного сотрудничества может стать выработка новой более универсальной парадигмы, прообразом которой, по всей видимости, является биопсихосоциальная модель. Очевидно,

что опосредованные взаимовлияния клинических, психологических и биологических факторов сложнее их простого механического взаимодействия. Только практическая работа и обширные научные исследования смогут согласовать позиции по данному вопросу, что естественно должно быть сопряжено с обоснованием базовых концепций, как психиатрии, так и медицинской психологии.

В заключение хотелось бы остановиться на одной из важнейших проблем современной психиатрии. Она состоит в необходимости создания системы медико-психологического и психотерапевтического сопровождения учреждений. Эта область психиатрии имеет большое значение, поскольку при правильном использовании психодиагностических, психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий в отечественной системе здравоохранения могут произойти существенные позитивные сдвиги.

Необходимость расширения круга профилактических и реабилитационных мероприятий психосоциального характера в психиатрии выдвигает на первый план специалистов, обладающих необходимыми знаниями не только в сфере традиционной клинической психиатрии, но и являющихся достаточно подготовленными в смежных сферах: психодиагностике, психотерапии и психосоциальной работе. Указанное будет способствовать развитию междисциплинарного взаимодействия и преодолению описанных выше противоречий на основе взаимного понимания, принятия и уважения сфер компетенции, а также прав и обязанностей разных профессиональных сообществ.

В настоящее время клиническая психиатрия и психология представлены взаимопроникаемыми и взаимозависимыми областями научного знания, что закономерно приводит к необходимости возникновения междисциплинарной сферы психологической науки, интегрирующей все предшествующие линии развития клинической психологии.

Литература

1. Анцыферова Л. И. Психологическая концепция Пьера Жана // Вопросы психологии. – 1969, №5. – С.178.
2. Бехтерев В. М. Классификация душевных болезней. — Казань. — 1891. — 60 с.
3. Жане П. Психологическая эволюция личности [Текст] / пер. с фр. Н.Ю. Федунинной. -М.: Акад. проект, 2010. - 399 с.
4. Зейгарник Б.В. Психология и психиатрия. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 1963; 63(4): 610–613.
5. История психологии в лицах. Персоналии / под. ред. Л. А. Карпенко // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах / ред.-сост. Л. А. Карпенко ; под общ. ред. А. В. Петровского. — М.: ПЕР СЭ. — 2005

6. Любимов А. А. Профессор Шарко. Научно-биографический этюд / А. А. Любимов. — СПб., 1894. — 77 с.
7. Морозов В. М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках / Под ред. А. В. Снежневского. — М.: Медгиз. — 1961. — 267 с.
8. Мюнстерберг, Г. Основы психотехники. Ч. I—II [Текст] / Г. Мюнстерберг. - СПб. : П. Э. Т., Алетей, 1996. - 350 с. - С. 4.
9. Мясичев В. Н. Введение в медицинскую психологию. 1991
10. Осипов В. П. Вопросы нормы и патологии в психиатрии // Инст. мозга им. В. М. Бехтерева. Труды,—Л. 1939. т.2. с.106.
11. Рибо Т. Современная английская психология (опытная школа) [Текст] / пер. со 2-го, доп. изд. ред. пер. и критич. этюд П.Д. Бобрышкина. - М.: изд. К.Т. Солдатенкова, 1881. - 345 с.
12. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. - М.: Наука, 1991. - 456 с.
13. Ясперс К. Смысл и назначение истории. — М.: ИПЛ. — 1991. — 525с.

Василенко Т.Д.

ПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА: ПУТИ ДИАЛОГА

Аннотация. Статья посвящена проблемам взаимодействия психологии и медицины. Рассматриваются регламент и содержание деятельности медицинского психолога. Описываются достижения и проблемы межпрофессионального взаимодействия врача и медицинского психолога, а также методологические проблемы, решение которых могло бы сблизить психологию и медицину. Представлен анализ обновленных клинических рекомендаций, ориентированных на совместную работу врача и медицинского психолога.

Ключевые слова: клиническая психология, медицинский психолог, медицинские услуги клиничко-психологического содержания, клинические рекомендации.

Связи психологии с медициной в нашей стране стали оформляться более 100 лет назад. Первые в России психологические лаборатории появились в психиатрических клиниках, в них проводились клинические исследования. Первая экспериментально-психологическая лаборатория в России была открыта В.М. Бехтеревым в 1885 г. при психиатрической клинике Казанского университета. В 1896 г. такая же лаборатория была организована в Москве в психиатрической клинике С.С. Корсаковым.

Активное развитие связи медицины и психологии в нашей стране отмечается в 40-50-е годы: разрабатывается реабилитационное направление, зарождаются школы пато- и нейрropsychологии. Ученики Л.С. Выготского стали основателями Московской школы клинической

психологии: Б.В. Зейгарник (патопсихология) и А.Р. Лурия (нейропсихология) [2].

Значительный вклад в развитие связей психопатологии и психологии внесла С.Я. Рубинштейн. В своей работе «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике» она писала: «Между тем наступило время, когда в самой психопатологии, т. е. при анализе патологии психики, методы опроса и наблюдения должны быть дополнены экспериментом... Точное, филигранное описание психопатологических симптомов было совершенно необходимым этапом становления психиатрических знаний. Но при переходе к познанию сущности и причин возникновения тех или иных симптомов одних описаний становится недостаточно. Чтобы узнать причину и суть явления, нужно попытаться на него воздействовать, т. е. выяснить, при каких условиях оно может быть устранено, при каких усилено или впервые спровоцировано. А это и означает, что необходимо экспериментально исследовать каждый симптом... Только воздействуя на явление, можно узнать его сущность» [6]. Таким образом, уже в середине 20 века в России сформировались основания для продуктивного диалога психиатрии и патопсихологии.

Дальнейшее развитие связей медицины и психологии связано с именем Ю.Ф. Полякова; он внес значительный вклад в разработку образовательных программ, стандартов подготовки по новой специальности: "Клиническая психология", при кураторстве Ю.Ф. Полякова открывались факультеты клинической психологии в медицинских вузах.

Ю.Ф. Поляков, анализируя границы медицинской и клинической психологии, противопоставлял клиническую психологию медицинской психологии, понимаемой как сумма психологических знаний, необходимых самим медицинским работникам, включая специальные курсы в мединститутах и учебные пособия для врачей [4]. Клиническая психология Юрием Федоровичем рассматривалась как "область психологической науки, изучающая частные и общие закономерности изменений и восстановления психической деятельности при разных патологических состояниях и аномалиях развития, а также закономерности влияния психических факторов на укрепление здоровья, на возникновение и преодоление болезней, на успешную реабилитацию, социально-трудовую адаптацию" [5]. Идеи Ю.Ф. Полякова способствовали соединению принципов развития клинической психологии в России и Европе. Кроме того, им были разработаны цели практической клинической психологии, связанные с охраной и укреплением здоровья населения, профилактикой

заболеваний.

Современная медицина, так же как клиническая (медицинская) психология характеризуется преобладанием биопсихосоциальной модели, впервые предложенной Дж. Энгелем в 1977 г. [10], и пришедшей в 70-х гг. 20 в. на смену преобладающей биомедицинской модели. Биопсихосоциальная модель синтезировала достижения психосоматической медицины и подчеркнула значимость биологических, психологических и социальных факторов в развитии, течении и исходе соматических и психических расстройств. Основатель биопсихосоциального подхода Дж. Энгель утверждал, что выделенные им уровни находятся во взаимодействии, но, как считает С.А. Кулаков, «... закономерности их (*уровней – авт.*) взаимодействия нельзя вывести непосредственно из принципов, присущих верхним или нижним уровням биопсихосоциальной лестницы. Результат скорее следует считать непредсказуемым, зависящим в очень большой степени от личных особенностей пациента и от первоначальных симптомов» [3]. Таким образом, использование биопсихосоциальной модели является хорошим основанием для взаимопонимания и взаимодействия психологии и медицины. Вместе с тем использование данной модели продолжает оставаться более декларируемым, чем реальным не только в медицине, но и в клинической (медицинской) психологии, о чем свидетельствует увлечение нейробиологией в психологии [9].

Медицина без психологии неэффективна, поскольку развитие медицинских технологий, использование в лечебных учреждениях нового высокотехнологичного оборудования без учета личности пациента не могут обеспечить качества медицинских услуг, так как медицина должна быть направлена на оказание помощи не среднестатистическому пациенту, а конкретному человеку с его индивидуальными особенностями личности, эмоций, мотивации, отношений. Министерство здравоохранения делает многое в повышении доступности оказания медицинских услуг для населения, но, если врач не умеет установить контакт с пациентом, не обучен методикам активного слушания, эффективность всех новаций стремится к нулю, и растет общее недовольство населения качеством медицинской помощи. Следовательно, медицина должна быть личностно-ориентированной, и приобретение врачом профессиональных компетенций должно сопровождаться методами активного обучения социальной и клинической психологии: тренингами самопознания и личностного роста врача, тренингами общения и эффективного слушания, деловыми играми, направленными на преодоление и разрешение конфликтных ситуаций.

Пандемия обострила проблемы современного здравоохранения:

произошло изменение социальных условий жизни населения, отмечается рост социальной напряженности и тревожности в обществе, интенсификация информационной среды, что создает угрозы здоровью и благополучию населения. Снижаются социальная адаптированность, личностный потенциал, жизнестойкость людей, растет количество тревожно-фобических, психосоматических расстройств.

Таким образом, текущая ситуация требует, с одной стороны, обращения медицины к психологическим факторам этиологии, течения заболеваний, процессов реабилитации, с другой стороны, готовности медицинских психологов включаться в диалог с врачами по организации персонифицированного подхода к пациентам в процессе оказания медицинской помощи. По нашему мнению, готовность к диалогу декларируется обеими сторонами, но мы пока далеки от взаимопонимания. Вместе с тем, отмечаются как позитивные тенденции, так и мешающие диалогу факторы, как со стороны медицинской психологии, так и со стороны медицины.

В отношении проблем диалога со стороны клинической (медицинской) психологии можно отметить следующие тенденции:

- психосоматическое единство остается декларируемым [8], в клинической психологии отмечается незначительное количество исследований в области психологии телесности;

- продолжают оставаться нерешенными ряд методологических проблем медицинской психологии: неопределенность объектно-предметной области и связанную с этим мультипарадигмальность медицинской психологии (как и психологии в целом); слабость законодательной базы, регламентирующей как подготовку медицинских психологов, так и их профессиональную деятельность; множественность критериев здоровья и болезни (нормы и патологии), отсутствие четкого выделения протективных факторов; нечеткость и изменчивость диагностических критериев психических, психосоматических заболеваний, вызывающие трудности моделирования и классификации расстройств; противоречивость границ видов оказания медико-психологической помощи (психологическое вмешательство, психологическая коррекция, психотерапия, психологическое консультирование, психологическое сопровождение и т.д.); отсутствие разработанных и принятых профессиональным сообществом стандартов оказания медико-психологической помощи (как и отсутствие организованного сообщества медицинских психологов страны) [1].

В качестве проблем диалога со стороны организации здравоохранения следует отметить:

- сохраняющийся до сих пор немногочисленный штат медицинских психологов в лечебных учреждениях; в частности, в регионах 1-2 медицинских психолога на лечебное учреждение, медицинский центр;
- Минздрав РФ обновил положение об организации первичной медпомощи взрослым - должность медицинского психолога исключена из штатной численности поликлиники;
- отсутствует принятый регламент деятельности медицинского психолога, в том числе и временной; в некоторых случаях от медицинского психолога требуют принимать пациентов по 10-15 минут;
- до сих пор не принят профессиональный стандарт медицинского психолога.

В последние годы отмечаются позитивные тенденции диалога медицинской психологии и медицины: подготовлены под руководством Ю.П. Зинченко Рекомендации по психологическому сопровождению целевых групп в медицинском учреждении в условиях пандемии COVID-19, введена специализированная аккредитация по должности Медицинский психолог как обязательная процедура.

Согласно приказу Минздрава России от 13.10.2017 N 804н (ред. от 24.09.2020) "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.11.2017 N 48808), деятельность медицинского психолога внесена в перечень медицинских услуг, оказываемых медицинским работником, специалистом с высшим немедицинским образованием (Номенклатура должностей медицинских работников, утвержденная приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. №1183н (ред. от 04.09.2020)). Выделены следующие виды медицинских услуг клиничко-психологического содержания:

- Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный и повторный
- Комплекс услуг, проводимый медицинским психологом в ходе судебно-психиатрической экспертизы
- Клиничко-психологическое нейропсихологическое обследование, в т.ч. и специализированное
- Патопсихологическое экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование
- Комплекс клиничко-психологических исследований для оценки факторов риска и адаптивных ресурсов психики пациента
- Комплекс клиничко-психологических исследований для определения характера нарушения высших психических функций, эмоций, личности
- Групповая и индивидуальная нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура у пациентов с афазией

- Нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций
- Клинико-психологическая адаптация
- Клинико-психологическое психодиагностическое обследование
- Клинико-психологическая терапия средой
- Клинико-психологическое консультирование (индивидуальное, групповое, семейное)
- Клинико-психологическая коррекция (индивидуальная и групповая)
- Клинико-психологический тренинг
- Психологическое (психотерапевтическое) консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний (первичное и повторное)
- Школа психологической профилактики для пациентов и родственников
- Школа психологической реабилитации для пациентов и родственников
- Разработка индивидуальной программы психологической реабилитации

Особого внимания заслуживает предпринятый в 2020-2021 годах пересмотр клинических рекомендаций (КР) [7], утвержденных Министерством здравоохранения РФ, с включением в группу разработчиков медицинских психологов (Ю.П. Зинченко, Е.Р. Исаева и др.) и отражающих регламент участия медицинского психолога в диагностике, лечении и реабилитации больных.

В соответствии с обновленными и вновь принятыми КР медицинский психолог входит в комплексную реабилитационную бригаду, привлекается к участию в консилиумах (КР Рак молочной железы, КР Гипертрофическая кардиомиопатия). В ряде КР предполагается диагностическая процедура, осуществляемая медицинским психологом. Медицинский психолог привлекается к проведению лечения (КР Нарушения обмена аминокислот, КР Болезнь Крона, КР Мультиполисахаридоз, КР Острый холецистит), ведению школ пациентов и их родственников (КР Юношеский артрит с системным началом, КР ВИЧ-инфекция у взрослых, КР Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ). Целый ряд КР включает проведение консультации медицинским психологом больных с нарушением обменных процессов, психическими расстройствами, при преждевременных родах, гинекологических заболеваниях (эндометриоз), ВИЧ-инфекции у взрослых, онкологических заболеваниях. При нарушениях обменных процессов, гинекологических, онкологических заболеваниях, психических

расстройствах КР предполагают проведение медицинским психологом сопроводительных технологий, процедур релаксации и тренингов.

В целевую аудиторию многих КР включены медицинские психологи. Особого внимания заслуживает включение в перечень критериев качества оказания медицинской помощи медицинских услуг, осуществляемых медицинским психологом, причем, не только в КР по психическим расстройствам (специфическое расстройство личности, тревожно-фобические расстройства у взрослых, шизофрения, генерализованное тревожное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, паническое расстройство), но и по таким заболеваниям, как сахарный диабет 2 типа у детей, юношеский артрит с системным началом.

В КР теперь встречаются конкретные указания на деятельность медицинского психолога: психологическая поддержка с целью уменьшения слабости, улучшения качества жизни и психологического состояния; социально-психологическая поддержка семьи; методики релаксации, методы когнитивно-поведенческой терапии с целью снижения симптомов депрессии и тревоги; проведение групп поддержки пациентов с целью положительного влияния на притягивание заболевания, адаптации к неопределенности, связанной с жизнеугрожающим хроническим заболеванием, и конструктивной совместной работы больного и лечащего врача; проведение занятий по клинико-психологической адаптации пациентов для снижения риска развития тревожно-депрессивных состояний; проведение когнитивного тренинга, обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных; психологическое консультирование (мультимодальные поведенческие вмешательства); проведение психологической коррекции личностного, семейного и социального функционирования; мотивация и поддержание комплайенса.

В некоторых КР указаны конкретные задачи медицинского психолога: например, среди задач, которые стоят перед медицинским (клиническим) психологом в работе с детьми, страдающими РАС, выделяются как диагностические, так и коррекционные:

1) клинико-психологическая диагностика, включающая оценку различных сфер психической деятельности (когнитивной, эмоционально-личностной, мотивационно-потребностной и т.п.). По результатам психологической диагностики проводится оценка состояния психических функций пациента, описание патопсихологического регистра синдрома;

2) оценка динамики состояния когнитивной, эмоционально-личностной и мотивационной сфер в ходе лечения пациента;

3) разработка и проведение психокоррекционных мероприятий (индивидуальных и групповых занятий с психологом);

4) работа с родственниками пациентов с РАС.

КР содержат перечень диагностических методик, а также методик коррекции (например, КР по РАС ориентируют медицинских психологов на методику, основанную на эмоционально-смысловой подход к аутизму, как к расстройству с нарушением аффективной сферы (В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская и др.) и не рекомендуют использовать методики холдинг-терапии (англ. Holding Therapy) для детей с РАС).

КР по психическим и поведенческим расстройствам, вызванным употреблением психоактивных веществ содержат подробное изложение направлений и содержания психологического консультирования (улучшение семейного функционирования за счет изменения паттернов зависимо-созависимых отношений, паттернов привязанности, коррекции негативных когнитивных и эмоциональных состояний и обучение способам совладания с ними, обучения методам поддержки и противорецидивной профилактики, профилактики внутрисемейной передачи злоупотребления ПАВ между поколениями). Рекомендовано использование техник осознанности: обучение пациентов произвольному контролю и концентрации внимания для стимулирования более осознанного поведенческого выбора; совладания с патогенными когнициями и аффектом, что играет первостепенную роль в профилактике зависимости. В КР представлены темы индивидуального и группового консультирования в психолого-психотерапевтической блоке, которые могут использоваться и как темы для занятий в школе пациента и родственников.

Психологическое и психотерапевтическое воздействия в рамках реабилитационной программы для преодоления синдрома зависимости направлены на единые мишени: эмоциональную, когнитивную, поведенческую, мотивационную сферы. Психологическое и психотерапевтическое воздействия ориентированы на работу с пациентами и их родственниками, в том числе для: преодоления отрицания болезни (анозогнозии), понимания и принятия факта наличия болезни; формирования личностной установки на воздержание от ПАВ, навыков преодоления патологического влечения к ПАВ и осознания психологических защит; распознавания предвестников обострения болезни; проработки иррациональных установок, дезадаптивных личностных паттернов поведения, автоматических мыслей, поддерживающих аддикцию; осознания наиболее типичных когнитивных механизмов обострения болезни.

Таким образом обновленные КР ставят конкретные цели и задачи

деятельности медицинского психолога, что свидетельствует о реализации биопсихосоциального подхода в медицине и готовности к диалогу медицины и психологии. Проявляющиеся в последние годы процессы сближения медицины и медицинской психологии в процессе оказания медицинской помощи, в предоставлении соответствующим группам населения медицинских услуг клинико-психологического содержания, расширение штата медицинских психологов в системе здравоохранения свидетельствуют о совершенствовании межпрофессионального взаимодействия и новом этапе развития медицинской психологии как науки и как практики. Вместе с тем, делать вывод о взаимопонимании в диалоге медицины и психологии пока рано.

Литература

1. Василенко Т.Д. Методологические проблемы медицинской психологии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 6(47) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>.
2. Клиническая психология: в 4 т.: учебник для студ. высш. учеб. заведений / под ред. А.Б. Холмогоровой. Т. 1. Общая патопсихология / А.Б. Холмогорова. - М.: Издательский центр «Академия», 2010. - 464 с.
3. Кулаков С.А. Психосоматика – СПб.: Речь, 2010. – 320 с.
4. Поляков Ю.Ф. Здравоохранение и задачи психологии // Психологический журнал. 1984, № 2.
5. Поляков Ю.Ф. Клиническая психология: состояние и проблемы // Вестник Моск. ун.-та. Серия 14. Психология, 1996. № .2. С. 4.
6. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.
7. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://cr.minzdrav.gov.ru/rubricator>.
8. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002 – 287 с.
9. Холмогорова А.Б. Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода// Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. №4.
10. Engel, G.L. The clinical application of the biopsychosocial model /G.L. Engel // Am. J. Psychiatry. – 1980. – Vol. 137. – P. 535-544.

Кульгина М.А.

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В МКБ-11: НОВЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

Аннотация. Предстоящее внедрение в психиатрическую практику 11-й версии Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, ставит новые задачи перед патопсихологической диагностикой. Преодоление расхождений, возникающих в процессе междисциплинарного взаимодействия

психиатров и клинических психологов, видится в пересмотре понятия патопсихологического диагноза и в его соотношении с современной классификацией психических расстройств, содержащей ряд психологически значимых инноваций. Сближение позиций возможно и при соблюдении таких условий, как формирование правильного врачебного запроса, составление соответствующего ему заключения по результатам обследования, а также подбор экспериментально-психологического инструментария, адекватного поставленным задачам и сохраняющего традиционный для отечественной патопсихологии объяснительный потенциал.

Ключевые слова: патопсихология, экспериментально-психологическое исследование, МКБ-11, психические расстройства, диагностика

Патопсихологическая диагностика, тесно связанная с именами Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн, еще с середины прошлого века традиционно вошла в набор необходимых методов обследования в отечественной психиатрической практике для решения, главным образом, дифференциально-диагностических и экспертных задач [1,2]. Однако, в последнее время, к сожалению, все чаще стали звучать реплики со стороны практических специалистов, что заключения клинических психологов оказываются мало востребованными для диагностических целей. Это связано и с недостаточным пониманием врачами понятийного аппарата патопсихологии, и с дефицитом трансляционных рекомендаций, т.е. указаний на то, как именно могут использовать психиатры информацию из заключений по результатам экспериментально-психологического обследования.

Для преодоления нарастающего расхождения в квалификации психопатологии и повышения клинической полезности патопсихологической диагностики целесообразно помочь сформировать запросы клиницистов и яснее обозначить зоны пересечения диагностических подходов врачей и психологов. Можно сказать, что на данном этапе стоит задача сблизить диагностические позиции врача и психолога при сохранении профессиональной специфики подхода к анализу психических нарушений. Для решения этой задачи клиническим психологам важно понимать, на чем строится современная психиатрическая диагностика, как можно соотносить с ней и возможности экспериментально-психологического исследования, и сами понятия врачебного и психологического диагноза, какой психологический инструментарий должен быть необходимым и адекватным в клинической практике.

В настоящее время психиатрическое профессиональное сообщество

находится в ожидании перехода к новой версии Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) [3]. МКБ является статистическим инструментом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), который на протяжении десятилетий используется в системе охраны здоровья во всем мире, обеспечивая единство методических подходов и сопоставимость данных по заболеваемости и смертности. Существует устойчивая традиция пересмотра МКБ с учетом обновления медицинских знаний и научных концепций. 11я версия МКБ (МКБ-11) была принята на Всемирной ассамблее ВОЗ 25 мая 2019 г. с указанием начать постепенное внедрение новой классификации в странах-членах ВОЗ с 1 января 2022 г. Ожидается, что этот процесс может затянуться, т.к. потребуются дополнительное время не только на перестройку системы кодирования болезненных состояний и явлений, но и на осмысление новых подходов и их освоение на практике.

Значительные изменения претерпела глава по психическим и поведенческим расстройствам, имеющая первостепенное значение для выявления и квалификации нарушений психического здоровья. Следует отметить, что в отличие от американской классификации DSM, которая предназначена главным образом для специалистов в области психиатрии, в МКБ, созданной для нужд всемирного здравоохранения, акцент делается на междисциплинарности и мультикультуральности [4]. Следовательно, классификация психических расстройств в МКБ может использоваться более широко и должна быть понятна и представителям других медицинских специализаций, и врачам общей практики, и даже непрофессионалам, в частности, представителям пациентских сообществ. Кроме того, она должна учитывать специфику проявлений в зависимости от культурного контекста, местных обычаев и традиций. Именно эти условия старались максимально учесть при разработке новой версии.

В процесс пересмотра, который начался под эгидой Департамента ВОЗ по вопросам психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами еще в 2007 году, были вовлечены специалисты со всего мира, включая также клинических психологов. Проводились многочисленные опросы мнений, обсуждения в рабочих тематических группах, учитывались новейшие данные доказательной медицины и результаты полевых испытаний диагностических указаний, которые проходили по интернету и на клинических базах нескольких крупных психиатрических центров в разных странах, в том числе и в России [3]. Главная задача, которая ставилась при разработке МКБ-11, состояла в том, чтобы сделать ее более клинически полезной, максимально удобной и применимой на практике, отражающей

современный уровень понимания психической патологии. Предполагалось, что внесенные изменения будут способствовать большей выявляемости психических нарушений, более раннему распознаванию и более своевременному оказанию необходимой помощи.

Изменения коснулись названия и структуры главы, расширения диагностических принципов и появления ряда новых диагностических категорий [4]. В название главы помимо психических и поведенческих расстройств включены теперь и нарушения нейропсихического развития. И в этом прослеживается сквозной онтогенетический принцип диагностики, подразумевающий значимость процессов индивидуального развития. Более того, все расстройства рассматриваются на разных возрастных этапах и допускается, что они имеют свою специфику в детском и подростковом возрасте, и это не требует их объединения в отдельный раздел, как это было в МКБ-10.

Помимо традиционного для психиатрической оценки категориального принципа отнесения отдельных проявлений психопатологии к той или иной категории, активно внедряется размерный, т.е. измерительный принцип, позволяющий выделять разные варианты расстройства с учетом выраженности нарушений. В основном используется 3-х этапная градация, разграничивающая легкую, умеренную и тяжелую степени нарушений при психотических, аффективных, личностных расстройствах, телесном дистрессе, а также при нарушениях интеллектуального развития, которые допускают и еще более выраженную степень - глубокую. В диагностических указаниях содержатся описания клинических проявлений, соответствующих каждой из степеней тяжести. Однако они выглядят достаточно общими (с употреблением сравнительных слов «редко», «часто», «менее», «более») и во многом зависят от субъективного мнения оценивающего врача. Возможно, клиническая психология могла бы предложить более строгие, формализованные критерии для оценки степени тяжести нарушений.

Одними из ключевых понятий для разграничения нормы и патологии в МКБ-11 являются дистресс и нарушения функционирования в связи с тем или иным отклонением [5]. Соответственно, одной из центральных задач патопсихологической диагностики становится оценка уровня субъективного психологического благополучия и функционирования пациента в разных сферах жизнедеятельности (семья, учеба, работа, социализация, хобби, самообеспечение и самореализация). В связи с этим придется активнее внедрять уже существующие диагностические инструменты и разрабатывать дополнительные опросные листы и шкалы. Возможно,

большого внимания будет заслуживать и постановка функционального диагноза с указанием не только нарушенных, но и сохранных звеньев.

Произошел отказ от некоторых устаревших терминов и концепций, таких как невроз, конверсии, понятие эндогенности-экзогенности или же разделение на органические и неорганические расстройства как не соответствующее представлениям о вовлеченности мозговых структур во все психические процессы. Диагноз «умственная отсталость» заменен на «нарушение интеллектуального развития», и это не только в целях дестигматизации, но для обозначения психологической сути расстройства.

Меняется также формат и соответственно содержание клинических описаний и диагностических указаний (КОДУ) - диагностического руководства, которое является приложением к главе по психическим расстройствам. По сравнению с аналогичным пособием в МКБ-10 оно становится более структурированным, детализированным, с обозначением особенностей течения расстройства, границ с нормой, подробным прописыванием границ с другими расстройствами со сходными проявлениями. Дополнительно выделяются специфические клинические особенности по каждому расстройству с учетом возрастных, культуральных и гендерных различий.

Внимание к культуральным аспектам задает контекстуальный подход и допущение относительности отклонений, в связи с чем возникает необходимость квалификации расстройства в контексте общепринятых культурных норм, существующих в определенном сообществе. Например, то, что в культурах с коллективистскими ценностями будет восприниматься как нормальное поведенческое проявление, в западной культуре с преобладанием индивидуалистических ценностей может трактоваться противоположно, как отклонение от нормы, и наоборот. Это касается, в частности, таких конструктов, как привязанность-зависимость или нарциссизм-самоактуализация, а также имеет отношение к срокам и выраженности переживаний горя. Кроме того, в ряде культур, чаще в Юго-восточной Азии или Южной Америке, могут совершенно иначе обозначаться болезненные переживания как ощущения холода, жара, ветра в разных частях тела. Это требует более внимательного учета этнической и культурной принадлежности пациента при сборе анамнестических сведений и оценке статуса.

У российских психиатров еще на этапе разработки МКБ-11 сложилось неоднозначное отношение к вводимым изменениям [6]. Возможно, это связано с недостаточной осведомленностью, т.к. первый русскоязычный перевод статистической классификации, в которой содержатся коды и краткие определения, появился только весной 2021

г. [5], а диагностические указания, которые содержат основные критерии психических расстройств и подробные разъяснения, находятся еще в стадии завершения и пока недоступны для широкого пользования. Нельзя также исключить влияние общего кризиса в психиатрии, связанного с постепенным отступлением от феноменологических подходов классической немецкой психопатологии, унаследованных российской психиатрической школой, что вызывает понятное недовольство у приверженцев «старой школы» [6].

Со стороны многих отечественных клиницистов неоднократно звучат упреки в психологизации новой классификации. Однако это скорее можно отнести к ее достоинствам, т.к. потенциал психологического трактования нарушений психических процессов открывает больше возможностей для понимания сути психопатологических явлений и в полной мере соответствует положениям биопсихосоциальной концепции, о которой так много говорят сами психиатры. Действительно, логика психологического рассуждения прослеживается, например, в последовательном подходе к оценке нарушений и их представленности в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах или же в принципе группирования расстройств в отдельные монотематические группы, составленные на основе существенного клинического признака, отражающего психологические механизмы возникающих нарушений. Так, общим для всех тревожных и связанных со страхом расстройств является фокус опасений, т.е. те триггерные переживания, которые вызывают тревогу, беспокойство и избегание пугающих стимулов и ситуаций. Таким фокусом опасений может быть страх оценки со стороны окружающих при социальном тревожном расстройстве, или страх разлучения с объектом привязанности при сепарационном тревожном расстройстве. Обсессивно-компульсивных расстройства объединены на основе выраженного когнитивного компонента в виде нежелательных мыслей и стойкой озабоченности в совокупности с повторяющимися действиями как проявлением моторного компонента. При этом в качестве уточняющего признака вводится указатель «степень критичности», на основе которого выделяются разные по тяжести состояния, в зависимости от того является ли критика удовлетворительной и сохранной или сниженной и отсутствующей.

Отдельного внимания заслуживает диагностика расстройств личности в МКБ-11. Кардинально меняется само понимание патологии личности. Происходит отход от выявления характерологической типологии как преимущественной трактовки личностных нарушений. Теперь для первичной постановки диагноза достаточно установить факт

расстройства и степень его тяжести, при этом само расстройство определяется как тотальный и относительно устойчивый паттерн, с одной стороны, нарушений самофункционирования, по сути представляющего триаду аспектов самосознания: процессы самовосприятия, самоотношения и саморегуляции, и с другой, - нарушений социального функционирования. Можно проследить узнаваемое сходство этих представлений с теорией личности В. Н. Мясищева, в которой личность понимается как система отношений к себе, миру и окружающим [7]. Вместе с тем специфика личностных проявлений также может учитываться на вторичном опциональном этапе, включающем диагностику личностных черт, представленных в пяти ведущих доменах: негативной эмоциональности, отстраненности, диссоциальности, расторможенности, анакастности. При этом у каждого индивидуума могут присутствовать разные комбинации и степень выраженности перечисленных черт, что и определяет личностное своеобразие в каждом отдельном случае, тогда как при наличии расстройства личности речь идет, по существу, о декомпенсации, которая приводит к нарушению социальной адаптации, но может быть и преходящей, т.е. необязательно пожизненной, как это было принято считать ранее при постановке диагноза личностного расстройства.

На фоне нововведений МКБ-11 принятая в отечественной практике классификация патопсихологических синдромов с выделением отдельных регистров (шизофренический, аффективно-эндогенный, олигофренический, экзогенно-органический, эндогенно-органический, личностно-аномальный, психогенно-психотический, психогенно-невротический) [8] выглядит устаревшей и не соответствующей современным представлениям о систематике психических расстройств. В связи с чем стоит задача пересмотра понятия патопсихологический синдром и его разновидностей, с выявлением преимущественных нарушений в когнитивном, эмоциональном, мотивационном и поведенческом кластерах в соответствии с ключевыми клиническими признаками психических расстройств. Среди прочих нарушений можно выделить повышенный интерес психиатров к оценке сохранности исполнительных когнитивных функций, социального интеллекта, нарушений эмоциональной регуляции.

Очевидно, что на фоне происходящих изменений в концепции и трактовке психических нарушений патопсихологический диагноз должен быть сопряжен с психиатрическим, понятен для врача, быть для него обоснован для верификации состояния больного и дополнением к пониманию механизмов психопатологии. Это касается и перечня вопросов, на которые может ответить экспериментально-

психологическое обследование и подбора необходимого и достаточного инструментария и самой структуры патопсихологического заключения. Следовательно, одной из актуальных для клинических психологов задач является максимально бережное обращение к объяснительному и экспериментальному потенциалу отечественной патопсихологии для повышения его клинической полезности и применимости в психиатрической практике.

Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. — Изд. 2-е, переработанное и дополненное. — М.: Издательство Московского университета, 1986. — 287 с.
2. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. — 448 с.
3. Кулыгина М.А., Краснов В.Н. О проведении полевых испытаний новой версии Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем // Российский психиатрический журнал. 2018. № 3, 4-9.
4. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S., et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders // World Psychiatry. 2019. 18(1), 3-19.
5. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейроразвития. Статистическая классификация. — М. «КДУ», «Университетская книга» — 2021. - 432с.
6. Kulygina M.A., Syunyakov T.S., Fedotov I.A., Kostyuk G.P. Toward ICD-11 Implementation: Attitudes and Expectations of the Russian Psychiatric Community // Consortium Psychiatricum. 2021. Vol. 2. N. 2. P. 23-34.
7. Мясищев В. Н. Личность и неврозы / Гос. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева. — Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. — 426 с.
8. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. — М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2002. - 512 с.

Микадзе Ю. В.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ В СОВРЕМЕННОМ РАЗВИТИИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Работа выполнена при поддержке РФФИ (проект № 18-29-22047)

Аннотация. В статье рассматриваются современные тенденции в использовании нейроразвития психологической диагностики. Рассматривается специфика сложившейся в настоящее время практики построения нейроразвития психологической диагностики для решения теоретических и прикладных задач нейроразвития психологии. Нейроразвития психологическая диагностика в общем виде опирается на совокупность знаний о психических функциях и методах их качественной и количественной

оценки. Обосновывается необходимость комплексного использования различных методических средств, обеспечивающих достоверность концептуальных представлений о структуре психических функций, познавательной деятельности и полноту данных нейропсихологического заключения для работы с пациентом.

Ключевые слова. Нейропсихология, нейропсихологическая диагностика, синдромный анализ, психометрический метод, скрининговые методики.

Введение. Разные виды психологической диагностики определяются соответствующими предметными областями психологии, которые «должны иметь теоретический смысл в соответствующей области науки и практическую значимость для решения той или иной научной или прикладной задачи» [6].

Предметом нейропсихологии – междисциплинарного направления, находящееся на пересечении психологии и ряда нейронаук, является изучение и описание системного строения, структуры и содержания психических процессов на основе анализа их связи с функционированием мозга¹.

Нейропсихологическая диагностика реализуется, таким образом, не только в воплощении представлений о структуре высших психических функций (ВПФ), познавательной деятельности в конкретных методиках, но и является способом «проверки истинности теоретико-психологических построений» [6, с. 10].

Решение теоретических задач нейропсихологии связано с изучением «внутренней структуры психических функций с помощью использования нейропсихологического метода», который «основывается на тщательном анализе изменения психических процессов при локальных поражениях мозга с целью выявления того,

¹ Существует достаточно широкий диапазон определений нейропсихологии, в которых акцентируется тот или иной аспект предмета нейропсихологии. Часто нейропсихология определяется как наука о связи мозга и поведения, что предполагает смещение акцента при определении предметной области нейропсихологии из психологии в область нейробиологии. Например, Нейропсихология — это «направление психологии, которое исследует взаимосвязь между неврологическими функциями и когнитивными, эмоциональными и поведенческими действиями организма. Оно связано и с нормальным адаптивным функционированием, и с различными нарушениями, по которым можно определить неврологические дисфункции. Поскольку акцент делается на термине «нейро», то изучение биологических и физиологических факторов, которые лежат в основе нейронных механизмов, становится важной частью этой области знания. (14, р.507). Менее биологизированным представляется определение «Нейропсихология — это клиническая и экспериментальная дисциплина, занимающаяся изучением, объяснением, оценкой и коррекцией форм поведения, непосредственно связанных с функционированием головного мозга.» (12, р.427-431).

какие именно комплексы или системы психических процессов нарушаются при этих поражениях» и это «углубляет наши знания о их внутреннем строении» [8, с. 323].

Системный подход к анализу психической деятельности предполагает необходимость создания конкретных методических средств, ориентированных на оценку разных уровней организации психических функций: операционального (оценка компонентного состава структуры психических функций); функционального (оценка психической функции как целостного системного образования); поведенческого (оценка межсистемного взаимодействия разных психических функций в познавательной деятельности, различных поведенческих проявлениях).

Можно выделить две основных сферы приложения нейропсихологической диагностики – теоретическую и прикладную.

Теоретические задачи связаны с исследованием соотношения «Мозг-психика». Они реализуются, с одной стороны, в разработке методик, соответствующих концепциям, представлениям о содержании психических процессов, компонентном и процессуальном составе психологической структуры ВПФ. С другой стороны, правильность концептуальных представлений **верифицируется** на основе данных, получаемых в ходе клинико-нейропсихологических и междисциплинарных экспериментальных исследований патологического или нормального функционирования головного мозга в ходе реализации соответствующих методических средств.

Прикладные задачи решаются в ходе проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий и связана с использованием нейропсихологической диагностики для выявления и описания состояния и дефицита ВПФ, познавательной сферы, с соотнесением, в случае необходимости, выявленных расстройств с локализацией мозгового поражения или функционального дефицита.

Логика развития методологических подходов и методических средств к использованию нейропсихологической диагностики при решении теоретических и прикладных задач претерпела ряд изменений в ходе развития нейропсихологии.

В теоретических исследованиях нейропсихологическая диагностика направлена на анализ и описание системной организации, структуры ВПФ, структуры познавательной деятельности. Объектом исследования в этом случае выступает верификация предполагаемых структурных компонентов ВПФ, познавательной деятельности на основе сопоставления (корреляции) результатов диагностики и данных объективных методов исследований нормативной или нарушенной работы мозга. Для этого необходимо разрабатывать и использовать методические приемы,

нацеленные на диагностику состояния конкретных компонентов в структуре разных психических функций и оценивать, как меняется их выполнение при поражении соответствующего им участка мозга или как меняется активность разных структур мозга при выполнении этих методик.

Для установления связи между конкретным компонентом в структуре психической функции (психологическое содержание исследуемого) и локализацией нервного механизма, функционирование которого связано с указанным компонентом, в отечественной нейропсихологии используется **метод нейропсихологического** синдромного анализа, который был разработан А.Р.Лурия, который считал, что «исследование влияния локальных мозговых поражений на изменения в протекании психологических процессов остается ... основным путем изучения мозговой организации психологических процессов» (8, с.128), который открывает путь для углубления наших знаний о их внутреннем строении [7-9].

Перекрестный нейропсихологический анализ нарушений разных психических функций, включающих в свой состав указанный компонент и обнаружение сходного по своему психологическому проявлению дефицита поврежденного мозга или активности интактного мозга, во всех этих функциях, позволяет соотнести определённую психологическую характеристику и локализацию соответствующей ей мозговой структуры. Верификацией этой психологического содержания этой процедуры выступает клинический диагноз или данные инструментального исследования активности мозга. Таким образом, существенной, для обоснованности концептуальных представлений о структуре психических функций, становится достоверность объективных методов, с помощью которых осуществляется верификация активности или повреждения зон мозга, связанных с выявляемой в нейропсихологической диагностике симптоматикой (междисциплинарный аспект нейропсихологических исследований).

Важным этапом в становлении нейробиологической методологии формирования представлений о функциях мозга считается переход от описательных методов исследования (вторая половина 19 - первая половина 20 века), благодаря которым были созданы анатомические карты мозга (например, цитоархитектонические поля по К.Бродману 1909 года, данные по экстирпации мозга животных) к методам регистрации нейронной активности работы мозга. Эти новые инструменты верификации представлений о локализации функций позволили более точно локализовать зоны, задействованные в определенных функциях, а также описать наличие разных механизмов, лежащих в основе сенсорных и когнитивных функций.

В конце прошлого века был разработан набор методов нейровизуализации мозга, таких как: позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ), получивших широкое применение в ряде нейронаук, исследующих связь мозга с психическими функциями и поведением. Использование этих методов открыло возможность наглядно увидеть на карте мозга, какие его области активны во время выполнения конкретной задачи.

Визуализация мозга позволила значительно улучшить локализацию зон активности мозга при выполнении заданий. Но, тем не менее, как отмечают Риццолати с соавторами [14], наиболее убедительные результаты, оценивающие **содержание** такой активности были ранее получены на основе данных при поражениях мозга у людей или физиологических экспериментов с животными.

К сожалению, выводы, получаемые с помощью методов нейровизуализации мозга похожи на новую френологию, поскольку по своей природе являются узко локализационными, в попытке приписывать определенные когнитивные функции ограниченным участкам мозга, что часто приводит к спорным утверждениям о существовании областей, связанных с очень специфическим и ограниченными функциям [14].

Френологический недостаток не является единственным в использовании метода функционального МРТ. Ряд исследователей отмечает три основных ограничения, присущих ему:

(а) временная проблема - отсутствие хорошего временного разрешения в зависимости от невозможности обнаружить кровотоков в миллисекундной временной шкале;

(b) корреляционная проблема - отсутствие возможности установить причинную роль данного активируемого участка в определении конкретной функции;

(c) экологическая проблема - отсутствие возможности изучения субъектов в экологических ситуациях, в связи с техническими возможностями сканера и артефактами из-за движений обследуемого [14, p.668].

Предполагалось, что все эти ограничения визуализации мозга должны и могут быть преодолены путем сочетания методов визуализации мозга с другими новыми методами.

Например, известно, что фМРТ является идеальным инструментом для локализации всей сети, которая связана с данной психической функцией, но не дает **временной** корреляции с реальными нейронными механизмами. Предпринимались попытки объединения фМРТ с электроэнцефалографией (ЭЭГ) и магнитоэнцефалографией (МЭГ),

имеющих хорошее временное разрешение. Но в этом случае возникают проблемы, связанные с разной природой регистрируемых сигналов (гемодинамикой для фМРТ, электрической для ЭЭГ).

Результаты, полученные в результате **корреляционных** исследований стимула и зон активности мозга, обычно являются «неопределенными», поскольку существует несколько возможных причин, определяющих активацию района, даже когда он не участвует как ведущий в рассматриваемой функции. Вариантом решения этой проблемы рассматривается высокочастотная стимуляция, которая в состоянии обеспечить причинную, а не коррелятивную информацию, с помощью которой можно обосновать корреляционные результаты визуализации мозга, например, внутричерепная электрическая высокочастотная стимуляция, которая используется для получения субъективных или объективных ответов [15].

Во время исследований фМРТ предметы лежат в ограниченном пространстве сканера, что приводит к экологической проблеме, ограничению любых естественных действий. Соответственно, большая часть сведений о естественном поведении может основываться на гипотезах, полученных только при нейропсихологических обследованиях пациентов.

Проведенные в последнее время исследования позволяют предположить, что, возможно, инвазивная внутричерепная ЭЭГ позволит преодолеть эти ограничения, благодаря уникальному сочетанию пространственного и временного разрешения. В этом случае, анатомические и электрические данные могут быть объединены для создания четырехмерных карт кортикальной обработки у человека [15].

Общий вывод о состоянии методологии теоретического исследования связи мозг-функция с помощью нейрофизиологических средств на современном этапе развития состоит в признании необходимости использования комплексных подходов, сочетающих различные новые методы записи и обработки сигналов, что возможно, приведет к лучшему пониманию нейронных механизмов, лежащих в основе неврологических и когнитивных функций [14].

Существенной в этом случае становится роль нейропсихологических концепций, позволяющих выделить в структуре психических функций конкретные психологические условия, факторы, которые необходимо верифицировать с помощью комплексного использования разных нейрофизиологических методов диагностики.

В практической работе в настоящее время также используются различные методические подходы к нейропсихологической диагностике. Для решения вопроса об их особенностях, специфике и роли в клинической практике нужно обратиться к тем основным

задачам, которые формировались на протяжении многих лет в клинической практике и повлияли на основные тренды в создании методических средств, используемых в настоящее время [10].

Первая задача связана с оценкой структуры дефекта, возникающего в результате повреждения мозга, на основе анализа и квалификации состояния психических функций, топическая оценка повреждения мозга.

Задача сформировалась в послевоенные годы (начало второй половины прошлого столетия) на основании запроса на создание параклинических методов определения локализации мозгового поражения. Решение этой задачи было найдено с помощью метода синдромного анализа. Его использование позволяло выявить нарушенные и сохранные звеньев психических функций (определить психологическую структуру дефекта) в соотношении с функциональным дефицитом определённой зоны мозга (при необходимости указать, на основе нейропсихологической оценки, на топику поражения или функционального дефицита). В клинической практике решение этой задачи служит основой для построения стратегии и тактики последующей реабилитационной работы, а также может дать дополнительную неврологическую информацию о дефицитности в функционировании неповрежденных зон мозга.

Решение **второй** задачи практического использования нейропсихологической диагностики направлено на оценку выраженности нарушения и динамики изменений в состоянии психических функций в ходе лечебных, реабилитационных мероприятий, проводимых с пациентом. Задача на создание соответствующих методических средств стала актуальной в 1960-х годах, с появлением техники МРТ, когда отпала необходимость в использовании нейропсихологической диагностики для топических целей и на первое место выдвинулись задачи мониторинга лечебного и реабилитационного процесса.

Решение этой задачи необходимо для получения информации об исходной степени выраженности нарушений отдельных психических функций и изменениях в их состоянии в ходе лечебных, реабилитационных мероприятий. Также такая оценка играет важную роль для прогноза возможного восстановления психических функций. Диагностические процедуры, в этом случае, предполагают возможность идентичных, повторных обследований больного для сравнительного анализа получаемых результатов. Они позволяют выявить сохранность или степень выраженности нарушения конкретных психических функций и осуществить мониторинг успешности их восстановления в ходе лечебных, реабилитационных мероприятий.

Еще одна, третья, задача соотносится со **скрининговой** оценкой общего состояния когнитивной сферы. Скрининговые, экологически ориентированные методы решали задачу оценки качества жизни (понятия введенного в реабилитологию в 1980 гг.), т.е. способности человека адаптироваться к бытовым и социальным ситуациям в условиях ограничений, принесенных болезнью. Качество жизни рассматривалась как интегральная характеристика оценивающая эффективность реабилитации. Появление в словаре ВОЗ термина «качество жизни», представляющего интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, поставило задачу создания методик, направленных на оценку функционального статуса пациента. Решение этой задачи нейропсихологической диагностики в большей степени связано с оценкой общего состояния и степени снижения когнитивного функционирования

Таким образом, по мере формулирования практических задач нейропсихологической диагностики создавались разные методы их решения: локализационные методы, ориентированные на психологическую структуру дефекта, топическую верификацию; психометрические (стандартизированные) методы оценки состояния психических функций, состояний, свойств и динамики их изменения; скрининговые методы оценки бытовой и социальной адаптации. Они появились не одновременно и их внедрение сопровождалось разработкой соответствующих методических средств, конкретных методик [1-5; 10]

Эти методы являются наиболее распространенными и в некоторой степени конкурирующими друг с другом (в связи с попытками решать все задачи нейропсихологического обследования на основе одного из них) несмотря на то, что каждый из методов разрабатывался под конкретные практические задачи. Существенную роль играет и то, что они ориентированы на разные процедуры интерпретации данных обследования - качественную или количественную [3; 10].

Краткая характеристика используемых нейропсихологических диагностических процедур показывает, что с их помощью оценивается, по крайней мере, три разных уровня в общей структуре поведения.

Методы \ Уровни	Локализационные методы	Психометрические методы	Психометрические скрининговые (экологические) методы
уровень отдельных психических функций и уровень отдельных компонентов	+	-	-
уровень отдельных психических функций	-	+	-
уровень поведенческих паттернов	-	-	+

Таблица 1. Соотношение уровней системной организации психической деятельности и методов нейропсихологической диагностики

Это уровень поведенческих паттернов, уровень отдельных психических функций и уровень отдельных компонентов, входящих в структуру функций. Следует обратить внимание на то, что каждый из рассмотренных методов в большей степени ориентирован на оценку одного из этих уровней (Таблица 1).

Локализационные методы хорошо описывают структуру дефекта, но при этом возникают определенные трудности в объективной, количественной оценке степени выраженности обнаруживаемых нарушений высших психических функций (ВПФ), в сопоставлении изменений их состояния при повторных обследованиях.

Широко используемые в нейропсихологии психометрические тесты, наоборот, предполагают возможность получения количественной оценки состояния определенных психических функций, поведенческих паттернов. Но они плохо ориентированы на описание структуры возможных дефектов в работе мозга, на выявление конкретного пострадавшего компонента в структуре психической функции, который привел к ее нарушению.

Каждый из рассмотренных методов не является универсальным в клинической практике - они взаимодополняемы.

А.Р.Лурия предвидел опасность увлечения инструментальными методами, которое может привести к уходу от качественного анализа, реализуемого в прямом наблюдении, к простой манипуляции и комбинированию данными, получаемыми в инструментальном исследовании [9].

Во многих современных исследованиях можно видеть чрезмерное использование количественных, психометрических (в ущерб качественным) средств нейропсихологической диагностики.

Часто можно наблюдать отсутствие соответствия и четкого понимания целей и задач нейропсихологической диагностики, с одной стороны и методов, которые наиболее адекватны этим целям и задачам, с другой стороны.

Применение методов, используемых в нейропсихологической диагностике, должно носить избирательный и комплексный характер, определяемый задачей, которая стоит перед исследователем.

В нейропсихологической оценке расстройств отдельных компонентов психических функций и функциональных дефицитов мозговых зон приоритет должен принадлежать методам, ориентированным на качественную квалификацию симптомов (например, методу синдромного анализа).

Для оценки степени выраженности нарушений отдельных психических функций как целостных образований, динамики изменения их состояния более предпочтительно использование психометрических тестов.

В оценке нарушений повседневной активности, поведенческих паттернов полезно применение тестовых процедур, разрабатываемых в экологическом подходе.

Это означает, что полное нейропсихологическое заключение при обследовании пациента должно включать взаимодополняющие сведения, полученные с помощью методических средств, относящихся к каждому из рассмотренных методов.

Заключение. Общий вывод, который можно сделать в отношении использования методических средств нейропсихологической диагностики в решении научных и практических задач, связан с пониманием необходимости использования комплексных подходов в решении и теоретических, и практических задач. В современной практике исследовательской работы показана необходимость комплексного подхода к применению объективных методов, направленных на верификацию связи структурных компонентов психических функций с работой определённых мозговых структур. В практической работе, получение полной картины, включающей состояние психических функций, оценку функционального статуса,

динамики изменений в ходе лечения и реабилитации пациента также может быть достигнуто только в условиях комплексного применения все рассмотренных методических подходов.

Литература

1. Ахутина Т.В., Меликян З.А. Нейропсихологическое тестирование: обзор современных тенденций. К 110-летию со дня рождения А. Р. Лурия [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. Том 1. № 2. URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52599.shtml>.
2. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Нейропсихологическая диагностика в вопросах и ответах. М.: Генезис, 2012.
3. Березин М.А., Астаева А.В., К вопросу о качественном и психометрическом подходе в современной нейропсихологической диагностике.—Вестник Южно-Уральского Государственного Университета, серия «Психология».—2008.—№ 32.—С. 19-28.
4. Бизюк А.П., Компендиум методов нейропсихологического исследования.—СПб, «Речь».—2005.—С. 20.
5. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А., Методы нейропсихологической диагностики.—Л.—1997.—С. 10.
6. Бодалев А.А., Столин В.В., Аванесов В.С. Общая психодиагностика. СПб.: Изд-во «Речь», 2006.
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. Серия: Мастера психологии. Питер, 2018.
8. Лурия А.Р. Этапы пройденного пути. Научная автобиография. М., Изд-во МГУ, 1982.
9. Микадзе Ю.В. Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике. Вестн. Моск. ун-та. Сер.14 Психология, 2012, №2, 96-103 http://www.psy.msu.ru/science/vestnik/archive/vestnik_2012-2.pdf.
10. Avanzini, P, Abdollahi, RO, Sartori, I, et al. Four-dimensional maps of the human somatosensory system. *PNAS*. 2016; 113: E1936- E1943. DOI: [10.1073/pnas.1601889113](https://doi.org/10.1073/pnas.1601889113).
11. Golden, C.J. Neuropsychology. In R.J. Corsini Encyclopedia of Psychology, New York: John Wiley & Sons, 1984, vol.2.
12. Lezak M. D., Howieson D.B., Bigler E.D., Tranel D. Neuropsychological Assessment (5th ed.), Oxford University Press, 2012 Reber A.S., Reber R.A., Reber E.S. The Penguin Dictionary of Psychology. Penguin Books, 2009.
13. Papagno, C., Comi, A., Riva, M., Bizzi, A., Vernice, M., Casarotti, A., Fava, E., & Bello, L. (2017). Mapping the brain network of the phonological loop. *Human Brain Mapping*, 2017, 38(6), 3011–3024. <https://doi.org/10.1002/hbm.23569>.
14. Rizzolatti G., Fabbri-Destro M., Caruana F., Avanzini P. System neuroscience: Past, present, and future. *CNS Neuroscience&Therapeutics*, Aug 2018 24, 8, 685-693, Special issue: SI DOI: [10.1111/cns.12997](https://doi.org/10.1111/cns.12997).
15. Schalk, G, Kapeller, C, Guger, C, et al. Facephens and rainbows: causal evidence for functional and anatomical specificity of face and color processing in the human brain. *PNAS*. 2017; 114: 12285- 12290. DOI: [10.1073/pnas.1713447114](https://doi.org/10.1073/pnas.1713447114).

РАЗДЕЛ 2. СРЕДСТВА ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Галасюк И.Н., Митина О.В., Горелов Н. Е.
РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ ОПРОСНИКА
«РОДИТЕЛЬСКАЯ ОТЗЫВЧИВОСТЬ» ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Аннотация. В статье представлены результаты апробации опросника «Родительская отзывчивость», разработанного на основе индикаторов поведения Родительской Отзывчивости (РО), которые были выделены в процессе исследования с применением видео наблюдения. *Выборка:* родители нормотипичных детей раннего возраста (N=118). *Методы:* фокус группа, эксплораторный факторный анализ, проверка ретестовой надежности и надежности-согласованности, параметрический Т-критерий Стьюдента и непараметрический критерий Вилкоксона. *Результаты:* разработанный опросник «Родительская отзывчивость» является надежным инструментом диагностики. Заявленные шкалы опросника по составу и содержанию пунктов соотносятся с факторами (шкалами) родительской отзывчивости (Поддержка, Доминирование, Апатичность и Чуткость), выделенными авторами в исследовании с применением видео наблюдения. Этот факт может свидетельствовать о факторной валидности опросника.

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

Введение. Многочисленные исследования взаимодействия в диаде «мать-ребенок» показали, что определенные паттерны поведения родителя влияют на эмоциональную устойчивость ребенка с момента его рождения [5]. В обзоре исследований последнего десятилетия представлены позитивные и негативные характеристики родительского поведения, среди которых названа родительская отзывчивость (далее РО) как предиктор когнитивного развития ребенка [12]. Результаты

крупномасштабных исследований указывают на наличие взаимосвязи между социальным функционированием родителей, РО и риском возникновения нарушений развития детей [7]. Отмечена взаимосвязь между проявлениями вербальной РО (реагирование на фокус внимания ребенка, отзывчивость на его коммуникативные акты) и развитием речи у детей раннего возраста [10]. Обзоры исследований интервенций, направленных на повышение РО, свидетельствуют об их чрезвычайной важности и результативности, особенно для детей с нарушениями в развитии [9]. Мы указывали на роль РО в нейрокогнитивном и социально-эмоциональном развитии ребенка [8].

Актуальность и значимость исследования родительской отзывчивости не вызывает сомнений как в научном, так и в практическом отношении. На основе результатов исследований возможна разработка коррекционных программ, позволяющих развивать РО в случаях, когда родитель затрудняется по тем или иным причинам проявлять ее интуитивно (рождение ребенка с нарушениями в развитии; тяжелые жизненные обстоятельства или состояние здоровья самого родителя; адаптация ребенка в замещающей семье и др.). Повышение уровня РО может способствовать развитию как ребенка имеющего нарушения в развитии, так и нормально развивающегося ребенка.

Несмотря на высокую научную и практическую значимость исследований в этой области, остается малоизученной проблема методов диагностики качества взаимодействия родителя с ребенком раннего возраста. Одним из инструментов оценки РО является видеонаблюдение, позволяющее констатировать наличие позитивных и негативных паттернов поведения с помощью различных систем кодировки [11]. В процессе исследований мы разработали методику оценки РО [1], где мы используем систему кодировки, разработанную и апробированную на российской выборке, а для обработки результатов применяем компьютерную программу The Observer XT [2]. В методике оценки РО с применением видео наблюдения учитывается возраст ребенка. Для детального анализа проявлений РО в поведении были разработаны индикаторы, которые сгруппированы в четыре шкалы: Доминирование (Dominance), Апатичность (Apathy), Чуткость (Sensitivity), Поддержка (Support) [2,3].

Видео наблюдение является чрезвычайно интересным, многогранным методом. Ученые и практики имеют возможность проанализировать поведение родителя словно «под микроскопом», при необходимости многократно повторяя те или иные видеофрагменты, а имея разработанные нами индикаторы определить стиль РО. Вместе с тем метод видео наблюдения требует определенных знаний и навыков,

а обработка полученных результатов с помощью компьютерной программы The Observer XT предусматривает длительное обучение и практику, прежде чем исследователь сможет построить профиль РО и сделать выводы о стиле РО. Скорее, этот метод привлекает ученых. Если же говорить о практическом использовании метода оценки РО, то, помимо видео наблюдения, необходим достаточно легкий в использовании, как учеными, так и практиками инструмент, в котором были бы отражены содержательные аспекты феномена РО. Таким инструментом, по нашему мнению, может быть опросник, в котором утверждения описывают поведение родителя, свойственные стилям РО, выделенным нами в предыдущих исследованиях [2,3].

Основная часть

Цель данного исследования - разработать опросник, направленный на диагностику стиля родительской отзывчивости (РО), характеризующего поведение родителя при взаимодействии с ребенком раннего возраста. Опираясь на предыдущие исследования [1; 2; 3], авторами (И.Н. Галасюк, О.В. Митина) был разработан Опросник «Родительская Отзывчивость».

Апробация опросника. Утверждения, включенные в опросник, формулировались на основании содержания индикаторов поведения родителя, характеризующих выделенные нами стили РО [1, 2]. Перед апробацией опросник заполнили участники организованной нами фокус-группы (15 родителей детей раннего возраста, которые имеют психологическое образование или являются студентами психологических факультетов). В процессе работы фокус-группы некоторые утверждения были изменены или исключены из опросника. В итоговом варианте в опросник вошли 53 пункта.

Процесс апробации проходил следующий образом: на первом этапе участникам исследования, чьи образцы детско-родительского взаимодействия были записаны на видео, предлагалось заполнить опросник в присутствии исследователя в бумажном варианте (офлайн). На втором и третьем этапе выборка была расширена за счет того, что кроме участников первого этапа, опросник предлагалось заполнить онлайн всем родителям детей от 1 до 3 лет, желающим принять участие в исследовании. Добровольцев привлекали через профили исследователей в социальных сетях (Facebook, ВКонтакте). Онлайн версия была реализована в Google-форме. Между первым и вторым заполнением онлайн версии опросника (что соответствует второму и третьему этапам) должно было пройти не менее 2 недель.

Характеристика выборки. В процессе исследования приняли участие подвыборки респондентов, частично пересекающиеся между собой (см. Таблица 1).

Таблица 1. Число респондентов на разных этапах апробации

Этап апробации	Число респондентов
1 этап	39
2 этап	45
3 этап	34
Всего наборов данных (протоколов) получено	118
Число участников исследования, прошедших опрос хотя бы 1 раз	56
Число участников прошедших все 3 этапа апробации	23
Число респондентов, не участвовавших в 1 этапе	8

В Таблице 2 приведен социально-демографический состав выборки родителей, принявших участие в исследовании:

Таблица 2. Демографические показатели выборки респондентов (N=56)

Характеристика	Число респондентов
Пол родителя	
мужской	19
женский	37
Степень родства	
1я (родители)	49
2я (прародители)	2
3я (другие взрослые члены семьи)	4
Крестные родители	1
Возраст родителя (лет)	
27-37	42
38-48	12
49-65	2
Число семей	30
Число детей	31
Пол ребенка	
мальчики	15
девочки	16
Возраст ребенка (полных лет)	
1	1
2	28
3	2

Для обработки данных было использовано ПО SPSS 22. Данные

были обработаны факторным анализом с косоугольным вращением, прямоугольное вращение не было задействовано ввиду наличия достаточно высоких корреляций ($r > 0.3$) между факторами.

На первом и втором этапах нам удалось выделить 4 фактора: Поддержку, Доминирование, Чуткость и Апатичность. На третьем этапе эти же факторы выделились с незначительными модификациями. Таким образом, факторы, выделенные отдельно на всех трех этапах устойчиво воспроизводятся. Этот факт позволил нам объединить все наблюдения, полученные на каждом этапе, в одну выборку ($N=118$) и выполнить на этом общем массиве данных факторизацию пунктов опросника с целью выделить инвариантную для всех этапов факторную структуру опросника.

В Таблице 3 указано, какие пункты опросника РО вошли в состав каждой конкретной шкалы по результатам эксплораторного факторного анализа.

Таблица 3. Состав шкал опросника, полученный путем факторного анализа

Пункт опросника	Факторная нагрузка пункта
Поддержка	
2. Когда я играю с ребенком, тон моего голоса во время игры уверенный и спокойный	0,683
28. Играя с ребенком, я обращаю внимание на те предметы, которыми в данный момент интересуется ребенок	0,642
40. Во время игры с ребенком я чувствую, когда он хочет, чтобы его приласкали, и с удовольствием это делаю	0,633
17. Играя с ребенком, я повторяю за ним его мимику, чтобы разделить с ним его эмоции	0,624
21. Когда я играю с ребенком, мы находимся близко друг к другу, и это нравится нам обоим	0,610
29. Играя с ребенком, я внимательно слежу за тем, на какой предмет переключает свое внимание мой ребенок	0,609
45. Играя с ребенком, я комментирую его действия с предметами	0,608
25. В моменты игры движения моего ребенка и мои движения дополняют друг друга	0,606
1. Когда я играю с моим ребенком, я искренне улыбаюсь и смеюсь вместе с ним	0,599

7. Играя с ребенком, я говорю ему о своих положительных эмоциях (радость, восторг)	0,584
3. Я использую жестикуляцию во время игры с ребенком, показывая ему свои эмоции (радость, удивление, восторг и т.д.)	0,554
14. Я использую во время игры звуки, которые издают игрушки (животные, машины и т.д.)	0,542
44. Играя с ребенком, я искренне радуюсь и заслуженно хвалю его за победы и успехи	0,538
9. Играя с ребенком, я объясняю ему, какие чувства/эмоции он испытывает, когда радуется, злится, сердится, когда ему весело или грустно, когда он устал и т.д.	0,537
18. Играя с ребенком, я повторяю за ним его движения	0,536
39. Если во время игры я замечаю, что ребенок устал или наоборот, хочет побегать, проявить побольше активности, я стараюсь удовлетворить эти потребности ребенка	0,533
5. В случае если во время игры я не хочу, чтобы ребенок сделал что-то для себя опасное, я показываю ему это запрещающим жестом	0,520
32. Задавая вопросы или давая инструкции ребенку, я выдерживаю паузу, даю ему возможность ответить	0,518
51. Моя игра с ребенком основана на позитивном сценарии (например: добро всегда побеждает зло и его много в игре; даже если животные болеют, они выздоравливают и т.д.)	0,511
12. Я использую различные возгласы (Ох, Ах, Ух ты и т.д.) для выражения своих эмоций во время игры	0,510
33. Я даю ребенку столько времени, сколько ему надо для того, чтобы он исследовал предмет или игрушку	0,450
Доминирование	
30. Когда мой ребенок увлечен игрой, которая не способствует его развитию, я стараюсь всеми способами переключить его внимание на более полезный предмет	0,687
31. Я замечаю, на какую игрушку или предмет направлено внимание ребенка, но не проявляю к	0,685

<p>этому интерес, если считаю, что игра с данной игрушкой или предметом не принесет особой пользы его развитию</p>	
<p>52. В процессе игры я больше учу ребенка, чем спонтанно играю с ним, т.к. хочу повысить эффективность нашего с ним взаимодействия с точки зрения его развития</p>	0,635
<p>35. Если ребенок проявил интерес к игрушке, я сразу стараюсь научить его правильно играть с ней</p>	0,557
<p>34. Во время игры я стараюсь давать ребенку как можно больше информации, даже если при этом я вынуждена говорить достаточно быстро</p>	0,516
<p>49. Я инструктирую ребенка и даю ему указания, что и как он должен делать с игрушкой, чтобы игра была максимально эффективной с точки зрения развития</p>	0,515
<p>24. Я предпочитаю, чтобы ребенок во время игры был физически как можно ближе ко мне, даже если ему это не нравится, и он старается отдалиться от меня</p>	0,471
<p>16. Я использую во время игры тревожные возгласы (например, Ой-ой-ой) в ситуации, которая не опасна для него, но я не хочу, чтобы он продолжал играть с нежелательным предметом или в игру, которая мне не нравится</p>	0,463
<p>37. Если во время игры с ребенком я хочу переключить его внимание с какого-то предмета, я говорю, что этот предмет плохой или опасный, что на самом деле не обязательно является правдой</p>	0,449
<p>42. Когда во время игры ребенок хочет много двигаться, я слежу за тем, чтобы он не перевозбуждался, и ограничиваю его двигательную активность</p>	0,397
<p>26. В моменты игры движения моего ребенка и мои движения не согласуются друг с другом (я не подстраиваюсь под движения ребенка)</p>	0,359
<p>41. Если во время игры ребенок просит есть, я не реагирую на его просьбу, так как для еды есть определенное время</p>	0,341
Чуткость	

13. Я использую различные возгласы (Ох, Ах, Ух ты и т.д.) для выражения эмоций ребенка, которые, как мне кажется, он испытывает во время игры, как бы «вместо него»	0,618
8. Играя с ребенком, я говорю ему о своих отрицательных эмоциях (грусть, раздражение, обида, усталость, злость)	0,609
53. Моя игра с ребенком включает разные опасные, тревожные и агрессивные ситуации (например: аварии, нападение игрушек друг на друга и т.д.), т.к. полагаю, что ребенок должен приучаться реагировать на такие ситуации, если столкнется с ними в реальной жизни	0,563
4. Я раздражаюсь и повышаю голос, когда ребенок ведет себя плохо во время игры	0,501
50. Я просто получаю удовольствие от совместной игры с ребенком, не думая при этом о полезности игры для развития его когнитивных и моторных способностей	0,456
23. Если во время игры ребенку нравится быть подальше от меня, я прикладываю усилия, чтобы сократить дистанцию	0,455
Апатичность	
46. Во время игры я критикую то, что ребенок делает, если мне кажется это неправильным	0,626
10. Когда во время игры ребенок капризничает, проявляет упрямство или негативные эмоции я говорю, что так вести себя нельзя, мне это не нравится	0,598
20. Когда ребенок капризничает, я передразниваю его, стараюсь показать, как это неприглядно выглядит	0,584
6. Я строго смотрю на ребенка, хмурюсь, когда он балуется во время игры	0,529
11. Когда ребенок слишком бурно выражает свои позитивные эмоции, я прошу его вести себя тише и говорю ему о том, что так вести себя неприлично	0,483
38*. Во время игры с ребенком я замечаю, если он проголодался	-0,406
48*. Я предоставляю ребенку выбирать самому, в какую игру и с какой игрушкой он	-0,402

будет играть, даже если мне кажется, что игрушка или игра не принесут большой пользы для его развития

** Обратный пункт к шкале*

Далее были высчитаны факторные баллы для каждого испытуемого с целью проверки ретестовой надежности и динамики результатов. Была проведена процедура корреляционного анализа для наборов данных, полученных на втором и третьем этапах, поскольку ситуация заполнения опросника, а также онлайн форма его представления более единообразны по сравнению с 1 этапом. Напомним, что на 1 этапе родители заполняли опросник в бумажном виде офлайн и непосредственно после игры с ребенком (утомление могло наложить свой отпечаток на характер заполнения). Потому полученные результаты корреляции 1 и 2 этапов получились либо не значимыми, либо небольшими по модулю.

В таблице 4 представлены результаты проверки всех шкал на надежность. Ретестовая надежность проверялась с помощью коэффициента корреляции Пирсона, а надежность согласованность с помощью Альфа Кронбаха. Р-значения всех коэффициентов корреляции, указанных в таблице 4 меньше 0,01.

Таблица 4. Результаты проверки надежности шкал

Шкала опросника	Число пунктов	Ретестовая надежность	Надежность согласованность
Поддержка	21	0,898	0,897
Доминирование	11	0,864	0,769
Чуткость	6	0,826	0,619
Апатичность	7	0,731	0,684

Оценка динамики тестовых баллов от 2 этапа к 3 этапу по шкалам проводилась с использованием Т-критерия Стьюдента для парных выборок с подтверждающей проверкой с помощью непараметрического критерия Вилкоксона. Замечено, что Поддержка значимо увеличилась на 3 этапе ($t = -4,584$; $p < 0,01$), также как и Чуткость ($t = -2,373$; $p = 0,024$). Показатели Доминирования и Апатичности изменились (увеличились) незначимо.

В значениях, полученных по критерию Вилкоксона, также были обнаружены значимые сдвиги по шкалам Поддержки ($Z = -3,740$; $p < 0,01$) и Чуткости ($Z = -2,244$; $p = 0,025$). Результаты непараметрического критерия по всем четырем шкалам согласуются с результатами параметрического критерия. Можно с уверенностью сказать, что увеличение амплитуды характерно для всей выборки, то

есть, не наблюдается хаотичности. Аналогичные процедуры были проведены для сравнения 1 и 2 этапов, и тоже были получены значимые результаты для шкал Поддержки ($t = -3,127$, $p = 0,004$) и Чуткости ($t = -4,021$; $p < 0,01$).

Для проверки эффективности непосредственно опросника, в изоляции от сбора образцов видео и интервенций на консилиуме, были отобраны респонденты в количестве $N = 8$, которые не были никак вовлечены на первом этапе апробации. С данными таких испытуемых была проведена проверка непараметрическим критерием Вилкоксона. В результате оказалось, что аналогично другим полученным данным в нашем исследовании, наблюдалась тенденция к увеличению всех показателей, но значимо в данном случае увеличилась только Поддержка ($Z = -2,521$; $p = 0,012$).

Результаты. Выделенная в опроснике шкала (фактор) «Доминирование» полностью соответствует характеристикам поведения родителя, описанным авторами по результатам видеонаблюдений за диадами. Главным образом, имеет место нарушение личностных границ ребенка родителем, варьирующееся от более мягких (переключение внимания ребенка на более полезный с позиции родителя объект с игнорированием или обесцениванием интересов ребенка) до грубых (сокращение дистанции с целью контроля, ограничение активности) проявлений. Некоторые из пунктов могли бы подойти и к шкале Апатичности (пример: «Если во время игры ребенок просит есть, я не реагирую на его просьбу, так как для еды есть определенное время»), однако контекст вопроса подразумевает не обычное игнорирование или изоляцию родителя, но наличие плана. В рамках такого плана родитель четко осознает наиболее успешные стратегии развития ребенка и обыгрывает все так, чтобы ребенок не совершал ошибки и не испытывал переживания неуспеха [6]. Шкалы (факторы) «Поддержки» и «Апатичности» также в полной мере соотносятся с их описаниями в публикациях авторов [2, 3].

Выделенная в опроснике шкала «Чуткость» частично подтверждает характеристики одноименной шкалы, выделенной в предыдущих исследованиях на массиве данных, полученных путем обработки видеокейсов игры родителя с ребенком в течение 15 минут с помощью программы The Observer XT-15. Выявлено, что в Опроснике «Родительская Отзывчивость» индикаторы, характеризующие чуткий стиль родительского поведения несколько изменил значение. Чуткий стиль РО был описан нами с помощью индикаторов поведения, выражающих восприимчивость родителя к сигналам ребенка, и позиционировался как одна из оптимальных характеристик поведения родителей. Вместе с тем, мы отмечали, что избыточная чуткость может

приводить к слиянию родителей с ребенком в неадаптивный симбиоз [2]. И действительно, часть вопросов, которые содержались в шкале «Чуткость», выделенной в опроснике, соответствовали такому критерию (утверждения номер 13: «Я использую различные возгласы (Ох, Ах, Ух ты и т.д.) для выражения эмоций ребенка, которые, как мне кажется, он испытывает во время игры, как бы «вместо него» и номер 23: «Если во время игры ребенку нравится быть подальше от меня, я прикладываю усилия, чтобы сократить дистанцию»). Однако другие вопросы данной шкалы опросника оказались, на первый взгляд, противоречащими чуткому стилю поведения родителя. Так, например, высокий балл по утверждениям номер 4: «Я раздражаюсь и повышаю голос, когда ребенок ведет себя плохо во время игры», номер 8: «Играя с ребенком, я говорю ему о своих отрицательных эмоциях (грусть, раздражение, обида, усталость, злость)», номер 53: «Моя игра с ребенком включает разные опасные, тревожные и агрессивные ситуации (например: аварии, нападение игрушек друг на друга и т.д.), т.к. полагаю, что ребенок должен приучаться реагировать на такие ситуации, если столкнется с ними в реальной жизни» свидетельствуют о недостаточной способности родителя к переработке собственных негативных переживаний, либо их контейнированию, то есть способности родителя к переработке детских переживаний. Таким образом, в рамках симбиоза происходит диффузия личностных границ и «разделение» таких переживаний с ребенком. Родитель и ребенок как бы меняются местами, что задает определенные ожидания у родителя от процесса взаимодействия. Подобная тенденция к регрессу и стратегия совладания через нарушение границ с ребенком может свидетельствовать о незрелости Эго родителя, что и выступает «оборотной стороной чуткости», ее избытком. Как уже говорилось выше, к неадаптивному симбиозу приводит и Доминирование, но в первом случае нарушаются эмоциональные границы, тогда как во втором – поведенческие.

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

С другой стороны тот факт, что в шкалы опросника вошли на первый взгляд неожиданные пункты являются не артефактом, а закономерностью и позволяют прояснить и уточнить содержание и

характер каждой шкалы родительской отзывчивости. Корреляции между шкалами РО, выделенными в результате наблюдения за взаимодействием родителя и ребенка, полученные нами в предыдущих публикациях и объясняемые теоретически в данном исследовании получили эмпирическое обоснование.

Литература

1. Галасюк И.Н. Семейная психология: методика «Оценка детско-родительского взаимодействия»: практ. пособие / И. Н. Галасюк, Т. В. Шинина,. — 2-е изд. М.: Издательство Юрайт, 2018.
2. Галасюк И.Н., Митина О.В. Взаимодействие родителя с ребенком раннего возраста: структура и динамика родительской отзывчивости // Культурно-историческая психология. 2020. Том 16. № 4. С. 72—86. DOI: <https://doi.org/10.17759/chp.2020160408>.
3. Галасюк И.Н., Митина О.В. Детско-родительское взаимодействие в период раннего детства: сравнительный анализ профилей родительской отзывчивости в диадах с типично и атипично развивающимися детьми // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 2. С. 119–144. doi:10.17759/cpp.2021290206.
4. Галасюк И.Н., Шинина Т.В., Шведовская А.А., Морозова И.Г., Ефремова Е.В., Нгуэн Т.Х, Нгуэн Т.Л. Взаимодействие значимого взрослого с ребенком раннего возраста в России и Вьетнаме // Психологическая наука и образование. 2019 Т. 24 № 6 С. 47—62. doi: 10.17759/pse.2019240605.
5. Boughton K.L., Lumley M.N. Parent Prediction of Child Mood and Emotional Resilience: The Role of Parental Responsiveness and Psychological Control. URL: <https://www.hindawi.com/journals/drt/2011/375398/abs/>.
6. Deneault Audrey-Ann, Gareau Alexandre, Gareau Jean-François, Gaudreau Patrick, Lafontaine Marie-France Fear of Failure Mediates the Relation Between Parental Psychological Control and Academic Outcomes: A Latent Mediated Moderation Model of Parents' and Children's Genders Received: 3 December 2019 / Accepted: 8 February 2020 © Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2 Journal of Youth and Adolescence <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01209-x>.
7. Edmunds, S. R., Kover, S. T., Stone, W. L. The relation between parent verbal responsiveness and child communication in young children with or at risk for autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. //Autism Research 2019, vol. 12(5), pp. 715–731.
8. Galasyuk I.N., Lavrova M.A. Suleymanova E.V., Kiselev S.Y. Parent Responsiveness and its Role in Neurocognitive and Socioemotional Development of One-Year-Old Preterm Infants // Psychology in Russia: State of the Art Volume. 2019. Vol. 12. № 3. P. 86–104. doi: 10.11621/pir.2019.0307.
9. Kasari, C., Siller, M., et al. Randomized controlled trial of parental responsiveness intervention for toddlers at high risk for autism. //Infant Behavior and Development 2014, vol. 37(4), pp. 711–721.
10. Leezenbaum, N. B., Campbell, S. B., et al. (Maternal verbal responses to communication of infants at low and heightened risk of autism. //Autism, 2014, vol. 18(6), pp. 694–703.

11. Puckering C., McIntosh E., Hickey A., Longford J. Mellow Babies: A group intervention for infants and mothers experiencing postnatal depression // *Counselling Psychology Review*. 2010. Vol. 25. № 1. – Pp. 28–40.

12. Valcan D.S., Davis H., Pino-Pasternak D. Parental Behaviours Predicting Early Childhood Executive Functions: a Meta-Analysis // *Educ. Psychol. Rev.* 2018. Vol. 30. № 3. –Pp. 607 – 649.

Давыдов Д.Г., Фоменко М.С., Хломов К.Д.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ
НАСИЛЬСТВЕННОГО ЭКСТРЕМИЗМА НА ВЫБОРКЕ
РОССИЙСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

Статья подготовлена в рамках Государственного задания ФГБНУ «Институт изучения, детства, семьи и воспитания РАО» № 073-00015-21-03 по проекту «Проектирование механизмов внедрения современной концепции комплексной профилактики агрессивного поведения в образовательной среде и выявление условий ее эффективной реализации на основе системного мониторинга форм и видов проявлений агрессии обучающимися разного возраста»

Аннотация. Статья посвящена исследованию взаимосвязи между различными показателями агрессивности и склонностью к экстремистскому поведению современных подростков и молодежи. В исследовании были использованы Опросник уровня агрессивности Басса-Перри в адаптации С.Н. Ениколопова и Н.П. Цибульского (Ениколопов, Цибульский, 2007), Методика диагностики диспозиций насильственного экстремизма (Давыдов, Хломов, 2017), Опросник легитимизированной агрессии С.Н. Ениколопова и Н.П. Цибульского (Барканова, 2009, Ениколопов, Цибульский 2008). Выборку составили 195 школьников из разных регионов России. В результате была выявлена высокая согласованность методик в области изучения агрессивного поведения, а также характерные гендерные особенности проявления агрессии.

Ключевые слова: насилие, экстремизм, подростки, агрессия, диагностика.

Актуальность. Сейчас, когда идет второй год пандемии, социальная среда и мир трансформируются из открытого в закрытый. В этих условиях создаются возможности для распространения и развития таких разных форм поведения, как насильственный экстремизм, терроризм, ставших уже привычными словами в новостях в СМИ и легкими объяснительными моделями любых неблагоприятных явлений. В подростковом возрасте особенно выделяются эпизоды массовых нападений, атак на

школы подростками [4]. Еще 10 лет назад в статье в сборнике, посвящённом 100-летию со дня рождения С.Я. Рубинштейн, профессор Е.Т. Соколова отмечала тенденции, которые формируют общество, парадоксально вовлеченное в инвестирование финансовых и интеллектуальных ресурсов, в обеспечение физической, экономической и информационной безопасности и одновременно рост рисков глобальной нестабильности. Возрастающие технологические возможности обработки информации и управления, как отмечает там же Е.Т. Соколова, не формируют у человека ощущение уверенности в себе, а в ситуации неопределенности и социальных, экологических вызовов, небезопасности, что формирует ощущение бессилия совладания с представляемыми возможностями и одновременно соответствие своим собственным требованиям. Одновременно отмечается и формирование нетерпимости к другому, и поиск фигуры, персонифицирующей врага, зло, и поддерживающей в обществе проявления разнообразной нетерпимости, включая и жесткость, и неприятие собственного «я», своих черт [13]. Все это создает среду, способствующую проявлениям насильственного экстремизма в различных формах, и также ставит перед нами задачи по изучению этого сложного психологического явления. В.В. Николаева, описывая общепсихологические представления о сущности психического, оформленные в работах С.Я. Рубинштейн, отмечает, что важная заслуга последней состоит в том, что была предложена и начала обсуждаться в отечественной психологии проблема, предполагающая изучение в русле психологической науки – проблема исследований механизмов и условий возникновения сложных психопатологических явлений, к которым мы сейчас несомненно можем отнести и насильственный экстремизм [10, 11, 12]. В нашей работе по изучению возможностей применения методики диагностики, в качестве теоретических опор мы также использовали работы С.Н. Ениколопова с учениками. Так, С.Н. Ениколопов отмечая, что понимание агрессии много лет было мало дифференцированным в психологии, обозначает что продвижение исследователей за последние десятилетия позволило отдельно изучать гнев, враждебность, аутоагрессию. Вслед за С.Н. Ениколоповым определим агрессивность как характеристику личности, приобретаемую в процессе развития посредством социального научения и проявляемую в особых агрессивных реакциях. Обсуждая недостатки и преимущества различных методов исследования агрессивности, С.Е. Ениколопов отмечает преимущества использования опроса, как позволяющего при корректном использовании обеспечить надежность данных и сообщить о внутренних мотивах, и результатах поступков, их опыте [7].

Проблема насильственного экстремизма остается актуальной во всем мире в последние 30 лет и несмотря на пандемию остается острой

и в 2021 году. Практическая сторона проблемы состоит в том, что в сложившейся ситуации психологи и педагоги стоят перед необходимостью проектировать эффективные программы профилактики экстремистского поведения для подростков и иметь возможность проведения оценки ее результатов. Разработанная на основе практического и исследовательского опыта специалистами Центра адаптации и социального развития подростков «Перекресток», МРСЦ БОС и ЦЭПП МГППУ в период с 2010 по 2017 годы при поддержке Департамента Образования г. Москвы методика диагностики диспозиций насильственного экстремизма [5], была построена в том числе и на опыте разработки, апробации и проведения ряда программ помощи образовательным организациям, столкнувшимся с различными ситуациями проявлений насильственного экстремизма, и также подросткам и их родителям. Именно недостаток инструментов для выявления таких учебных групп (старшие школьники, студенты), с которыми требовалась профилактическая работа по снижению риска возникновения случаев проявления насильственного экстремизма, определил практический запрос для разработки данного инструмента.

Представляемая методика измерения выраженности установок, характерных для возникновения экстремистских проявлений, была разработана на основе изучения существующего арсенала диагностического инструментария. Авторами было обнаружено, что применение социологических опросов дает представления о поверхностном уровне существующих представлений, больше сфокусированные на мнениях, оставляя без внимания более глубокие и устойчивые психологические основания, приводящие к такому сложному явлению как насильственный экстремизм. В своей работе авторы критикуют более информативные глубинные интервью как сложные в организации, требующие высокой квалификации и неудобные в прикладном использовании. Склонность к экстремизму часто исследуется шкалами аттитудов, направленных на измерение различных сопряженных с экстремизмом явлений (F-шкала Т.Адорно, Шкала правого авторитаризма Р. Альтемейера, Индекс толерантности Г.У. Солдатовой, Шкала этнонациональных установок О.Е. Хухлаева, Шкала ксенофобских установок подростков О.Д. Гуриной, Опросник склонности к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел и др.) [1,5].

В настоящей работе мы берем за основу определение экстремизма, данное Д.Г. Давыдовым, которое характеризует это явление готовностью к применению насилия для получения необходимого результата, и поддерживающих использование насилия как формы поведения другими людьми. Экстремизм может рассматриваться как следствие определенной идеологии, и в данной методике, обсуждая это сложное

психологическое явление, мы разводим понятия экстремизма и идеологии, учитывая, что экстремистское насильственное поведение скорее объясняется идеологией, нежели выводится из нее [6].

В качестве ключевой опорной идеи, позволяющей анализировать и рассматривать склонность и готовность к насильственному экстремистскому поведению, мы выбираем личностные диспозиции – характерные способы восприятия, интерпретации и следующие за ними установки, связанные с конкретными социальными ситуациями [15].

Для определения этих диспозиций мы предлагаем опираться на имеющиеся сейчас представления о психологических особенностях, в том числе тех, которые имеют тенденцию к манифестации в подростковом и молодежном возрасте, способствуя проявлению экстремистского поведения: концептуальные положения и методологические принципы теории авторитарной личности, концепции правого авторитаризма и эмпирические исследования факторов экстремистского поведения [1,3,4,6,16-18]. Всего было выделено 11 диспозиций, содержание которых стало центральным для шкал опросника склонности к насильственному экстремизму.

Общая характеристика методики

Диагностическая методика, в форме самоотчетного опроса состоит из инструкции и 69 вопросов, характеризующих различные аспекты отношений к окружающим людям и социальным явлениям, и предполагающих ответ по 5-балльной шкале Лайкерта (от «категорически не согласен» до «полностью согласен»). Кроме того, что данная методика в первую очередь направлена на выявление диспозиций к насильственному экстремизму, она также может быть использована для диагностики склонности к разным другим формам антисоциального и асоциального поведения, например, таким как вовлечение в террористическую деятельность, организованное футбольное хулиганство и других. В то же время сейчас методика не может быть использована для оценки факта вовлеченности в экстремистские группы и не должна иметь доказательной силы в отношении совершения правонарушений. Методика представлена в виде опросника, включающего в себя 11 шкал, каждая из которых вносит свой вклад в интегральный показатель предрасположенности к экстремистскому поведению. Данная методика может быть использована в сферах среднего и высшего образования, предназначена для диагностики лиц, старше 14 лет, владеющих русским языком на уровне разговорного и имеющих образование не менее шести классов средней школы. Методика не обладает дополнительными шкалами защиты, в связи с чем необходимо обеспечить создание соответствующей обстановки проведения обследования. Методика в данный момент

валидизируется на выборке испытуемых, склонных к насильственному экстремистскому поведению.

Процедура исследования

Цель исследования: установление связей между личностными диспозициями насильственного экстремистского поведения и агрессией в подростковом возрасте.

Гипотеза исследования. Существует положительная связь между уровнем проявления разных форм агрессии и личностными диспозициями насильственного экстремистского поведения в подростковом возрасте.

Методы: исследование проводилось посредством онлайн-опроса, в батарею вошли три следующие методики.

1. **Методика диагностики диспозиций насильственного экстремизма**, выделяет 11 диспозиций, отражающих неспецифическую склонность к экстремистскому поведению и потенциально ведущих к формированию частных враждебных установок на конкретные объекты (культ силы, интолерантность, конвенциональное принуждение, социальный пессимизм, мистичность, деструктивность и цинизм, протестная активность, правовой нигилизм, антиинтрацепция, допустимость агрессии, конформизм) [4].

2. **Опросник уровня агрессивности Басса-Перри** в адаптации С.Н. Ениколопова и Н.П. Цибульского, содержащим шкалы физической агрессии, гнева и враждебности [8].

3. **Опросник легитимизированной агрессии** С.Н. Ениколопова и Н.П. Цибульского направленного на изучение социально одобряемой агрессии, содержит 5 шкал: легитимизация агрессии в личном опыте; легитимизация агрессии в политической сфере; легитимизация агрессии в спорте; легитимизация агрессии в СМИ; легитимизация агрессии в сфере воспитания [2,9].

В выборку были включены обучающиеся среднего и старшего звена из 40 школ, из 22 регионов России. В экспериментальную группу вошли и школьники, стоящие на внутришкольном учете, и школьники того же возраста, не стоящие на внутришкольном учете. В сборе данных приняли участие 1039 подростков, однако большая часть участников не завершала заполнение батареи методик, в связи с чем пришлось исключить их ответы из общего анализа (табл. 1). В итоговом анализе обрабатывались ответы 195 школьников (табл. 2). По технической причине из опросника уровня агрессивности Басса-Перри в адаптации С.Н. Ениколопова и Н.П. Цибульского [2,9], были исключены 4 пункта, относящиеся ко шкалам гнева и враждебности, проверка на согласованность сокращенных шкал показала высокую согласованность, Альфа-Кронбаха (0,828).

Таблица 1. Характеристики выборки (N=195)

	<i>N</i>	<i>M</i> возраст (<i>SD</i>)	Юноши	Девушки
Стоящие на внутришкольном учете	101	15 (1,264)	33	68
Не стоящие на внутришкольном учете	94	14,6 (2,788)	49	45
Всего	195	14,8 (2,146)	82	113

Показатели согласованности и валидности

Надежность (согласованность) заданий опросника в целом по Альфа-Кронбаха составляет 0,916, что представляется очень высоким показателем, учитывая многошкальную структуру методики.

Таблица 2. Корреляционные связи показателей шкал методики диагностики диспозиций насильственного экстремизма и агрессивности (N=195)

	Физическая агрессия	Гнев	Враждебность	Интегральный показатель	Легитимизация агрессии в	Легитимизация агрессии в личном	Легитимизация агрессии в	Легитимизация агрессии в спорте	Легитимизация агрессии в СМИ	Интегральный показатель
Культ силы	0.48 6**	0.42 3**	0.45 3**	0.52 1**	0.64 1**	0.56 0**	0.58 4**	0.52 3**	0.24 2**	0.64 8**
Допустимость агрессии	0.69 9**	0.56 7**	0.55 8**	0.70 1**	0.53 9**	0.61 5**	0.45 0**	0.55 8**	0.37 2**	0.63 9**
Интолерантность	0.31 5**	0.30 5**	0.35 1**	0.36 9**	0.54 9**	0.47 3**	0.53 9**	0.47 1**	0.15 3**	0.55 0**
Конвенциональное принуждение	0.47 5**	0.42 5**	0.40 2**	0.49 5**	0.55 8**	0.42 9**	0.38 2**	0.40 3**	0.24 1**	0.52 2**
Социальный пессимизм	0.54 4**	0.45 2**	0.49 1**	0.57 2**	0.48 5**	0.44 9**	0.37 8**	0.41 8**	0.35 2**	0.53 1**
Мистичность	0.39 8**	0.40 1**	0.38 9**	0.44 7**	0.44 7**	0.29 8**	0.31 6**	0.47 3**	0.15 9**	0.42 2**
Деструктивность и цинизм	0.55 5**	0.46 7*	0.54 3**	0.60 2**	0.44 3**	0.47 5**	0.39 4**	0.44 4**	0.33 8**	0.52 7**
Протестная активность	0.31 1**	0.29 7**	0.22 0**	0.31 1**	0.42 4**	0.32 0**	0.32 2**	0.35 7**	0.14 3*	0.39 9**
Нормативн	0.44	0.36	0.40	0.46	0.38	0.37	0.37	0.38	0.36	0.47

	Физическая агрессия	Гнев	Враждебность	Интегральный показатель	Легитимизация агрессии в	Легитимизация агрессии в личном	Легитимизация агрессии в	Легитимизация агрессии в спорте	Легитимизация агрессии в СМИ	Интегральный показатель
ый нигилизм	3**	7**	9**	9**	0**	8**	5**	5**	2**	0**
Анти-интрацепция	0.37 7**	0.32 0**	0.35 2**	0.40 3**	0.51 0**	0.38 5**	0.38 6**	0.40 0**	0.11 1*	0.46 0**
Конформизм	0.38 3**	0.36 1**	0.28 8**	0.38 9**	0.47 9**	0.34 1**	0.34 0**	0.42 0**	0.11 0*	0.43 0**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Корреляция Спирмена

Здесь и далее в таблицах жирным шрифтом выделены высокие значения корреляционной связи.

То, что на всей выборке все шкалы методики диагностики диспозиций насильственного экстремизма оказались связаны со всеми шкалами взятых в исследование методик, подтверждает, что исследуется один и тот же фактор агрессивности, в различных его проявлениях. При этом сильных связей всего несколько: у шкал Культ силы, Допустимость агрессии, Деструктивность и Цинизм на общую выборку сила связанности выше 0,6. Шкала Культ Силы связана с интегральным показателем легитимизированной агрессии опросника легитимизированной агрессии [8], шкала Допустимость Агрессии связана сразу со шкалами Физической агрессии и интегрального показателя агрессии опросника Басса-Перри, и со шкалами легитимизированной агрессии в личном опыте и с интегральным показателем Легитимизированной агрессии опросника Легитимизированной агрессии [8], шкала Деструктивность и Цинизм связана с интегральным показателем агрессии опросника Басса-Перри [9].

Культ силы. Описанные показатели по данной шкале [4] показывают установки, связанные с восприятием насилия как предпочитаемого способа достижения своих целей и разрешения противоречий в отношениях с другими людьми, убежденность в эффективности насилия и в качестве средства решения и социальных проблем, и для снижения давления переживаний фрустрации, шкала также отражает «ценность насилия» как связанного с социальным статусом и авторитетом. Сильная связь этой диспозиции и

интегрального показателя легитимизованной агрессии говорит о том, что наличие ценности насилия, как способа разрешения противоречий будут взаимосвязаны с готовностью использовать насилие в разных жизненных сферах в целом, и готовность обосновывать, оправдывать и поддерживать насилие как допустимый способ в различных социальных сферах.

Допустимость агрессии. Показатели по данной шкале [4] предлагают возможность оценить личную готовность использовать насилие в отношениях с другими людьми. С точки зрения теории Н. Миллера и Д. Долларда [16], агрессивный экстремизм имеет социальную природу и его источником выступает накапливающееся у индивида состояние фрустрации, возникающей из финансовых проблем семьи, безработицы, большого уровня социального неравенства и переживаемого отсутствия возможности изменения своего социального положения, при большой значимости ценностей потребления и успеха. Также сильная связь диспозиции Допустимости Агрессии и интегрального показателя легитимизованной агрессии и показателей Физической Агрессии и интегрального показателя агрессии опросника Басс-Перри может быть объяснена тем, что личная готовность применять насилие требует опыта либо личного успеха применения физической агрессии в отношениях, или наблюдения такого успеха. Последнее встречается, например, в отношениях родителей или одноклассников, и этот опыт также поддерживает готовность использовать насилие в разных жизненных сферах в целом, и готовность оправдывать и поддерживать насилие как допустимый способ в различных социальных сферах. Таким образом, может формироваться социальный механизм, поддерживающий и допустимость агрессии, и легитимизацию агрессии в обществе.

Деструктивность и цинизм. Описанная в данной шкале диспозиция [4] будет проявляться в объектном отношении к людям в основном из соображений практической пользы и связанными с этим обесцениванием таких человеческих проявлений как дружба, брак, любовь и т.д. Как одна из возможных форм враждебности будет проявляться подозрительность при интерпретации поведения других людей, и в качестве основного объяснения поведения окружающих будут предлагаться мотивы материальной выгоды. Одновременно данная диспозиция характеризуется снижением ценности жизни идеологических противников, и воспринимаемой невысокой ценности собственной жизни. Сильная связь показателей по данной шкале и интегрального показателя агрессии опросника Басса-Перри говорит о том, что объектные отношения, отказ от эмпатии и сопереживания другому, враждебность могут быть связаны и

объяснены высоким уровнем агрессивности подростка, возможно вызванного фрустрацией и опыта недоверия.

Таблица 3. Корреляционные связи показателей шкал методики диагностики диспозиций насильственного экстремизма и агрессивности у юношей (N =82)

	Физическая агрессия	Гнев	Враждебность	Интегральный показатель агрессии	Легитимизация агрессии в политике	Легитимизация агрессии в личном	Легитимизация агрессии в воспитании	Легитимизация агрессии в спорте	Легитимизация агрессии в СМИ	Интегральный показатель
Культ силы	0.617 **	0.497 **	0.423 **	0.617 **	0.674 **	0.593 **	0.615 **	0.603 **	0.249 *	0.646 **
Допустимость агрессии	0.666 **	0.437 **	0.455 **	0.619 **	0.612 **	0.572 **	0.496 **	0.651 **	0.356 **	0.666 **
Интолерантность	0.487 **	0.244 *	0.365 **	0.423 **	0.551 **	0.529 **	0.548 **	0.506 **	0.290 *	0.547 **
Конвенциональное принуждение	0.455 **	0.360 **	0.400 **	0.463 **	0.606 **	0.447 **	0.313 *	0.444 **	0.375 **	0.558 **
Социальный пессимизм	0.433 **	0.365 **	0.470 **	0.492 **	0.548 **	0.462 **	0.339 **	0.505 **	0.381 **	0.534 **
Мистичность	0.389 **	0.332 *	0.553 **	0.507 **	0.553 **	0.428 **	0.385 **	0.537 **	Нет	0.553 **
Деструктивность и цинизм	0.488 **	0.387 *	0.513 **	0.554 **	0.538 **	0.440 **	0.437 **	0.451 **	0.323 *	0.522 **
Протестная активность	0.317 *	Нет	Нет	0.218 *	0.375 **	0.325 **	0.265 *	0.313 *	0.316 *	0.404 **
Нормативный нигилизм	0.556 **	0.543 **	0.556 **	0.666 **	0.442 **	0.416 *	0.370 **	0.511 **	0.261 *	0.508 **
Анти-интрацепция	0.412 **	0.341 *	0.485 **	0.491 **	0.547 **	0.374 **	0.429 **	0.484 **	Нет	0.500 **
Конформизм	0.475 **	0.411 **	0.403 **	0.510 **	0.463 **	0.405 **	0.397 **	0.506 **	Нет	0.499 **

*p<0.05; **p<0.01

Корреляция Спирмена

Различия в связанности шкал диспозиций насильственного экстремизма и агрессивности между юношами и девушками были в большей связи у юношей между шкалой Нормативного нигилизма и интегрального показателя агрессии опросника уровня агрессивности

Басса-Перри, что говорит о том, что юноши, в большей степени склонные к игнорированию законов и социальных норм поведения, в том числе и к демонстративному игнорированию социальных норм «большинства» и противопоставлению им своих норм или норм малой социальной группы демонстрируют более высокий уровень общей агрессии, включая и физическую агрессию и гнев и враждебность. Эти результаты показывают, что нормативная маскулинность, связанная с агрессивностью, может проявляться и в игнорировании законов, что соответствует культурному коду, транслируемому в обществе, связывая определенный уровень криминальности и агрессивности и мужественности.

Также у юношей показатели по шкале Конвенциональное принуждение взаимосвязаны с данными по шкале легитимизация агрессии в политике, то есть тенденция выискивать людей, не уважающих общие (конвенциональные) ценности, чтобы осудить, отвергнуть и наказать их, и приоритет ценности восстановления справедливости над другими гуманистическими ценностями, за счет больших требований к себе и другим, и цензурой. Юноши, подавляя враждебные чувства по отношению к себе или авторитетам своей группы, переносят «плохие» качества – воображаемую непорядочность, корыстность, властолюбие – на тех, кого распознают как чужих, враждебных. Легитимизация агрессии в политике хорошо обосновывает конкурентную группу как враждебную.

Таблица 4. Корреляционные связи показателей шкал методики диагностики диспозиций насильственного экстремизма и агрессивности у девушек (N =113)

	<i>Физическая агрессия</i>	<i>Гнев</i>	<i>Враждебность</i>	<i>Интегральный показатель агрессии</i>	<i>Легитимизация агрессии в политике</i>	<i>Легитимизация агрессии в личном опыте</i>	<i>Легитимизация агрессии в воспитании</i>	<i>Легитимизация агрессии в спорте</i>	<i>Легитимизация агрессии в СМИ</i>	<i>Интегральный показатель легитимизированной агрессии</i>
Культ силы	0.5 97* *	0.2 64*	0.3 60*	0.5 64*	0.6 91* *	0.5 52*	0.6 56* *	0.5 74*	0.2 78*	0.6 87* *
Допустимость агрессии	0.7 52* *	0.5 42*	0.4 75*	0.7 82* *	0.5 13*	0.5 72*	0.4 48*	0.4 99*	0.2 97*	0.5 77*

	Физическая агрессия	Гнев	Враждебность	Интегральный показатель агрессии	Легитимизация агрессии в политике	Легитимизация агрессии в личном опыте	Легитимизация агрессии в воспитании	Легитимизация агрессии в спорте	Легитимизация агрессии в СМИ	Интегральный показатель легитимизированной агрессии
Интолерантность	0.565* *	Нет	0.379* *	0.472* *	0.639* *	0.546* *	0.574* *	0.511* *	0.196*	0.631* *
Конвенционально принуждение	0.399* *	0.417* *	0.342* *	0.491* *	0.346* *	0.320* *	0.305*	0.285*	Нет	0.332* *
Социальный пессимизм	0.432* *	0.315* *	0.532* *	0.530* *	0.522* *	0.419* *	0.428* *	0.409* *	0.397* *	0.533* *
Мистичность	0.403* *	0.260* *	0.208* *	0.379* *	0.451* *	0.362* *	0.356* *	0.368* *	0.264*	0.467* *
Деструктивность и цинизм	0.547* *	0.393* *	0.451* *	0.613* *	0.472* *	0.501* *	0.448* *	0.458* *	0.310* *	0.541* *
Протестная активность	0.240* *	Нет	0.298* *	0.306* *	0.199* *	Нет	0.238* *	0.257* *	Нет	0.215* *
Нормативный нигилизм	0.420* *	0.327* *	0.362* *	0.472* *	0.296* *	0.311* *	0.376* *	0.264* *	0.321* *	0.378* *
Анти-интрацепция	0.301* *	0.274* *	0.219* *	0.328* *	0.464* *	0.400* *	0.343* *	0.358* *	Нет	0.443* *
Конформизм	0.356* *	0.222* *	0.263* *	0.357* *	0.405* *	0.293* *	0.344* *	0.346* *	Нет	0.391* *

*p<0.05; **p<0.01, Корреляция Спирмена

У девушек обращает на себя внимание взаимосвязь показателей по

шкале Интолерантность с данными по шкале интегрального показателя легитимизированной агрессии, то есть у девушек есть стремление к построению простого образа мира, отказ от восприятия различий с другими людьми, и готовность навязывать свое мнение связано с готовностью легитимизировать агрессию в целом во всех сферах. То есть именно у девушек существует необходимость избегать внутреннего противоречия (когнитивного диссонанса), посредством формирования образа простого и однозначного мира, что позволяет им снять ответственность за оценку других и выбор своего отношения к неоднозначным социальным ситуациям [1]. То есть, идея, «он получил то, что заслужил» позволяет не вовлекаться в различные ситуации проявлений агрессии и насилия, и одновременно не избежать ответственности за свою агрессию, то есть поддерживает идею о большей пассивной агрессивности и враждебности.

Выводы

1. Наличие связей между шкалами методики диагностики диспозиций насильственного экстремизма, опросника уровня агрессивности Басса-Перри и легитимизированной агрессии говорит о высокой согласованности данных методик в области изучения агрессии, насильственного экстремистского поведения как сложного психологического явления и о возможности использования методики для исследования и диагностики склонности к агрессивному и насильственному экстремистскому поведению среди подростков и молодежи.

2. Выявленные связи между диспозициями и формами проявления агрессии позволяют говорить о наличии тенденций к определенным формам агрессивного поведения, свойственным как юношам, так и девушкам, в целом соответствующим распространенным представлениям о характерных способах выражения агрессии, что в целом соотносится с данными последних исследований гендерных различий в агрессивном и экстремистском поведении (Ениколопов, Цибульский, 2008, Федотова, 2021).

Литература

1. Адорно Т. Исследование авторитарной личности. – М.: Академия исследований культуры, 2001. – 412 с.
2. Барканова О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы. – Красноярск.: Литера-Принт, 2009. – С. 205–210.
3. Беликов С. Антифа. Молодежный экстремизм в России. – М.: Алгоритм, 2012. – 256 с.
4. Давыдов Д. Г., Хломов К. Д. Массовые убийства в образовательных учреждениях: механизмы, причины, профилактика // Национальный психологический журнал. – 2018. – № 4(32). – С. 62–76.

5. Давыдов Д. Г., Хломов К. Д. Методика диагностики диспозиций насильственного экстремизма // Психологическая диагностика. – 2017. – Т. 14. – № 1. – С. 78–97.
6. Давыдов Д.Г. Причины молодежного экстремизма и его профилактика в образовательной среде // Социология образования. – 2013. – № 10. – С. 4–18.
7. Ениколопов С.Н. Методы исследования агрессии в клинической практике. // Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы. – М.: [б.и.], 2011. – С. 82–100.
8. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Изучение взаимосвязи легитимизации насилия и склонности к агрессивным формам поведения // Психологическая наука и образование. – 2008. – Том 13. – № 1. – С. 90–98.
9. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри // Психологический журнал. – 2007. – №1. – С. 115–124.
10. Николаева В.В. О вкладе Сусанны Яковлевны Рубинштейн в развитие патопсихологии // Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы. – М.: [б.и.], 2011. – С. 9–18
11. Рубинштейн С.Я. Использование экспериментального метода для изучения психопатологических явлений // Вопросы экспериментальной патопсихологии. – М.: [б.и.], 1965. – С. 17–48.
12. Рубинштейн С.Я. О причинности психопатологических явлений // Проблемы патопсихологии. М: Изд-во МГУ. – 1972. – С. 14-18.
13. Соколова Е.Т. Перспективы развития методологии классического патопсихологического обследования в свете проективной парадигмы // Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы. – М.: [б.и.], 2011. – С. 74-82.
14. Федотова А.В. Современный подросток: выражение протеста и отношение к экстремизму // Психолого-педагогические исследования. – 2021. – Том 13. – № 2. – С. 105–122.
15. Ядов В.А. О диспозиционной регуляции социального поведения личности // Методологические проблемы социальной психологии. – М.: Наука, 1975. – С. 89–105.
16. Dollard J., Dobb L.W., Miller N.E. at al. Frustration and Aggression. – L.: Routledge, 2001. – 150 p.
17. Wahl K. Development of xenophobia and aggression // International Journal and Applied Criminal Justice. – 2002. – Vol. 26 (2). – P. 247–256.
18. Zuckerman M. Sensation Seeking and Risky Behavior // Washington, DC: American Psychological Association, 2007. –309 p.

Зверева М.В.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Аннотация Статья посвящена проблеме патопсихологической диагностики в подростковом возрасте. Рассматриваются основные этапы экспериментально-патопсихологического исследования,

основной упор делается на клиническую беседу как ключевой инструмент патопсихолога во взаимодействии с подростком. Приводятся примеры исторического развития метода клинической беседы в зарубежной и отечественной психологии и психиатрии, а также пути расширения этого метода для успешной работы в выбранной возрастной категории.

Ключевые слова: подростковый возраст, патопсихологическая диагностика, клиническая беседа, клиническая психология, психиатрия

Патопсихологическая диагностика – классический метод клинической экспериментальной психологии, имеющий традиции применения как во взрослой, так и в детской, и подростковой клинике [2,5,11,13,14,15].

За последние годы существенно возрос риск развития психической патологии в подростковом возрасте. Такие заболевания как депрессия, аффективные нарушения, биполярное расстройство, варианты эндогенной психической патологии и пограничные психические расстройства значительно помолодели [5,6,10,11,13,23,24]. К счастью, обращение за профессиональной помощью в настоящее время перестало нести столь травматический стигматизирующий характер, в связи с чем, большинство самих подростков, заподозрив у себя характерные для некоторых психических расстройств симптомы, идут на прием к специалисту. Первым или вторым специалистом в этой цепочке оказывается клинический психолог – патопсихолог. Именно от грамотной патопсихологической диагностики часто зависит успешность дальнейшего взаимодействия подростка и его родителей с системой оказания психиатрической помощи [8,9].

Большинство авторов отмечает, что для хорошей диагностики необходимо не только полноценное обследование высших психических функций классическими патопсихологическими методиками, то и анализ взаимодействия психолога с испытуемым, анализ мотивов, поступков, поведения самого испытуемого, что является ключевой особенностью отечественной школы патопсихологии [2,11,12]. С развитием доказательной медицины обращение к опросниковым методам стало более популярным. Западная психология уже давно опирается на опросниковые методы в сочетании с клиническим интервью, которое в большинстве случаев стандартизовано и валидизировано. [23,24,25,26,27] Отечественная патопсихология придерживается принципа экспериментально-психологического исследования. Но на современном этапе развития патопсихологической диагностики стоит признать, что лучшим вариантом будет сочетание валидизированных опросниковых методик, экспериментально-

патопсихологического метода и классической клинической беседы [11,14,15,28,29]. Именно сочетание этих трех методов позволит рассмотреть картину психопатологии и работы высших психических функций в условиях болезни с разных сторон и максимально подробно.

Классическая патопсихологическая диагностика включает в себя непосредственно обследование с помощью экспериментально-психологических методик и беседу.

Сферы для диагностики:

- Память
- Внимание
- Восприятие
- Мышление
- Эмоционально-личностная сфера
- Общение

На каждую сферу принято давать по паре методик для разностороннего и более объемного и достоверного получения информации. Некоторые методики выстроены таким образом, что направлены сразу на несколько сфер. Например, методика «Память+счет» (автор Зверева Н.В.) направлена на исследование произвольной и произвольной памяти и внимания. Известная методика «Пиктограммы» также одновременно освещает сферу памяти, мышления и эмоционально-личностную [5,6,9,11,14,15]. Таким образом, имея в методическом арсенале методики, направленные сразу на несколько сфер, мы упрощаем себе задачу как экспериментатору (диагносту) и можно экономить время, что оказывается полезным в случае, если у патопсихолога большой поток испытуемых, или сам пациент органичен во времени.

Исключительность и преимущество экспериментально-психологического метода заключается в допустимости и возможности модификации методик в зависимости от задачи, стоящей перед психологом. К сожалению, для современного формата научной работы, любая модификация должна быть оформлена должным образом, пройти этапы валидации и проверки, но пока отечественная патопсихология может позволить себе избежать массовой проверки своих методик (количественной стандартизации), оставаясь преимущественно в рамках качественного анализа. Большинство методик имеют классические схемы подачи и интерпретации, но экспериментально-патопсихологический метод предполагает, что в зависимости от задачи всегда возможно модифицировать методику в процессе диагностики. [2,4,5,7,9,20,28,29]

Самые частные варианты модификации встречаются среди рисуночных и проективных методик. Например, методика «Рисунок

семьи» может быть модифицирована в зависимости от задачи, стоящей перед исследователем, в «Рисунок семьи на отдыхе». Опосредованно, мы можем получить данные о семейной ситуации, взаимодействии подростка и родителей. [29]

Методика самооценка по Дембо-Рубинштейн и цветовому тесту отношений также является хорошим вариантом современной модификации классических методик патопсихологической диагностики. Поскольку подростковый возраст относится к одному из критических периодов развития, то методики, направленные на оценку сознательных характеристик подростка необходимо дополнять методиками, где упор делается на неосознаваемые сферы самооценки и самоощущения. Исходя из анализа осознаваемых и неосознаваемых показателей можно сделать более объективный вывод о психическом состоянии подростка. [4]

Важную роль в патопсихологической диагностике в подростковом возрасте играет именно беседа. Блюма Вульфовна Зейгарник разделяла беседу на узко направленную (до эксперимента), направленную на установление контакта и сбор информации об испытуемом, а также беседу во время эксперимента. В психиатрии распространена, так называемая, клиническая беседа (или клиническое интервью). Особенностью такой беседы является ее направленность на выявление симптоматики у пациента (испытуемого, клиента). Клиническая беседа патопсихолога отличается тем, что затрагивает не сколько симптоматику больного, сколько саму личность [2,11,12,14,20].

Одним из первых психологов, кто обратился к созданию клинического интервью, был в 1920 году Жан Пиаже вместе с Теодором Симоном. Они работали в лаборатории А. Бине в Париже над переводом шкалы мышления на английский язык, но Пиаже больше интересовала сама природа детского мышления, чем непосредственно ранжирование интеллектуальных способностей детей по стандартизированной шкале. Стало понятно, что количественные методы оценки неадекватны для всестороннего изучения когнитивного развития, и тогда Пиаже обратился к методу интервьюирования, который основывался в том числе на психиатрическом диагностическом интервью. [22] С 1940-х годов диагностическое клиническое интервью рассматривалось в двух плоскостях: 1) как метод сбора сведений о симптомах, совпадающих с выставленным, научно-обоснованным диагнозом, и 2) как получение и анализ субъективного опыта для понимания внутреннего мира другого человека. [26]

В биопсихосоциальном подходе, реализуемом в настоящее время, современное зарубежное клиническое интервью — это строго валидизированный метод беседы с испытуемым. Оно имеет

определенную схему и практически не меняется в зависимости от самого испытуемого. В наиболее общем виде, схему стандартного клинического интервью, проводимого зарубежными специалистами, можно представить следующим образом. Первый блок клинического интервью затрагивает формирование терапевтического альянса между пациентом (испытуемым, клиентом). Терапевтический альянс включает в себя знакомство, создание по возможности безопасной обстановки, первичные вопросы о состоянии пациента. Второй блок – сбор анамнеза, где подробно врач расспрашивает пациента (испытуемого, клиента) о жалобах, симптомах, о прошлых психических заболеваниях, а также о другом медицинском прошлом, а также о реакции на лекарства, возможной аллергии и наличии мыслей о самоубийстве (и даже об убийстве). Зарубежные специалисты также не исключают социальный анамнез и анамнез развития. Третий блок клинического интервью в зарубежном подходе – обследование настоящего психического состояния. В этом блоке врач подробно расспрашивает пациента о его мыслях, убеждениях, восприятии, дает вопросы, касающиеся сферы общения знания. Финальный блок – заключение, где врач проставляет диагноз по МКБ или DSM, а также в соответствии с биопсихосоциальным подходом [23,26,27]

Зарубежное клиническое интервью чаще разделено на несколько встреч с испытуемым, в отечественной психиатрии также придерживаются нескольких встреч с пациентом перед окончательной постановкой диагноза. В руководстве по психиатрии под редакцией А.С. Тиганова написано, из чего складывается клиническая беседа в психиатрии. По его мнению, клиническое психиатрическое обследование складывается из расспроса больного, сбора анамнеза субъективного (от больного) и объективного (от родственников и лиц, знающих больного) и наблюдения [16]. Оба варианта клинической беседы (интервью) направлены на выявление симптоматики больного, сбор анамнеза и постановку диагноза по возможности с помощью динамического обследования. Современный темп врачебного обследования, к сожалению, не предполагает длительного и динамического осмотра пациента, поэтому часть задач клинической беседы психиатрической перешла к патопсихологу. Опытный патопсихолог всегда опирается на собственный жизненный опыт и профессиональные знания при ведении клинической беседы с пациентом (испытуемым, клиентом). [2,12,20] Именно разносторонний и самое главное, современный жизненный опыт помогает в работе с подростками.

Увеличивающийся темп жизни приводит к скоротечному изменению и в психической жизни в период подросткового кризиса.

[1,3,13,21] Специалисту, занимающемуся как диагностикой, так и психотерапией младших и старших подростков, необходимо иметь хотя бы общие представления о трендах и культурных феноменах, связанных с данным подростковым периодом. Культурное воспитание и обогащение специалистов, работающих с душевнобольными, требование, обосновано и реализовано еще во времена научной школы В.М. Бехтерева. [1,17,19] За прошедшие более чем сто лет, культура, особенно подростковая, претерпела огромные изменения. Исход и успешность клинической беседы, разговора «по душам» с пациентом, в частности, с подростком, в том числе обеспечивает успешность патопсихологической диагностики. А при психолого-психиатрическом консилиуме, еще и помогает в успешной постановке диагноза и назначении врачом эффективной терапии. [16]

Значимый аспект в беседе – взаимодействие с родителями подростка. Со старшими подростками чаще родитель не участвует в обследовании, но на начальном этапе можно задать ряд вопросов, например «Что привело к психологу? Какие жалобы?» и подробно записать ответ родителя (или обоих родителей). А затем, когда родитель выйдет за дверь кабинета, спросить самого подростка, как он сам считает, почему его привели или он сам изъявил желание, или все, что сказал родитель совершенно не так и он хочет рассказать свою версию. Сопоставление версий и причин обращения к специалисту, также может иметь значительную диагностическую роль.

Современный подросток имеет доступ в интернет, в связи с чем может легко изучить различную специализированную литературу, а также форумы для душевнобольных. С одной стороны, такая доступность способствует смягчению стигматизации и страха общества перед психической патологией, с другой стороны, легкость «снятия» симптоматики и «примеривания» на себя различных психических расстройств, затрудняет диагностику даже опытному клиницисту, особенно в сжатых временных условиях. Помимо этих факторов, сама культура охотно вбирает в себя патологические феномены, делая их достоянием не только диады пациент-врач в стенах кабинета, но и огромного культурного пласта всего молодого поколения [18]. Способность к различению реальной симптоматики, в отличие от культурных отсылок и трендов — это необходимый и значительный фактор успешности современной патопсихологической диагностики. Речь идет не об углубленных знаниях современной подростковой культуры, безусловно, это невозможно вследствие широты и быстроты сменяющих друг друга трендов. Но хотя бы поверхностное ознакомление с подростковым словарем, а также направлениями субкультурных течений будет способствовать как успешному

терапевтическому контакту в начале обследования, так и диагностическому заключению, написанному по результатам обследования после.

Помимо общих представлений о культурном срезе подросткового возраста, важно помнить о самых первых пунктах установления терапевтического альянса – создание безопасной обстановки, без осуждения пациента. Подросток в силу особенностей этого кризисного периода, достаточно чувствителен не только к своему состоянию, но и своим интересам, кроме того, через интересы подростка может преломляться и сама психопатологическая реальность подростка. Необходимо искренне интересоваться тем, что рассказывает подросток, задавая вопросы, если что-то остается неясным специалисту [3,12,13,14,15,16,21]. К сожалению, часто опытные патопсихологи склонны занимать скорее врачебную или учительскую позицию по отношению к подростку, но ведь именно способность разговаривать будет залогом успешной беседы и диагностики, помимо экспериментально-психологических данных. Для молодых специалистов наоборот, важно умение чуть дистанцироваться, уметь оставаться в рамках клинической направленности беседы, не уходить в терапевтическую область или разговор «по душам». Искренний интерес к подростку и его внутреннему миру, желание узнать его и помочь – правила ведения клинической беседы, сформированные еще основателями патопсихологии Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн. [11,15]

В качестве рекомендации специалистам, работающим с одним из самых непростых возрастных периодов, можно отметить внутреннюю свободу и интерес к изучению современного культурного контекста, навык клинической беседы как «обыденного разговора» (по следам психиатрии XIX и XX века), а также умение сочетать в экспериментально-патопсихологическом обследовании как количественных верифицированных методик, так и модификаций «под задачу» с включением обоих типов беседы – узко направленной и беседы в широком смысле слова, с терапевтическим эффектом.

Литература

1. Бехтерев В.М. Личность и условия ее развития и здоровья // Российский психиатрический журнал. 2012. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnost-i-usloviya-ee-razvitiya-i-zdorovya> (дата обращения: 17.11.2021).
2. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Развитие практики и методологии патопсихологического эксперимента (традиции московской школы птопсихологии) М.: издательство МГУ, 2020, 271 с.
3. Драгунова Т.В. Подростковый возраст // В сб. Возрастная и педагогическая психология. - М., 1973.

4. Зверева М.В., Казачкова М.А. Прямая и непрямая самооценка у подростков с шизотипическим расстройством и расстройством личности // Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований: Материалы международной научно-практической конференции. Москва, 18–19 ноября 2020 г. / Под ред. Холмогоровой А.Б., Пуговкиной О.Д., Зверевой Н.В., Рощиной И.Ф., Рычковой О.В., Сирота Н.А. – М. ФГБОУ ВО МГППУ, 2020, с. 425-428
5. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. изд. М.: Академия. 2-е изд. 2015.
6. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2018;118(5-2):3-11.
7. Зверева Н.В., Зверева М.В. Проективный метод как способ оценки восприятия опасности окружающего мира молодыми людьми: сравнение интерпретативной и ассоциативной методик// ВОСЬМАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО КОГНИТИВНОЙ НАУКЕ. Тезисы докладов. Ответственные редакторы: А.К. Крылов, В.Д. Соловьев. 2018. С. 412-415.
8. Зверева Н.В., Зверева М.В., Балакирева Е.Е., Пятницкая Л.Н. Опыт совместного клинико-психологического консультирования детей и подростков психiatрами и клиническими психологами// Поляковские чтения -2018(к 90-летию Ю.Ф. Полякова). Научно-практическое издание. Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием 14-15 марта 2018 г/ под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной, С.Н. Ениколопова. – М.: ООО «Сам Полиграфист», 2018. – С. 166-168.
9. Зверева, Н. В. Проблемы патопсихологической диагностики в детской психиатрической клинике / Н. В. Зверева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2018. – Т. 18. – № 1. – С. 20-26.
10. Зверева, Н. В., Горюнов А. В. Место патопсихологического метода в нозологической диагностике первых депрессивных эпизодов в подростковом возрасте / Н. В. Зверева, А. В. Горюнов // Психиатрия. – 2003. – № 2(2). – С. 26-31.
11. Зейгарник, Б. В. Патопсихология. — М.: Издательство Московского университета, 1986.
12. Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю. Беседа как интерактивный метод клинико-психологической диагностики. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.10.2021).
13. Лебединская К. С., Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. – М., 2019.
14. Практикум по патопсихологии: учебное пособие / Под ред. Б.В. Зейгарник, В.В. Николаевой, В.В. Лебединского. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 183 с.
15. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - СПб., 1998.
16. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1/А.С.Тиганов., Р 84 А.В.Снежневский, Д.Д.Орловская и др.; Под ред. А.С.Тиганова. — М.: Медицина, 1999.

17. Снегирёва К. Л. В. М. Бехтерев: видение непрерывного образования глазами учёного конца XIX - начала XX века // Известия ВГПУ. 2016. №5 (109). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/v-m-behterev-videnie-nepreryvnogo-obrazovaniya-glazami-uchyonogo-kontsa-xix-nachala-xx-veka> (дата обращения: 17.11.2021).
18. Тхостов А. Ш., Сурнов К. Г. Культура и патология: побочные эффекты социализации // Национальный психологический журнал. 2006. №1 (1). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kultura-i-patologiya-pobochnye-effekty-sotsializatsii> (дата обращения: 17.11.2021).
19. Урунтаева, Г.А. В.М. Бехтерев о воспитании в возрасте первого детства Окончание. Начало см.: Дошкольное воспитание. 2020. № 7 / Г. Урунтаева // Дошкольное воспитание. – 2020. – № 8. – С. 70-75.
20. Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика как объект системного исследования // Сибирский Психологический журнал. – 2005. – Том 22. – С. 29-37.
21. Эльконин Д.Б. Некоторые аспекты психического развития в подростковом возрасте / Д. Б. Эльконин / сост. Ю.И. Фролов // М: Российское педагогическое агентство, 1997.
22. Elkind, David. "Discrimination, seriation, and numeration of size and dimensional differences in young children: Piaget replication study VI." *The Journal of genetic psychology* 104.2 (1964): 275-296.
23. Resch F. et al. (ed.). *OPD-CA-2 Operationalized Psychodynamic Diagnosis in Childhood and Adolescence: Theoretical Basis and User Manual*. – Hogrefe Publishing, 2017. 333 p.
24. Schmeck K. et al. Früherkennung von Persönlichkeitsstörungen //PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie. – 2018. – Т. 22. – №. 3. – Pp. 179-185.
25. Schmeck K. et al. The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders //Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. – 2013. – Т. 7. – №. 1. – Pp. 1-11.
26. Sommers-Flanagan, John, and Rita Sommers-Flanagan. *Clinical interviewing: 2012-2013 update*. John Wiley & Sons, 2012.
27. Spores, J. M. (2012). *Clinician's guide to psychological assessment and testing: With forms and templates for effective practice*. Springer Publishing Company. Pp 319-344.
28. Zvereva M., Voronova S., The experience of adaptation and using of adult diagnostic tools on the adolescent sample // XVI EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHOLOGY (ECP 2019), Moscow, 02–05 July 2019.
29. Zvereva N., Zvereva M., Koval-Zaitsev A., Goriatcheva T. Self-portrait" and other graphic tests in psychological diagnosis of children and adolescents with developmental disorders// XVI EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHOLOGY (ECP 2019), Moscow, 02–05 July 2019.

Польская Н.А., Якубовская Д.К.
ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ УЯЗВИМОСТИ К
МЕЖЛИЧНОСТНОМУ ОТВЕРЖЕНИЮ

Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 20-013-00429.

Аннотация. В обзоре рассматриваются личностные факторы уязвимости к межличностному отвержению – чувствительность к отвержению (J. Downey, S.I. Feldman) и межличностная чувствительность (P. Boose, G. Parker). Описывается вклад этих факторов в психопатологическую симптоматику. Представлены методики, разработанные для их оценки, которые могут быть использованы в клиничко-психологических исследованиях.

Ключевые слова: межличностное отвержение, чувствительность к отвержению, межличностная чувствительность, психодиагностические методики, факторы риска психического здоровья

Чувство принадлежности – единения, принятия, близости с другими людьми – относится к фундаментальным потребностям человека, и играет важную роль в формировании и поддержании безопасных и стабильных отношений [8]. Социальные связи, усиливающие чувство принадлежности, связаны со снижением суицидального риска [8], тогда как его отсутствие суицидальную мотивацию повышает [31]. Чувство принадлежности может нарушаться из-за социальных и межличностных стрессоров (напр., буллинг, остракизм, отвержение со стороны семьи, сверстников или любимого человека, критика, пренебрежение, жестокое обращение, стигматизация и др.), когда на первое место выходит переживание межличностных ситуаций как отвергающих [34; 39; 47]. Межличностное отвержение является существенным фактором риска нарушений психического здоровья.

Одной из моделей, объясняющей психологические механизмы межличностного отвержения, является модель чувствительности к отвержению [19], разработанная в рамках социальной психологии и впоследствии расширенная в направлении других психологических отраслей, включая клиническую психологию. В ряде исследований высокую чувствительность к отвержению связывают депрессией, тревогой, одиночеством, пограничным расстройством личности, телесным дисморфическим расстройством [24]. Проблема межличностного отвержения затрагивается в клинических моделях межличностной чувствительности [14] и психологического дистресса

[18].

В данной статье на основе указанных моделей будут рассмотрены методики оценки чувствительности к отвержению и межличностной чувствительности, а также приведены результаты исследований с использованием этих методик.

Чувствительность к отвержению

Под чувствительностью к отвержению (ЧкО) подразумевается когнитивно-аффективная диспозиция, которая характеризуется как тревожное ожидание отвержения в ситуациях межличностного взаимодействия [2; 19]. Люди с высоким уровнем ЧкО более восприимчивы даже к самым незначительным признакам социального неприятия, а неоднозначные сигналы от других воспринимаются и интерпретируются ими как негативные [42]. Подобные интерпретации сопровождаются реакциями тревоги или гнева, что уменьшает шансы получения поддержки от других, а вероятность переживания межличностного отвержения усиливается [20].

Люди, имеющие высокую чувствительность к отвержению, часто отказываются в плену самоисполняющегося пророчества, когда чрезмерное ожидание отвержения и тревожная бдительность в межличностных отношениях приводят к фактическому отвержению [21]. При ожидании отвержения может преобладать гнев или тревога. Преобладание гнева предсказывает агрессивное поведение и чувство виктимизации [11], а преобладание тревоги – социальную тревогу, одиночество и депрессию [51].

К этиологическим механизмам формирования ЧкО относят переживание отвержения в детском, подростковом и юношеском возрасте [2; 22; 46]. Эмпирически подтверждено, что семейный конфликт или жестокость со стороны матери выступают прогностическими факторами ЧкО [21]. Этиологическую основу развития ЧкО составляет ненадежная привязанность, которая способствует дисфункциональной регуляции стресса и эмоций и повышает уязвимость к переживанию социальной боли [26; 23]. В исследованиях, выполненных на клинических выборках подросткового и юношеского возраста, обнаружен высокий уровень ЧкО при расстройствах пищевого поведения [10], дисморфофобии [32], пограничном расстройстве личности [45], депрессии [16].

Однако, не для всех молодых людей высокая ЧкО сопряжена с негативными последствиями для психического здоровья. Наличие друзей [12], родительская поддержка [48] и способность к саморегуляции [4] смягчают связь между ЧкО и психопатологией.

Психические расстройства сами по себе могут быть источником большей уязвимости в социальных ситуациях и усиления ЧкО. Поэтому

ЧкО (как когнитивно-аффективная установка на восприятие и интерпретацию сигналов межличностного отвержения) требует изучения и оценки в двух аспектах: как личностная уязвимость к нарушениям психического здоровья, и как характеристика, которая может быть выражена у пациентов с психиатрическим диагнозом, вынужденных адаптироваться в стигматизирующей социальной среде.

Методики оценки чувствительности к отвержению у взрослых и детей

Одной из наиболее ранних методик оценки ЧкО является **опросник чувствительности к отвержению – Rejection Sensitivity Questionnaire (RSQ)**, разработанный J. Downey и Feldman в 1996 г. на основе открытых интервью с 20 студентами [19]. Этим студентам были представлены 30 межличностных ситуаций, созданные другой группой студентов. Нужно было подробно описать, что, по их мнению, произойдет, и что они почувствовали бы в каждой из предложенных ситуаций. Примеры эти были выбраны авторами таким образом, чтобы охватить широкий спектр межличностных ситуаций, в которых возможно отвержение, и с которыми нередко сталкиваются молодые люди. Это разные варианты взаимодействия с родителями, романтическими партнерами, друзьями, незнакомцами. Примеры ситуаций: «Вы просите друга оказать вам большую услугу»; «Вы просите у родителей дополнительные деньги для оплаты проживания»; «Вы просите друга поехать с вами в отпуск во время весенних каникул» и др.

Итоговая версия опросника включает 18 ситуаций и по каждой из них предлагается дать оценку по двум параметрам: (а) один параметр отражает степень тревоги и волнения по поводу возможного ответа на просьбу; (б) другой – связан с оценкой ожидания принятия или отвержения в каждой из ситуаций. На основе ответов вычисляется общий показатель чувствительности к отвержению.

Данная методика была валидизирована на популяции преимущественно юношеского возраста – студентов колледжей и университетов – и содержала описание ситуаций, характерных для студенческой жизни, поэтому позже опросник был адаптирован как для более зрелых респондентов, так и для детей и подростков.

Опросник чувствительности к отвержению для взрослых – Rejection Sensitivity RS-Adult questionnaire (A-RSQ) – включает в себя 9 ситуаций и имеет аналогичную RSQ структуру [9]. Это опросник был создан путем пересмотра ситуаций из исходной версии опросника чувствительности к отвержению – RSQ, с введением более общих формулировок, дополнительных пунктов о потенциальных ситуациях отвержения в жизни взрослых и исключением пунктов, типичных для

обучающихся в колледже студентов. Опросник для взрослых показал высокую корреляцию ($r=0,87$) с исходным RSQ, а также с нейротизмом, социальным избеганием, нарушениями привязанности (тревогой и избеганием), межличностной чувствительностью и депрессией. ЧкО по данному опроснику оказалась более выражена у взрослых с пограничным и/или избегающим расстройством личности [9].

В 2014 г. была предложена двухфакторная модель, где помимо общего показателя чувствительности к отвержению, были выделены шкалы «Тревога отвержения» и «Ожидание отвержения», однако, как отмечают авторы статьи, данная модель требует дальнейшей проверки [29].

Опросник чувствительности к отвержению для детей – Children’s Rejection Sensitivity Questionnaire (CRSQ) был разработан для оценки реакций детей на социальное отвержение [20]. CRSQ оценивает три различных, но взаимосвязанных компонента чувствительности к отвержению: (1) ожидание отказа с тревогой или гневом; (2) готовность принять отказ; (3) склонность остро реагировать на воспринимаемое отвержение [20].

Опросник состоит из двух частей. Первая часть включает в себя 12 ситуаций возможного отвержения, связанного с взаимодействием с учителями и сверстниками. В каждой ситуации оценивается: (1) уровень тревожного ожидания отвержения (от «не буду нервничать» до «буду очень сильно нервничать»); (2) уровень агрессивного ожидания отвержения (от «не буду злиться» до «буду очень злиться») и (3) ожидание принятия/отвержения (от «да (ожидаю принятия)» до «нет (ожидаю отвержение)»). Для тревожного и агрессивного аспектов ЧкО подсчитывается общий бал с помощью определения среднего значения. Существует сокращенная версия опросника, состоящая из 6 ситуаций.

Вторая часть опросника состоит из двух ситуаций отвержения (учителем и сверстником), где отвергающее поведение может быть интерпретировано как намеренное, так и случайное. К каждой ситуации предлагаются варианты возможной реакции на ситуацию (15 утверждений в ситуации отвержения учителем и 16 – при отвержении сверстником). Респондентам предлагается оценить, насколько предложенные варианты соответствовали бы их реакции на данную ситуацию. На основе ответов подсчитывается средний бал агрессивной реакции на отвержение и переживания неприязни со стороны окружающих.

Авторы опросника отмечают, что чувствительность к отвержению у детей предсказывает трудности со сверстниками и учителями в будущем. Этот вывод основывался, в частности, на отчетах учителей, анализе школьных записей и собственных отчетов детей. Со временем

дети, чувствительные к отвержению, демонстрируют повышенный уровень деструктивного, оппозиционного, конфликтного поведения и дезинтеграции [20].

M.J. Zimmer-Gembeck с коллегами предложили свой вариант оценки чувствительности к отвержению для детей и подростков, представляющий собой метод социометрии, сфокусированный на внешней оценке признаков ЧкО – это **мера групповой оценки сверстниками – Peer Nomination Measure of Rejection Sensitivity** [52]. Групповая оценка проводилась по 6 пунктам, сформулированных таким образом, чтобы оценить доступные наблюдению признаки высокой ЧкО по параметрам тревожности перед отвержением, ожидания отвержения и чрезмерной реакции в случае его наступления. Например: «Кто беспокоится о том, что будет исключен из группы или совместной деятельности?», «Кто злится, если думает, что остальные не любят или не принимают его?». Учеников просили ответить на каждый вопрос, указав до трех имен своих одноклассников. На выборке детей от 10 до 14 лет авторы обнаружили корреляции результатов с одиночеством, депрессивными симптомами и уровнем ЧкО, полученным по опроснику ЧкО для детей [52].

Чувствительность к отвержению из-за внешности и веса

На основе понятия ЧкО были разработаны представления о чувствительности к отвержению из-за внешности – тревожного ожидания отвержения на основании внешнего вида [43]. Как отмечает L. Park, самооценка внешности отражает наши представления о том, насколько мы привлекательны в глазах других людей [43]. Эта самооценка субъективна и опирается на внутренние убеждения и установки в отношении своего внешнего вида, которые, в свою очередь, сформированы опытом межличностных отношений, включая наиболее ранний опыт отвержения матерью.

Субъективная убежденность в собственной непривлекательности усиливает бдительность к возможным знакам отвержения, что приводит к усилению неудовлетворенности телом [17] и социальной тревожности [13]. Эмпирически показано, что ЧкО из-за внешности предсказывает стремление сделать пластическую операцию, при этом ЧкО из-за внешности коррелирует с количеством припоминаемых негативных комментариев о внешности, авторы которых – как сам респондент, так и его близкие (особенно сильно это проявилось у женщин) [44].

Для оценки выраженности ЧкО из-за внешности Лора Парк разработала однофакторную шкалу [43], переведенную и адаптированную на русский язык в 2020 г. [Разваляева, Польская, 2020].

Шкала «Чувствительность к отвержению из-за внешности» – Appearance-Based Rejection Sensitivity (Appearance-RS) включает

описание 15-ти ситуаций, в которых может возникнуть тревога относительно различных аспектов внешности (вес, рост, форма тела). Каждая ситуация оценивается по 6-балльной шкале по двум параметрам – сила беспокойства по поводу возможности возникновения такой ситуации и ожидание отвержения. На основании ответов подсчитывается общий балл ЧкО из-за внешности [4].

При адаптации данной шкалы были выявлены статистически значимые связи между ЧкО из-за внешности с нарушениями пищевого поведения, тревожным стилем привязанности, негативными эмоциями, переживаемыми при сравнении себя с другими. На основе анализа регрессионных моделей было выявлено, что беспокойство в близких отношениях и сниженная самооценка являются предикторами ЧкО из-за внешности; тогда как ЧкО из-за внешности, наряду со сниженной самооценкой и трудностями в близких отношениях выступили предикторами нарушений пищевого поведения [4].

В одном из наших исследований онлайн-сообществ по тематике пищевого поведения было обнаружено, что у девушек, использующих ограничительные способы контроля веса, ЧкО из-за внешности оказалась более выражена, чем у тех, кто использует очистительные способы контроля веса, а в качестве предикторов ЧкО из-за внешности были определены нарушения эмоциональной регуляции – подавление эмоций, руминация и избегание [1]. Также ЧкО из-за внешности тесно связана с эксплицитными сравнениями, что согласуется с общей теоретической моделью ЧкО как высокой готовности к обнаружению сигналов социального отвержения [5].

Близкой данной шкале является **шкала чувствительности к отвержению из-за веса – Weight-Based Rejection Sensitivity Scale (W-RS)** [38]. Авторы этой шкалы объединили представления о ЧкО с теориями социальной стигмы, чтобы, как они пишут, прояснить последствия повседневного опыта стигматизации из-за веса [38, р. 79]. Они исходили из предположения, что люди с повышенной чувствительностью к отвержению из-за веса подвергаются дополнительному риску ухудшения психологического и физического благополучия. Избыточный вес и ожирение нередко становятся поводом для насмешек, отвержения в романтических отношениях, негативного отношения членов семьи и друзей, а также причиной для плохого обслуживания в местах общественного пользования и дискриминации при приеме на работу [цит. по 39].

По мнению авторов методики, чувствительности к отвержению из-за веса (W-RS) проявляется в ситуациях, связанных со стереотипами, когда люди с избыточным весом с большей вероятностью могут почувствовать угрозу идентичности [15; 38]. Поскольку

чувствительность к отвержению развивается из предыдущего опыта отвержения, а отвержение из-за веса является обычным явлением для людей с избыточным весом, чувствительность к отвержению, основанная на весе, может быть весьма распространенной.

Шкала W-RS содержит 16 пунктов, в которых описываются ситуации (сценарии), основанные на (1) стереотипах, связанных с избыточным весом, и (2) переживании отвержения, с которым сталкиваются люди с избыточным весом. Респонденту предлагается дать оценку по каждой ситуации в зависимости от того, ожидали бы они в этой ситуации отказа и насколько они обеспокоены этим. Например: «Представьте, что вы на работе, и кто-то приносит в офис коробку с пончиками. Когда вы наклоняетесь взять один, ваш коллега проходит мимо и комментирует количество калорий в пончике». К каждой ситуации задается два вопроса: один оценивает тревогу по поводу потенциального отвержения, другой – ожидание отвержения в этой ситуации. Эти вопросы адаптированы под каждую из ситуаций. Например, по пункту, описанному выше, участники отвечают на вопросы: (а) «Насколько вы обеспокоены тем, что ваш коллега прокомментировал это специально из-за вашего веса?» и (б) «Я ожидал, что мой коллега сделает этот комментарий специально для меня». Ответы варьируются, как и во всех шкалах данного типа (от «совсем не беспокоит» до «очень беспокоит» для вопросов, связанных с переживанием тревоги; и от «очень маловероятно» до «очень вероятно» для вопросов, связанных с ожиданием отвержения). На основании полученных ответов вычисляется показатель чувствительности к отвержению из-за веса.

Авторы обнаружили значимые корреляции между W-RS и низкой самооценкой, стигмой из-за веса, всеми показателями внешнего вида и проблем с телом (чувствительностью к отвержению из-за внешности, самооценкой на основе внешнего вида, неудовлетворенностью телом, наблюдением за телом и телесным стыдом). При сравнении шкал ЧкО из-за внешности и W-RS авторы пришли к выводу, что данные шкалы различны не только теоретически, но и эмпирически [38].

ЧкО из-за веса может иметь особую значимость при обсуждении связи между социальной тревожностью и компульсивным перееданием. Так, с одной стороны, высококалорийные объемные приемы пищи ассоциированы с ростом индекса массы тела, а с другой – вследствие общественной стигмы большого веса, переживания о собственном весе и возможном отвержении по этому признаку с большей вероятностью приводят к продолжению подобного поведения [49].

Межличностная чувствительность

Другой моделью для оценки личностной уязвимости к

межличностному отвержению может выступать модель межличностной чувствительности. Межличностная чувствительность характеризуется чрезмерной восприимчивостью к поведению и чувствам окружающих и постоянным беспокойством о том, что их могут негативно оценить окружающие [14]. При высокой межличностной чувствительности люди часто неправильно понимают поведение окружающих, они более склонны воспринимать социальные сигналы как угрожающие, что приводит к избегающему поведению, сдержанности и покорности в межличностных взаимодействиях, неудовлетворенности социальных потребностей [7; 35].

Понятие межличностной чувствительности имеет разные трактовки в социальной и клинической психологии. В социальной психологии межличностная чувствительность – это чуткость к реакциям других людей и успешность в распознавании социальных сигналов [3], тогда как в клинической психологии – это повышенная уязвимость в межличностных отношениях, один из показателей психологического дистресса [18], уязвимость к социальному неодобрению [14].

На студенческих выборках были получены корреляции межличностной чувствительности с низкой социальной и академической самооценкой, сниженной успеваемостью [37], чрезмерным использованием интернета [30] и социальных сетей [22]. Эмпирически подтверждено, что межличностная чувствительность оказывает значительное влияние на зависимость от смартфонов [33]. Как отмечают авторы этого исследования, люди, высокочувствительные к межличностным отношениям, склонны уделять пристальное внимание эмоциональным изменениям, комментариям и действиям окружающих их людей; неудовлетворенность своей реальной социальной жизнью они компенсируют, используя различные приложения социальных сетей на смартфонах [33].

На клинических выборках была обнаружена связь межличностной чувствительности и продуктивных психотических симптомов [41], в том числе в подростковом возрасте [36]. Межличностную чувствительность рассматривают как фактор риска депрессии [40], социального тревожного расстройства [28], булимии [27], она играет роль медиатора связи буллинга со стороны сверстников и суицидальных мыслей [50].

Относительно ЧкО понятие межличностной чувствительности шире, т.к. здесь речь идет не только об ожидаемом межличностном отвержении, но о высокой уязвимости к любым формам межличностного взаимодействия, это межличностный конструкт, объединяющий разные характеристики личности [3; 14]. Эти

личностные характеристики были операционализированы в **опроснике межличностной чувствительности – The Interpersonal Sensitivity Measure (IPSM)**, разработанном австралийскими психиатрами Филипом Бойсом и Гордоном Паркером в 1989 г. Валидизация опросника проводилась авторами на клинической и неклинической выборках. В оригинальную версию этого опросника вошли 36 пунктов, на основе которых было выделено пять шкал: робость, сепарационная тревога, межличностная восприимчивость, потребность в одобрении, хрупкость Я [14].

При проведении адаптации опросника на русский язык оригинальная пятифакторная структура не подтвердилась, поэтому было выбрано трехфакторное решение, с выделением шкал – зависимость от оценок окружающих, страх отвержения, беспокойство в межличностных отношениях, а также общей шкалы межличностной чувствительности [3]. Опросник показал значимые связи со страхом отвержения, эмоциональной нестабильностью, одиночеством, тревогой, руминацией и трудностями ментализации [3].

Заключение

Завершая данный обзор, отметим, что рассмотренные методики могут быть полезны в решении научных и практических задач клинико-психологической диагностики. Они позволяют исследовать не только личностные предпосылки нарушений психического здоровья вследствие неудовлетворенности потребности в принадлежности и уязвимости к межличностному отвержению, но и нарушения социальной адаптации из-за стигматизирующих (самостигматизирующих) последствий психиатрического диагноза и социальных ограничений, с этим связанными.

Литература

1. Польская Н.А. Чувствительность к отвержению из-за внешности у участниц онлайн-сообществ по похудению // Бехтерев и современная психология личности: сборник статей VI Всероссийской научно-практической конференции. 2–4 октября 2020 г. Казань: НОУ ДПО «Центр социально-гуманитарного образования», 2020. С. 89–92.
2. Польская Н.А., Цейтлина М.Д., Якубовская Д.К. Чувствительность к отвержению и психическое здоровье // Вопросы психологии. 2020. Т. 66. № 5. С. 119–129.
3. Разваляева А.Ю., Польская Н.А. Психометрические свойства русскоязычной трехфакторной версии опросника межличностной чувствительности // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 4 (в печати).
4. Разваляева А.Ю., Польская Н.А. Русскоязычная адаптация методик «Чувствительность к отвержению из-за внешности» и «Страх негативной оценки внешности» // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 4. С. 118–143.

5. Якубовская Д.К. Чувствительность к отвержению из-за внешности среди девушек: связи с возрастом, нарушениями образа тела и пищевого поведения // *Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2021»* / Отв. ред. И.А. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, Е.И. Зимакова. [Электронный ресурс]. М.: МАКС Пресс, 2021. URL: https://lomonosovmsu.ru/archive/Lomonosov_2021/data/22328/127063_uid56637_8_report.pdf (дата обращения: 04.10.2021).
6. Ayduk O., Mendoza-Denton, R., Mischel, W., et al. Regulating the interpersonal self: strategic self-regulation for coping with rejection sensitivity // *Journal of personality and social psychology*. 2000. Vol. 79 (5). P. 776–792.
7. Babadi-Akashé Z., Zamani B.E., Abedini Y., et al. The relationship between mental health and addiction to mobile phones among university students of Shahrekord, Iran // *Addiction & health*. 2014. Vol. 6 (3–4). P. 93–99.
8. Baumeister R.F., Leary M.R. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation // *Psychological Bulletin*. 1995. Vol. 117 (3). P. 497–529.
9. Berenson K. R., Gyurak A., Ayduk O., et al. Rejection sensitivity and disruption of attention by social threat cues // *Journal of Research in Personality*. 2009. Vol. 43. P. 1064–1072.
10. Bondü R., Bilgin A., Warschburger P. Justice sensitivity and rejection sensitivity as predictors and outcomes of eating disorder pathology: A 5-year longitudinal study // *International Journal of Eating Disorders*. 2020. Vol. 53 (6). P. 926–936.
11. Bondü R., Krahe B. Links of justice and rejection sensitivity with aggression in childhood and adolescence // *Aggressive behavior*. 2015. Vol. 41 (4). P. 353–368.
12. Bowker J.C., Thomas K.K., Norman K.E., et al. Mutual best friendship involvement, best friends' rejection sensitivity, and psychological maladaptation // *Journal of youth and adolescence*. 2011. P. 40 (5). P. 545–555.
13. Bowker J.C., Thomas K.K., Spencer S.V., et al. Examining appearance-based rejection sensitivity during early adolescence // *Journal of Research on Adolescence*. 2013. Vol. 23 (2). P. 375–388.
14. Boyce P., Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1989. Vol. 23 (3). P. 341–351.
15. Carels R.A., Burmeister J., Oehlhof M.W., et al. Internalized weight bias: ratings of the self, normal weight, and obese individuals and psychological maladjustment // *Journal of behavioral medicine*. 2013. Vol. 36 (1). P. 86–94.
16. De Rubeis J., Lugo R.G., Witthöft M., et al. Rejection sensitivity as a vulnerability marker for depressive symptom deterioration in men [Электронный ресурс] // *PloS One*. 2017. Vol. 12 (10). e0185802. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0185802> (дата обращения: 04.10.2021).
17. Densham K., Webb H.J., Zimmer-Gembeck M.J., et al. Early adolescents' body dysmorphic symptoms as compensatory responses to parental appearance messages and appearance-based rejection sensitivity // *Body Image*. 2017. Vol. 23. P. 162–170.

18. Derogatis L.R., Yevzeroff H., Wittelsberger B. Social class, psychological disorder, and the nature of the psychopathologic indicator // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1975. Vol. 43 (2). P. 183–191.
19. Downey G., Feldman S.I. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996. Vol. 70. P. 1327–1343.
20. Downey G., Lebolt A., Rincón C., et al. Rejection Sensitivity and Children's Interpersonal Difficulties // *Child Development*. 1998. Vol. 69 (4). P. 1074–1091.
21. Downey G., Mougios V., Ayduk O., et al. Rejection sensitivity and the defensive motivational system: Insights from the startle response to rejection cues // *Psychological Science*. 2004. V. 15 (10). P. 668–673.
22. Eraslan-Capan B. Interpersonal Sensitivity and Problematic Facebook Use in Turkish University Students // *The Anthropologist*. 2015. Vol. 21 (3). P. 395–403.
23. Erozkhan A. The childhood trauma and late adolescent rejection sensitivity // *Anthropologist*. 2015. Vol. 19. P. 413–422.
24. Gao S., Assink M., Cipriani A. et al. Associations between rejection sensitivity and mental health outcomes: A meta-analytic review // *Clinical Psychology Review*. 2017. Vol. 57. P. 59–74.
25. Godleski S.A., Eiden R.D., Kachadourian L., et al. Etiological pathways to rejection sensitivity in a high-risk sample // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2019. Vol. 45. P. 715–727.
26. Griffin D.W., Barholomew K. Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994. Vol. 67. P. 430–445.
27. Hamann D.M., Wonderlich-Tierney A.L., Vander Wal J.S. Interpersonal sensitivity predicts bulimic symptomatology cross-sectionally and longitudinally // *Eating Behaviors*. 2009. Vol. 10 (2). P. 125–127.
28. Harb G.C., Heimberg R.G., Fresco D.M., et al. The psychometric properties of the Interpersonal Sensitivity Measure in social anxiety disorder // *Behaviour Research and Therapy*. 2002. Vol. 40 (8). P. 961–979.
29. Innamorati M., Balsamo M., Fairfield B., et al. Construct validity and reliability of the adult rejection sensitivity questionnaire: a comparison of three factor models [Электронный ресурс] // *Depression Research and Treatment*. 2014. URL: <https://www.hindawi.com/journals/drt/2014/972424/> (дата обращения: 04.10.2021).
30. Jadidi M., Sharifi M. Comparison of impulsivity and interpersonal sensitivity in adolescents with internet addiction and normal adolescents // *Journal of Psychology New Ideas*. 2018. Vol. 2 (6). P. 1–15.
31. Joiner T.E., Van Orden K.A., Witte T.K., et al. The interpersonal theory of suicide. Guidance for working with suicidal clients. American Psychological Association, 2009.
32. Kelly M.M., Didie E.R., Phillips K.A. Personal and appearance-based rejection sensitivity in body dysmorphic disorder // *Body image*. 2014. V. 11 (3). P. 260–265.

33. Lin L., Wang X., Li Q., et al. The Influence of Interpersonal Sensitivity on Smartphone Addiction: A Moderated Mediation Model [Электронный ресурс] // *Frontiers in psychology*. 2021. Vol. 12. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.670223/full> (дата обращения: 04.10.2021).
34. MacDonald G., Jensen-Campell L.A. *Social Pain. Neuropsychological and Health Implications of Loss and Exclusion*. American Psychological Association, 2011.
35. Marin T. J., Miller G. E. The interpersonally sensitive disposition and health: An integrative review // *Psychological bulletin*. 2013. Vol. 139 (5). P. 941–984.
36. Masillo A., Valmaggia L.R., Saba R., et al. Interpersonal sensitivity, bullying victimization and paranoid ideation among help-seeking adolescents and young adults // *Early Intervention in Psychiatry*. 2019. Vol. 13. P. 57–63.
37. McCabe R.E., Blankstein K.R., Mills J.S. Interpersonal Sensitivity and Social Problem-Solving: Relations with Academic and Social Self-Esteem, Depressive Symptoms, and Academic Performance // *Cognitive Therapy and Research*. 1999. Vol. 23. P. 587–604.
38. McClure B., Kimberly J., Quinn D.M. Weight-based rejection sensitivity: Scale development and implications for well-being // *Body Image*. 2016. Vol. 16. P. 79–92.
39. McDougall P., Hymel S., Vaillancourt T., et al. The consequences of childhood peer rejection // *Interpersonal rejection* / M.R. Leary (eds.). Oxford University Press, 2001. P. 213–247.
40. Mogi T., Yoshino A. The multiple diagnoses of comorbid anxiety disorders and higher interpersonal sensitivity predict treatment-resistant depression // *Asian Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 26. P. 131–135.
41. Mushtaq A., Fatima B., Ali F. et al. Interpersonal Sensitivity in Youth for the At-Risk Mental State for Psychosis in Karachi, Pakistan // *Peshawar Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 2017. Vol. 3 (2). P. 123–134.
42. Nacak Y., Morawa E., Erim Y. High Rejection Sensitivity in Patients with Somatoform Pain Disorder [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychiatry*. 2021. Vol. 12. 602981. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.602981/full> (дата обращения: 04.10.2021).
43. Park L.E. Appearance-based rejection sensitivity: Implications for mental and physical health, affect, and motivation // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007. Vol. 33 (4). P. 490–504.
44. Park L.E., Calogero R.M., Harwin M.J., et al. Predicting interest in cosmetic surgery: Interactive effects of appearance-based rejection sensitivity and negative appearance comments // *Body Image*. 2009. Vol. 6 (3). P. 186–193.
45. Poggi A., Richetin J., Preti E. Trust and rejection sensitivity in personality disorders // *Current Psychiatry Reports*. 2019. V. 21 (8). P. 1–9.
46. Rosenbach C., Renneberg B. Rejection, excluded, ignored: the perception of social rejection and mental disorders - a review // *Verhaltenstherapie*. 2011. Vol. 21. P. 87–97.

47. Smart R.L., Leary M. R. Reactions to discrimination, stigmatization, ostracism, and other forms of interpersonal rejection: a multimotive model // *Psychological review*. 2009. Vol. 116 (2). P. 365–383.
48. Thomas K.K., Bowker J.C. Rejection sensitivity and adjustment during adolescence: Do friendship self-silencing and parent support matter? // *Journal of Child and Family Studies*. 2015. Vol. 24 (3). P. 608–616.
49. Vartanian L. R., Porter A. M. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature // *Appetite*. 2016. Vol. 102. P. 3–14.
50. Williams C. A., Doorley J. D., Esposito-Smythers C. Interpersonal rejection sensitivity mediates the associations between peer victimization and two high-risk outcomes // *Clinical child psychology and psychiatry*. 2017. Vol. 22 (4). P. 649–663.
51. Zimmer-Gembeck M. J., Nesdale D., Webb H. J., et al. A longitudinal rejection sensitivity model of depression and aggression: Unique roles of anxiety, anger, blame, withdrawal and retribution // *Journal of abnormal child psychology*. 2016. Vol. 44 (7). P. 1291–1307.
52. Zimmer-Gembeck M. J., Trevaskis S., Nesdale D., et al. Relational Victimization, Loneliness and Depressive Symptoms: Indirect Associations Via Self and Peer Reports of Rejection Sensitivity // *Journal of Youth and Adolescence*. 2013. Vol. 43 (4). P. 568–582.

Сергиенко А.А.

**ТЕСТ НА ОЦЕНКУ АСИММЕТРИИ ПРОИЗВОЛЬНОГО
ЗРИТЕЛЬНОГО ВНИМАНИЯ:
МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДИКИ НИКОЛАЕНКО Н.Н.,
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, НОРМАТИВНЫЕ ДАННЫЕ**

Аннотация: Описана модификация методики Николаенко Н.Н. «Тест на асимметрию произвольного зрительного внимания». Введены новые диагностические критерии. Приводятся нормативные данные, собранные на нормотипичных детях 7- 9 лет и взрослой выборке (20 – 45 лет). Рассмотрен опыт применения методики в группе детей с нарушениями развития различного генеза. Оценку асимметрии зрительного внимания рекомендуется осуществлять в ходе клинико-психологической диагностики детей и подростков, поскольку это позволяет выявить аномальную латерализацию функций при различных нарушениях развития и особенности нарушения формирования функциональных систем произвольного внимания при различных видах эндогенной патологии. Методика может применяться для определения детей группы риска, детей с трудностями обучения среди детей «относительной нормы».

Ключевые слова: асимметрия зрительного внимания, нейропсихологическая диагностика, латерализация функций, нейрокогнитивный дизонтогенез, эндогенная патология, дети с

трудностями обучения.

История и источники методики, направленность. Оценка асимметрии зрительного внимания рекомендуется в клинико-психологической диагностике детей и подростков исходя из ряда причин. Во-первых, она позволяет выявить аномальную латерализацию функций при различных нарушениях развития (Stroganova T. et al., 2007; Oades R., 1998 и др.); во-вторых, диагностика нарушения формирования функциональных систем произвольного внимания при различных видах эндогенной патологии является чрезвычайно важной в плане дифференциальной диагностики в клинике детской и подростковой шизофрении, РДА (раннего детского аутизма), шизотипических расстройств личности [1,3,4,5, 6,7,10,11].

Этим критериям отвечает модифицированная методика Николаенко Н.Н. [2,8,9], направленная на исследование асимметрии зрительного произвольного внимания. Методика по своему содержанию схожа с методикой, предложенной Wilson et al. в 1987 году, для оценки выраженности зрительно-пространственного игнорирования вследствие локальных поражений головного мозга. В методике-прототипе Wilson перед испытуемым кладется горизонтально ориентированный лист бумаги А4, на котором в псевдослучайном порядке изображены 56 целевых стимулов – маленьких звездочек – среди 72 дистракторов (больших звездочек и букв). 27 целевых стимулов лежат справа от средней линии листа, 27 – слева. Испытуемого просят вычеркнуть (или обвести) карандашом все маленькие звездочки на листе за неограниченное время. В модифицированном Николаенко Н.Н. варианте методики вместо разнородных дистракторов предлагаются дистракторы одного рода (буквы латинского алфавита), а время проведения методики ограничивается одной минутой [4,9].

Возрастной диапазон применения – от 5 лет. Ограничения – если испытуемый плохо различает буквы, в связи с нарушением зрения проба не применяется.

Стимульный материал: три карточки (пример см. Рис.2), каждая из которых представляет собой очерченный на половине листа А4 прямоугольник 10×12 см, в котором, среди 157 дистракторов (букв латинского алфавита) с каждой стороны, симметрично относительно средней линии прямоугольника, разбросаны по 30 стимулов (буква А латинского алфавита). Размер букв – 3 мм (12 pt заглавные).

Оборудование: 3 таблицы, секундомер, генератор дополнительных таблиц (программа комп. [12]).

Разъяснения и подготовка (детский вариант). Испытуемому дают

посмотреть на одну из карточек и спрашивают: «Тебе хорошо видны буквы?» При положительном ответе показывают букву «А» и спрашивают: «Какая это буква?» При правильном ответе начинают выполнение пробы, но с другой карточкой. Если ребенок еще не знает названий букв, пробу применять можно. В этом случае с левой стороны карточки на пустом поле карандашом рисуется буква «А» как образец – «Вот это буква А», далее следует инструкция.

Инструкция: «Тебе (Вам) нужно на листочке найти и обвести в кружок все буквы «А», как можно быстрее».

Процедура. В пробу дается одна карточка с номером 1. Две другие карточки можно использовать для исследования изменения характеристик внимания в динамике. Отведённое время поиска стимулов на карточке – 1 минута. По ходу проведения пробы экспериментатор три раза повторяет дополнительную инструкцию «ищите (ищи) буквы на всей карточке, на всем листочке». Экспериментатор фиксирует стратегию нахождения стимулов: хаотично, с лева на право – сверху вниз, или др.

Оценка. Считается, что испытуемые с функциональной слабостью левого полушария игнорируют правую часть зрительного поля. И наоборот, испытуемые с функциональной слабостью правого полушария игнорируют левую часть зрительного поля и, следовательно, зрительное внимание в игнорируемой части снижается [2,4].

Диагностические критерии. В изначальном варианте пробы Николаенко Н.Н., предполагался только подсчет найденных стимулов с левой и правой стороны, и устанавливалась разница между их числом. Такая оценка не дает возможности сравнительного анализа результатов исследования, а, также, не учитывает все получаемые данные. В нашем варианте пробы предусматривается не только анализ разницы количества найденных стимулов с левой и правой стороны стимульной карточки, но и общее количество найденных стимулов, что отражает характеристики подвижности и переключаемости зрительного внимания и темповые характеристики деятельности. Также фиксируется и анализируется стратегия нахождения стимулов [4,9]. Кроме этого, в качестве численного диагностического критерия, предлагается метод подсчета процентного соотношения разницы найденных стимулов. Предлагаются следующие диагностические критерии: 1) Общее количество найденных с обеих сторон стимулов (Х общ.) - характеризует подвижность и переключаемость зрительного произвольного внимания, темповые характеристики деятельности, степень концентрации внимания; 2) Количество стимулов, найденных с левой и с правой стороны (Х л., Х п.) – характеризует асимметрию

зрительного произвольного внимания и градиент этой асимметрии. Градиент асимметрии обозначается буквами Л и П (Л – больше стимулов слева, П – больше стимулов справа) - качественное определение асимметрии зрительного внимания; 3) Коэффициент асимметрии зрительного внимания (K_a) - модуль разницы количества найденных стимулов в процентном соотношении от общего количества найденных стимулов: $K_a = (|X_L - X_P| / X_{\text{общ.}}) \times 100$ - коэффициент асимметрии количественно определяет *степень асимметрии зрительного произвольного внимания*; 4) Коэффициент скорости (K_c), который, наряду с X общ., определяет скоростные характеристики деятельности но, в процентном отношении: $K_c = (X_{\text{общ.}} / 60) \times 100$; 5) Стратегии нахождения стимулов: хаотичная, слева направо сверху вниз, справа налево сверху вниз, сверху вниз слева направо, сверху вниз справа налево. Стратегии нахождения стимулов, с одной стороны, используются как самостоятельные диагностические критерии. С другой стороны, устойчивые стратегии нахождения стимулов сверху вниз (с лева или справа) не позволяют достоверно диагностировать асимметрию зрительного произвольного внимания и требуют, либо дополнительного повторения инструкций («Ищите стимулы на всем поле»), для смены стратегического стереотипа, либо исключения параметра коэффициента асимметрии (K_a) из анализа результатов конкретного исследования.

Валидизация методики. Теоретическая и эмпирическая валидизация методики были описаны в нашей предыдущей работе (Сергиенко А.А. 2017). «Теоретическая валидность методики подтверждается нейрофизиологическими данными — в этом отношении зрительная асимметрия и зрительное игнорирование как одна из основных характеристик, выявляемых с помощью методики асимметрии зрительного внимания (АЗВ), обусловлены строением и мозговой организацией зрительного аппарата, и его репрезентацией в головном мозге, которая, в норме, предполагает специфическую «перекрестную» латеральную активацию зон мозга. Эмпирическая валидизация получается из соотношения сходности результатов, определяемых методикой АЗВ, и других методик, из сопоставления ожидаемой связи результатов методики АЗВ с показателями других методик, определяющих те же самые характеристики» [9].

Для проведения прагматической валидизации методики, т.е. для оценки ее эффективности, действенности, практической значимости, по параметрам подвижности и переключаемости, а также концентрации произвольного внимания было проведено сопоставление данных, полученных с помощью методики АЗВ, с данными методики Шульте на одних и тех же испытуемых. Такая оценка проводилась на

нормотипичной группе из 30 человек (возрастной диапазон от 8 до 45 лет). В частности, сопоставлялись параметры Коэффициента скорости (Кс) методики АЗВ и Эффективность работы (ЭР – средние значения по времени нахождения цифр по пяти таблицам. Получен коэффициент корреляции на границе уровня значимости, отрицательная корреляция между Кс и ЭР. Это подтверждает гипотезу о сопоставимости методик по Кс и ЭР, т.е. по характеристике подвижности и переключаемости зрительного произвольного внимания, определяемых с помощью таблиц Шульте и методикой АЗВ.

Для валидизации методики по параметру асимметрии зрительного внимания также использовалось сопоставление данных, полученных с помощью теста АЗВ, и специально разработанной таблицей «Шульте». Известно [4], что одним из результатов, получаемых во время поредения методики таблицы Шульте, являются данные о тенденции игнорирования цифр с одной из сторон (испытуемый дольше ищет цифры со стороны где зрительное восприятие и зрительное внимание ослаблены). В целях подтверждения адекватности заявленному параметру, а именно, степени асимметрии зрительного произвольного внимания, выявляемому методикой АЗВ, данные Ка сравнивались с результатами по среднему времени нахождения цифр с левой и с правой стороны таблицы Шульте. Определялось время нахождения каждой из 25 цифр. Получен коэффициент корреляции на уровне достоверной значимости.

Нормативные данные. Апробация методики на различных группах детей и взрослых показала, что методика удовлетворяет следующим условиям: простота понимания инструкции всеми группами испытуемых; высокая скорость проведения теста (1 мин); относительная простота анализа материала; методика, кроме собственно асимметрии зрительного произвольного внимания позволяет с высокой степенью точности определить характеристики подвижности, переключаемости и концентрации произвольного внимания, темповые характеристики деятельности.

В ходе проведенных исследований собраны как нормативные данные (детская и взрослая выборка), так и данные, полученные при исследовании детей с эндогенной патологией, аномальным психическим развитием, умственной отсталостью, неврологическими диагнозами (в частности ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения). Проведено пилотажное лонгитюдное исследование динамики изменения параметров Ка и Кс с возрастом и в ходе болезни и выздоровления (в частности у детей с инсультом (ОНМК)).

В таблице 1 приведены обновленные по сравнению с нашими предыдущими исследованиями [10] нормативные показатели,

проведено сравнение с показателями детей и подростков с эндогенной патологией.

Таблица 1. Нормативные показатели для нормотипичных групп детей и взрослых и усредненные данные по группе с эндогенной патологией (диагнозы F20.8, и F21).

Нормотипичная выборка	АЗВ		
Испытуемые	Ка (%)	Кс (%)	Вектор
			асимметрии % по группам
НД 7-9 лет	11	57,9	50%(Л) 26%(П)24%(ПЛ)
НД 7 лет	15	44	45%(Л) 41%(П)14%(ПЛ)
НД 8 лет	10,9	60	61%(Л) 13%(П)26%(ПЛ)
НД 9 лет	9,4	72,5	35%(Л) 38%(П)27%(ПЛ)
Взрослые	5,7	78	48%(Л) 15%(П)37%(ПЛ)
	АЗВ		
Дети с эндогенной патологией	Ка (%)	Кс (%)	вектор
F20.8 + F21	24,1	41,5	Л
F21	17,6	51,3	Л

Обозначения: Ка – показатель степени асимметрии зрительного произвольного внимания; Кс. - показатель подвижности и переключаемости произвольного внимания, концентрации внимания; Вектор – вектор асимметрии (Л – левосторонний, т.е. больше стимулов найдено с левой стороны зрительного поля. П – правосторонний, т.е. больше стимулов найдено с правой стороны зрительного поля. ПЛ – отсутствие значимой асимметрии. % по подгруппам; НД – нормотипичные дети. Дети с эндогенной патологией (F20.8 + F21)- усреднённые показатели по всей группе детей с эндогенной патологией; дети с эндогенной патологией (F21) - усреднённые показатели по группе детей с шизотипическим расстройством личности.

Группы испытуемых: 1) взрослые («относительная норма») - 140 человек, 49 мужчин 91 женщина, возраст от 20 до 45 лет; 2) Дети (относительная норма) – 90 детей, 40 мальчика и 50 девочек, средний возраст 8 лет; 3) Дети с эндогенной патологией – 65 детей и подростков, диагнозы - F20, F21, F21.x, средний возраст 11.3 г, 33 мальчика и 32 девочки (исследование эндогенных больных проводилось в 7 клиническом (детском) отделении ФГБНУ НЦПЗ).

По нормотипичной выборке из таблицы 1 видна динамика изменения Ка и Кс в зависимости от возраста. Тенденция уменьшения Ка и увеличения Кс, в целом, по всем подгруппам, тенденция к большей частоте встречаемости левостороннего вектора асимметрии (больше стимулов с находят с левой стороны), увеличение количества испытуемых с отсутствием значимой асимметрии зрительного

внимания при сохранении «левостороннего градиента». Из таблицы видно, что по Кс (подвижность, переключаемость, концентрация зрительного внимания) дети 9 лет приближаются к нормативным данным, собранным на группе взрослых (от 20 – до 45 лет).

Анализ результатов проведения теста (АЗВ) в группе детей и подростков с эндогенной патологией показал, что дети с расстройствами круга шизофрении характеризуются: 1) снижением темповых характеристик продуктивной деятельности, снижением подвижности и переключаемости зрительного внимания по сравнению с детьми относительной нормы аналогичного возраста; 2) более выраженной асимметрией зрительного произвольного внимания, в сравнении с группой относительной нормы, 3) на основании качественного анализа выявлено сочетание наиболее грубой дефицитарности познавательных функций с правосторонним вектором асимметрии зрительного внимания в группе с эндогенной патологией. Наибольшее увеличение Ка и снижение Кс относительно нормативных показателей выявлены в группе с диагнозом F20.8.

Т.о. адаптированный вариант методики АЗВ может служить одним из инструментов, помогающих в дифференциальной диагностике в группе детей с эндогенной психической патологией.

Материалы индивидуальной динамики показателей АЗВ больных детей на фоне длительного лечения и взросления, детей с УМО (умственная отсталость), динамики АЗВ у группы детей с ЗПР (задержка психического развития резидуально-органического генеза), а также индивидуальной динамики (2 ребенка) с ОНМК, представлены на диаграмме Рис. 1.

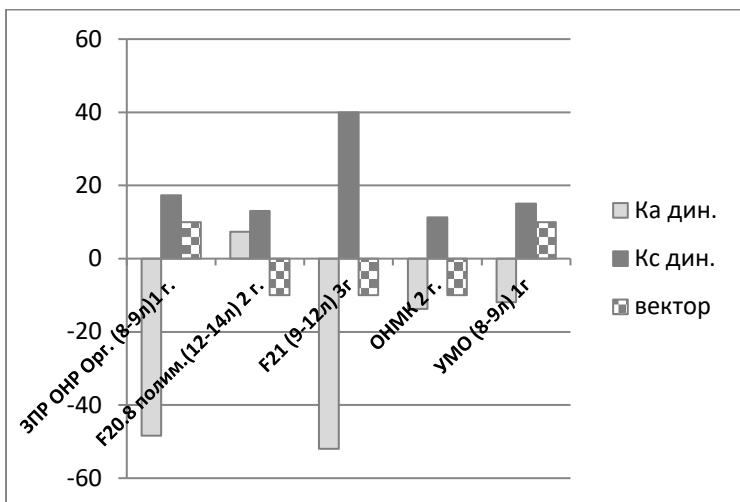


Рис. 1. Динамика АЗВ на фоне длительного лечения и взросления (1 год, 2 года). ЗПР ОНР Орг.(8-9л)1г – задержка психического развития с общим недоразвитием резидуально-органического генеза от 8 до 9 лет; F20.8 полим. - шизофрения детский тип полиморфный синдром динамика на протяжении 2х лет (от 12 до 14 лет); F21 (3г) – шизотипическое расстройство динамика на протяжении трех лет (от 9 до 12 лет); УМО (8-9л) умственная отсталость; ОНМК – нарушение мозгового кровообращения по смешанному типу 7-9 лет;

Как видно из диаграммы (Рис. 1) на фоне длительного лечения и взросления уменьшение K_a наблюдается у всех детей лечебной группы кроме ребенка с диагнозом F20.8 полиморфный синдром. Наибольшая динамика K_a (уменьшение асимметрии зрительного внимания) наблюдается у детей с ЗППР резидуально-органического генеза (от 8 до 9 лет) и у больного с шизотипическим расстройством личности (F21) на временном промежутке от 9 до 12 лет. В нормативных группах сравнения, наиболее выраженная динамика изменения асимметрии отмечена на промежутке от 7 до 8 лет (Таблица 1). Положительная динамика K_c , характеризующая увеличение характеристик подвижности и переключаемости зрительного внимания, темповых характеристик деятельности, концентрации внимания, обнаружена у всех исследуемых детей, но наибольшее изменение у ребенка с F21 и у группы нормативных детей на трехлетнем временном промежутке от 7 до 9 лет. Что касается изменения направления «вектора» зрительного внимания, характеризующего преимущественную латерализацию функции, то его изменение наблюдается только у 1 ребенка с ЗППР.

Исходя из полученных результатов качественного анализа динамики АЗВ, можно сделать вывод о достаточно высокой разрешающей способности метода, как в плане нахождения отличий внутри диагностических групп, так и в сравнении «нормативного» и аномального развития.

Резюме. Модификация методики с помощью введения новых диагностических критериев (Ка, Кс), а также её предварительная валидизация, позволяет с большей степенью достоверности определять характеристики асимметрии зрительного внимания, подвижности и переключаемости, темповые характеристики произвольной деятельности, проводить сравнительный анализ групп испытуемых. Собраны первичные нормативные данные по разным возрастам, которые позволяют проводить сопоставительный анализ нормотипичных испытуемых и испытуемых с эндогенной патологией, аномальным развитием, специфики изменения характеристик зрительного внимания при ОНМК у детей. Предполагается расширение как нормотипичной, так и аномальной выборки испытуемых с различными диагнозами, сопоставление данных АЗВ и ЭЭГ (электроэнцефалографии), сопоставление с данными о латеральных предпочтениях.

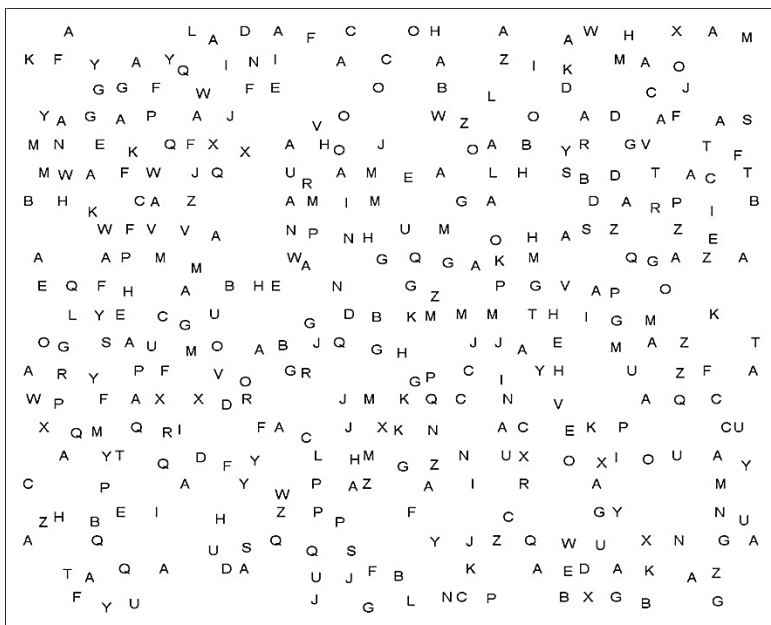


Рис.2. Тест на оценку асимметрии произвольного зрительного внимания (образец карточки)

Литература

1. Богданова Т. Г., Корнилова Т. В. Диагностика познавательной сферы ребенка. М., 1994.
2. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования. Методическое пособие. –СПб.: Речь, 2005. С. 99 - 104
3. Захарова Н.В. Произвольная регуляция деятельности и особенности общения у детей, больных шизофренией. //Ж. невропатологии и психиатрии, 1990, № 1.
4. Зверева Н.В., Хромов А.И., Сергиенко А.А., Коваль-Зайцев А.А. Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (внимание и память) Методические рекомендации / Москва, 2017.
5. Зверева Н.В., Хромов А.И. Варианты когнитивного развития при различных формах шизофрении у детей и подростков//Ж. неврологии и психиатрии, 2014. – № 12. – Вып. 1. С. 42-48.
6. Критская В.П., Мелешко Т.К., Патопсихология шизофрении. – М., 2015.
7. Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией.// Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста/под ред. М.Ш. Вроню. М. 1986,с.147-160.
8. Николаенко Н. Н. Функциональная асимметрия мозга и структура зрительного поля // Физиология человека. –1989. –Т. 15. – № 6. С. 8.
9. Сергиенко А.А. Тест на оценку асимметрии произвольного зрительного внимания: практическая актуальность, нормативы, проблема валидации методики. Психологическая диагностика. 2017. Т. 14. № 2. С. 41-54.
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). Сб. материалов научно-практической конференции с международным участием 29-30 ноября 2016 г/под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. — М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. —С 328-331.
11. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. /под ред. Ю.Ф.Полякова, М., 1982. М.: Труды института психиатрии АМН СССР. – 1982. – т. 1. – С.122-149, 149-162.
12. A. A. Sergienko, I. A. Sergienko. Visual attention asymmetry test image generator. Программа генератор таблиц теста на асимметрию зрительного произвольного внимания. Репозиторий (Программный код с лицензией): <https://github.com/i-sergienko/visual-attention-test-generator>

РАЗДЕЛ 3. ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Solovieva Yul., Quintanar L.

ASSESSMENT OF DEVELOPMENTAL DIFFICULTIES: QUALITATIVE APPROACH IN MEXICO

Abstract. Assessment of developmental difficulties is one of the central topics in child neuropsychology and psychiatry. Consideration of clinical assessment includes procedures, selected tasks and items, analysis of results and conclusions, which might be chosen by each particular specialist and researcher. The authors of the chapter are convinced that the choice of this selection depends always on general theoretical position, on which this specialist or researcher was previously prepared. The chapter describes the basis of neuropsychological approach for assessment of developmental difficulties. The structure of the Scheme for neuropsychological assessment for Spanish speaking children in Mexico is presented together with the tasks, included for each neuropsychological factor. The chapter concludes that the goals of qualitative neuropsychological are specific and differs from the goals of psychometric and cognitive assessment of isolated functions. The findings of qualitative assessment allow to determine the ways and recommendations for individual correction, which leads to psychological development.

Keywords: child neuropsychology and psychiatry, developmental difficulties, scheme for neuropsychological assessment, psychometric and cognitive assessment

Introduction Assessment of developmental difficulties is one of the central topics in child neuropsychology and psychiatry. Consideration of clinical assessment includes procedures, selected tasks and items, analysis of results and conclusions, which might be chosen by each particular specialist and researcher. The authors of the chapter are convinced that the choice of this selection depends always on general theoretical position, on which this specialist or researcher was previously prepared.

In Mexico, as in other countries of Latin America, the most common way of assessment is based on psychometrical tradition and on the cognitive approach. Assessment might be carried on by psychologist, child neurologist, paido-psychiatrist or neuropsychologist. There is no clarity of the cases, in which the parents should choose one of the mentioned specialists or all of them. All these specialists would use psychometrical tests, most commonly WISC test in order to establish intellectual coefficient of the patient (CI). At the same time, the interview of each particular institution together with questionnaires' of DSM-IV o DSM-V (APA, 2000, 2014) would be applied in

order to give correspondent diagnosis to the family. In some cases, neurologist might suggest EEG study, laboratory analysis or MRT studies. In the majority of cases no kind of relation between child's difficulties and functional brain organization would be done at all. The whole kind of treatment would be based on medication of the child and suggestions for behavioral therapy. This therapy normally has no relation with given diagnosis or with functional state of central nervous system. Even more surprising is that this therapy has no kind of relation with social situation of child's development or with psychological age. The therapy would be directed to training of isolated functions and adaptation by using reinforcement and mechanic repetition and reproductive tasks, which has nothing comparable with proposals of modification and organization of cultural activity of each child (Solovieva, 2014; Solovieva, Mata & Quintanar, 2014).

In Mexico, as in the majority of countries, no specific neuropsychological assessment is applied to children with disorders of psychological development; no verification with any other neurophysiological procedures and no serious psychological or pedagogical help is provided. For the specialists, parents and teachers, it's enough to apply interview procedure to parents or teachers in order to establish this diagnosis and prescribe usage of Ritalin. Pedagogical or psychological help consists only in traditional employment of behavioral punishments and rewards. There is no clear understanding of biological, psychological and social factors, which are favorable or unfavorable for child's development. The understanding of the process of psychological development is limited to biological evolution and natural maturation of nervous system during ontogenetic growing.

Nevertheless, detection and description of behavioral symptoms would not be sufficient measure for identification of neuropsychological syndrome. Analysis of complex neuropsychological syndrome has to be related to some kinds of nervous structures or functional levels. Participation of different levels of central nervous system is still a point of discussions. The nature of attention deficit disorder is frequently claimed to be frontal cortical, subcortical or both cortical-subcortical. Participation of compromise of frontal lobes and diverse descriptions of alterations of aspects of processes of attention are mostly commonly claimed (Cohen, 1993; Barkley, 1998, 2001; Castellanos & Acosta, 2004). It's even possible to mention that, according to modern literature, frontal lobes cortical immaturity or pathology is the only reason, which provoke difficulties in executive functions; at the same time, executive functions suffer in practically all types of developmental difficulties. Executive functions remain as a buffer term, which include any kind of disturbance in organization of behavior, understanding and learning process; it's no clear if the term is related directly related to brain level or to

the level of learning and behavior (Barkley, 2001).

Modern historical-cultural neuropsychology (Glozman, 2009; Akhutina & Pilayeva, 2012; Solovieva, Akhuitna, Quintanar & Hazin, 2019), following A.R. Luria's approach (Luria, 1973, 1977), offers functional analysis of brain mechanisms, which might help to determine the clinical features of syndrome of attention deficit disorder in infancy. Instead of traditional psychometrical interpretation of difficulties, qualitative analysis of brain cortical and subcortical mechanisms permits to characterize the syndrome at different levels of analysis.

These levels of analysis of each syndrome are:

1) level of maturation and integrity of brain systems and structures;

2) level of functionality of brain mechanisms and

3) level of psychological actions (Solovieva and Quintanar, 2018). The valid information for clinic judgement on the first level might be obtained by qualitative analysis of EEG, while the information for judgment on second and third level might be obtained according to procedure of qualitative clinic neuropsychological and psychological assessment of development. Qualitative analysis of neuropsychological and psychological tasks is based on expert identification and qualification of errors and types of help provided by an adult during implementation of assessment (Akhutina, 2001; Polonskaya, 2007; Mikadze, 2008; Glozman, 2009; Solovieva & Quintanar, 2006, 2018). The whole procedure of assessment should be flexible and dynamic (Vigotsky, 1996).

Qualitative assessment of developmental difficulties.

From the point of view of qualitative clinical approach in neuropsychology, the consideration of complex functional systems of different levels as a basis of brain functional representation of psychological process is one of essential methodological principles (Luria, 1977; Leontiev, 2009; Machinskaya & Farber, 2014; Solovieva, Akhutina, Quintanar & Hazin, 2019). Historical-cultural neuropsychology offers different view on analysis of the reasons of developmental difficulties, which consist in functional analysis of brain mechanisms. Detailed study of these functional mechanisms in each individual child might help to determine the clinical features of syndromes in children of pre-school and school age. Instead of traditional psychometrical interpretation of difficulties, qualitative analysis of brain cortical and subcortical mechanisms permits to characterize the syndrome as a whole and not as isolated quantification of cognitive processes. Such information might be obtained through qualitative analysis of errors, levels of external help and particular features observed during the implementation of neuropsychological assessment. On the purpose to evaluate the functional state of brain mechanisms, neuropsychological qualitative analysis frequently includes tasks for evaluation of programming

and control, phonemic and kinesthetic integration, motor sequential organization, spatial functions of synthesis and analyses and retention in different modalities and the phone of cortical non-specific activation. Different methods and levels of analysis might be useful for neuropsychological qualitative assessment. Specific tasks and items should be created and tested according to specific cultural and linguistic features of each population.

According to our proposal, the neuropsychological assessment should be accomplished according to Luria's theory (1989) and its latter development in modern child neuropsychology (Akhutina & Pilayeva, 2012, Mikadze, 2008; Solovieva & Quintanar, 2006; 2018). Special instruments were developed for Spanish Speaking Child population for the age between 5 and 12 years (Solovieva & Quintanar, 2017).

The Scheme of Brief Neuropsychological Assessment Puebla (Solovieva & Quintanar, 2017) for children includes special tasks, which allow to test neuropsychological functional factors as brain mechanisms related to three functional blocks according to Luria's proposal (Luria, 1973). According to this conception, the first functional brain block is related to general brain cognitive and emotional activation and is based on broad systems of regulation of subcortical profound structures. The second functional brain block is related to reception, processing and conservation of information integrated by various sensory modalities and poly-modal information based on participation of cortical posterior (temporal, occipital and parietal zones). Finally, the third functional brain block is related to regulation, programming and control on the basis of optimal functional stage of anterior cortical zones (broad frontal lobes). Within each functional brain block different precise mechanisms might be studied by identification of positive and negative execution of the tasks during examination. Different kinds of behavioral tasks should be offered to children in order to discover positive and negative functional state of each functional block.

All tasks of our qualitative assessment were created and adapted considering cultural and linguistic features of Spanish language and its Mexican variant. The tasks were previously tested and applied to groups of normal Mexican infant population of pre-school children from urban and rural zones (Quintanar and Solovieva, 2003).

The objective of Brief Neuropsychological Assessment for Children is to determine positive or negative functional work during fulfillment of the tasks in interaction with an adult. The tasks allow to assess the following neuropsychological mechanisms (factors), each of which belongs to particular functional block. These brain mechanisms or neuropsychological factors are as follows:

Programming and control – (third functional block);

Motor sequential organization of actions and movements – (third functional block);

Kinesthetic analysis and synthesis (second functional block);

Phonemic analysis and synthesis – (second functional block);

Audio-verbal retention – (second functional block);

Visuo-verbal retention – (second functional block);

Spatial simultaneous global synthesis – (second functional block);

Spatial analyses – (second functional block);

General brain tonic activation – (first functional block);

General emotional empathic activation- (first functional block).

Special tasks of the Scheme have been proposed in order to observe neuropsychological mechanisms during execution of child’s actions.

The table 1 shows the structure and the content of the tasks of the Scheme for neuropsychological assessment for children.

Table 1. The structure and the content of the Scheme for neuropsychological assessment (Solovieva & Quintanar, 2017).

Neuropsychological factors	Tasks, included in the Scheme of assessment
Programming and control	Verbal conflicted instructions presented as a game with changing of the rules.
Motor organization of actions and movements	Copy and continuation of a graphic sequence with two changing elements. Alternate coordination of hands. Sequence of hand movements (dynamic movements). Alternate coordination of fingers.
Kinesthetic analysis and synthesis	Reproduction of postures fingers on the contrary hand. Evocation of postures of fingers on each hand. Recognition of objects by each hand with closed eyes. Reproduction of postures of articulation by instruction and by observation of the model. Repetition of syllables and sound, close by articulation.
Phonemic analysis and synthesis	Repetition of words with opposite phonemes. Repetition of syllables with opposite phonemes. Identification of opposite sounds in series. Reproduction of series of rhythms.
Audio-verbal retention	Involuntary repetition of 2 series of 3 words. Involuntary evocation of 2 series of 3 words. Voluntary repetition of 2 series of 3 words. Voluntary evocation of 2 series of 3 words. Repetition of long sentences. Evocation of 2 series of three words after homogeneous interference.

Visuo-verbal retention	<p>Copy of 5 letters with left hand and reproduction by right hand.</p> <p>Copy 5 complex figures by right hand and reproduction by left hand.</p> <p>Free drawing of a figure of a girl.</p> <p>Free drawing of figure of a boy.</p> <p>Recognition of series of complex figures.</p> <p>Free drawing of 4 animals in marked squares.</p> <p>Reproduction (by memory) of same animals in marked squares.</p> <p>Reproduction of letters with right hand (from previous task).</p> <p>Reproduction of complex figures by right letters (from previous task).</p>
Spatial global synthesis	<p>Free drawing of a house.</p> <p>Copy of a house according to a model.</p> <p>Copy of letters with right hand.</p> <p>Copy of complex figures with left hand.</p> <p>Free drawing of a figure of a girl (from previous task).</p> <p>Free drawing of a figure of a boy (from previous task).</p> <p>Drawing of animals (from previous task)</p> <p>Drawing of a square table by instruction.</p> <p>Free drawing of a clock with any hour.</p> <p>Drawing of a clock by instruction “a quarter to three”.</p>
Spatial analysis	<p>Completing of complex figures.</p> <p>Understanding of sentences with complex grammar structures (spatial prepositions).</p> <p>Competing of sentences according to the picture (using spatial prepositions).</p> <p>Understanding of instructions (with spatial prepositions).</p> <p>Understanding of instructions (with reference to the parts of the body).</p>
General emotional activation	<p>General observation of the whole procedure of execution of all tasks as a possibility of positive interaction by eye contact, retention of essential information for given tasks, aspiration of attendance of explanation and permissions, interest and involvement in non- verbal and verbal communication with the adult during the whole procedure of assessment.</p>
General brain activation	<p>Listening of a story with repetition of one word in different sentences and identification on same word by marking of line on the paper.</p> <p>General observation of the whole procedure of execution of all tasks as a possibility to complete the tasks, to conserve the posture, to verify the goal and the result of the tasks, fluent and constant execution of the tasks.</p>

General emotional activation	General observation of the whole procedure of execution of all tasks as a possibility of positive interaction by eye contact, retention of essential information for given tasks, aspiration of attendance of explanation and permissions, interest and involvement in non- verbal and verbal communication with the adult during the whole procedure of assessment.
------------------------------	--

The tasks might be qualified with three marks:

- 1 - (quickly, correctly and independently),
- 2 - (with errors after presented help of the adult) and
- 3 - (total impossibility after the help of the adult).

The most important and complicated part of qualitative assessment is observation and analysis of errors in order to relate them to functional brain mechanisms or to reject their relation of brain mechanisms and establish other reasons for these errors (hesitation, misunderstanding, absence of social or pedagogic preparation, confusion and so on). It is very important to admit that no all mistakes committed by a child would have direct relation to brain specific mechanisms. We believe that it's still necessary to continue clinical research for differentiation of pedagogical reasons of mistakes from brain functional reasons of mistakes during neuropsychological assessment.

The qualitative analyses of types of mistakes and difficulties of children during fulfillment of the tasks, observations of the whole procedure of application of the tasks and of behavior of children permit to claim about positive or negative functional state of mentioned above brain mechanisms. The same task may be significant not only for one, but for various functional mechanisms. The objective of qualification of criteria of errors consists in finding of relation between types of errors and features of positive or negative functioning of each brain mechanism and compare qualitatively difficulties and success during the executions of the tasks.

It is very important to mention that the same task may be significant not only for one, but for various functional mechanisms. The possibility of the child to accept or to reject the help from the adult during assessment is also important sign for decision of the involved functional mechanism. The objective of qualification of criteria of errors consists in finding of relation between types of errors and features of positive or negative functioning of each brain mechanism (Solovieva & Quintanar, 2017, 2018). In each case, several mechanisms might be involved, but it is useful to try to find the main or central mechanisms which can explain and systematize all difficulties of the child.

The qualitative analyses of types of mistakes and specific features during fulfillment of the tasks, observations of the whole procedure of the application of the tasks and of communicative behavior of children should be

related to the information obtained during clinical interview with the parents and teachers and the whole anamnesis of each individual case in children of pre-school and school age.

According to our proposal and practical experience, it's useful to provide qualitative neuropsychological assessment during six sessions. The Scheme presented in this chapter might be applied in individual sessions from 40 to 60 minutes. After the first session of general assessment, another two or three sessions of same duration for assessment are recommended for analysis of psychological age, guiding activity, new psychological formations and social situation of development, process of communication with adults and other children (Elkonin, 1989; Lisina, 2009; Leontiev, 2009; Solovieva & Garvis, 2018). Special attention of the specialist should be directed to verbal understanding and production and other processes, identified by specialist for each particular child.

According to our experience, the whole neuropsychological assessment normally includes four individual sessions with the child and two sessions with the parents for clinical exploration and final presentation of results. During pandemic caused by COVID-19 the whole assessment was adapted to online application.

Conclusions

Qualitative neuropsychological assessment, described in the chapter, may be applied to children with any kind of developmental difficulties and with any neurological or psychiatric status (previous diagnosis of organic central, periphery or combined syndromes). The objective of qualitative neuropsychological assessment is to establish central functional reason or factor in each particular case.

The authors of the chapter are convinced that neurological, psychiatric and psychometric assessment can't substitute qualitative neuropsychological assessment in cases of developmental difficulties and learning disabilities. The objectives of quantitative and qualitative clinic differ essentially one from another; only psychometric approach in cases of developmental difficulties doesn't provide necessary information for clinical judgement from neuropsychological point of view. In case of neuropsychological analysis of developmental difficulties and known syndromes, within A.R. Luria's neuropsychological tradition, weak functional mechanisms should be established as a result of analysis of typical errors according to qualitative criteria for each task. Specific errors and difficulties should be found and systematized according their relation to each brain unit and mechanism. Such way of reasoning helps to understand the functional brain factors as causes of difficulties in each particular case, to provide recommendations and to create programs for corrections which leads to psychological development of the child.

References

- Akhutina, T.V. (2001). Neuropsychological approximation to diagnosis and correction of learning difficulties in acquisition of writing. In: M.G. Jrakovskaya (Ed.) *Modern approach to diagnosis and correction of speech disorders*. San Petersburg, University of San Petersburg: 195-213.
- Akhutina, T.V. & Pilayeva, N. M. (2012). *Overcoming learning disabilities. A Vygotskian-Lurian neuropsychological approach*. Cambridge University Press, Cambridge.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Text Revision. American Psychiatric Press, Washington DC.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. American Psychiatric Pub.
- Barkley, R. A. (1998). Hyperactivity and attention deficit disorder. *Research and Science*, 11: 48-53.
- Barkley, R. A. (2001). The executive functions and self-regulation: an evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychological Review*, 11: 1-29.
- Castellanos, F. X. & Acosta, M. T. (2004). Neuroanatomy of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Neurology*, 38 (supl 1): 131-136.
- Cohen, R. A. (1993). *The Neuropsychology of Attention*. New York: Plenum Press.
- Elkonin, D.B. (1989). *Selected psychological works*. Moscow: Pedagogy.
- Glozman, J. (2009). *Neuropsychology of childhood*. Moscow: Academia.
- Leontiev, A.N. (2009). *Psychological bases of development and teaching of a child*. Moscow: Sense.
- Lisina, M.I. (2009). *Formation of personality of a child in communication*. Moscow: Piter.
- Luria, A. R. (1977). *Superior cortical functions*. La Habana: Orbe.
- Luria, A. R. (1989). *Brain in action*. Mexico: Ediciones Roca.
- Luria, A.R. (1973). *Bases of Neuropsychology*. Moscow: Moscow State University.
- Machinskaya, R.I. & Farber, D.A. (2014). *Brain mechanisms of formation of cognitive activity in preschool and minor school age*. Moscow: Moscow Psychological and Social University and Russian Academy of Education.
- Mikadze, Yu. M. (2008). *Child neuropsychology*. Moscow: Piter Press.
- Polonskaya, N. N. (2007). *Neuropsychological diagnosis in minor school age*. Moscow: Academia.
- Quintanar, L. & Solovieva, Yu. (2003). *Manual for child neuropsychological assessment*. Mexico: Puebla Autonomous University.
- Solovieva Yu. & Quintanar L. (2017). *Brief Neuropsychological Assessment for children*: Puebla. Mexico: Puebla Autonomous University.
- Solovieva, Yu. (2014). Intervention in child neuropsychology: diversity of possibilities. *Journal of Neuropsychology of Chile*. 9(E2), 46-48.
- Solovieva, Yu. & Garvis, S. (2018). Vygotsky's conception of preschool development: play with orientation and narration. In: *Vygotsky's Theory in Early Childhood Education and Research*. Veraksa N. & Sheridan S. (Eds). London:

EECERA. The Routledge, Taylor & Francis. 97-110.

Solovieva, Yu. & Quintanar L. (2018). Luria's síndrome analysis for neuropsychological assessment and rehabilitation. Psychology in Russia. State of the Art. 11 (2): 81-99.

Solovieva, Yu., Mata, A. & Quintanar, L. (2014). Ways of alternative correction in a case of attention deficit disorder at preschool age. Journal CES Psychology. 7(1), 95-112.

Solovieva, Yu., Akhutina, T, Quintanar, L, Hazin, I. (2019). Historical-Cultural Neuropsychology: a systemic and integral approach of psychological functions and their cerebral bases. Estudios de Psicología 24 (1): 65-75.

Vygotsky, S. L. (1996). Selected Works. Vol. IV. Madrid: Visor.

Соловьева Ю., Куинтар Л. КАЧЕСТВЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ТРУДНОСТЕЙ РАЗВИТИЯ В МЕКСИКЕ¹

Аннотация. Оценка трудностей развития — одно из центральных направлений детской нейропсихологии и психиатрии. Проведение клинической оценки включают процедуры, отобранные задания и материалы, анализ результатов и выводы, которые делает каждый отдельный специалист и исследователь. Авторы статьи убеждены, что этот выбор всегда опирается на общую теоретическую позицию, в которой ранее специалист прошел подготовку. Статья описывает основу нейропсихологического подхода к оценке трудностей развития. Представлена структура Схемы нейропсихологической оценки испаноговорящих детей в Мексике, включая задания, относящиеся к каждому из нейропсихологических факторов. Статья также обосновывает выводы, что цели качественной нейропсихологии специфичны и отличаются от психометрии и когнитивной оценки отдельных функций. Данные качественной оценки позволяют определить пути и рекомендации для задачи индивидуальной коррекции, которые приведут к психологическому развитию.

Ключевые слова: детская нейропсихология и психиатрия, трудности развития, схема нейропсихологической оценки, психометрическая и когнитивная оценка.

Введение

Оценка сложности развития — одна из центральных тем детской нейропсихологии и психиатрии. Проведение клинической оценки включает процедуры, отбор заданий и материалов, анализ результатов и выводы, которые может делать каждый отдельный специалист и исследователь. Авторы статьи убеждены, что этот выбор всегда основан

¹ Перевод на русский сделан М.И.Вещиковой

на общей теоретической позиции, в которой ранее прошел подготовку специалист.

В Мексике, как и в других странах Латинской Америки, наиболее распространена оценка, базирующаяся на психометрической традиции и когнитивном подходе. Оценку может проводить психолог, детский невролог, детский психиатр или нейропсихолог. Нет однозначной ясности в том, в каких случаях родителям следует обращаться к одному из специалистов, а когда ко всем. Все эти специалисты используют психометрические тесты, наиболее часто тест Векслера, чтобы определить уровень интеллекта (IQ) пациента. В то же время клиническая беседа с каждым специалистом в совокупности с опросниками на базе DSM-IV и DSM-V (APA, 2000, 2014) используются для информирования семьи о диагнозе. В некоторых случаях невролог может назначить ЭЭГ исследование, лабораторные анализы или МРТ. В большинстве случаев нет возможности выявить связи между сложностями детей функциональной организацией мозга. Все лечение будет основано на фармакологической терапии и поведенческой терапии. Эта терапия обычно не связана с поставленным диагнозом или функциональным состоянием центральной нервной системы. Еще более удивительно, что эта терапия не связана с социальной ситуацией развития ребенка или психологическим возрастом. Терапия будет направлена на тренировку отдельных функций и адаптацию с помощью подкрепления и механического повторения и повторяющихся задачах, которые несопоставимы с планом модификации или организации культурной деятельности каждого ребенка (Solovieva, 2014; Solovieva, Mata & Quintanar, 2014).

В Мексике, как и в большинстве стран, не проводится специальная нейропсихологическая оценка детей с нарушениями психического развития; не проводится верификация прочими нейропсихологическими процедурами и не предоставляется существенная психологическая или педагогическая помощь. Для специалистов, родителей и учителей достаточно провести клиническую беседу с родителями или учителем, чтобы поставить диагноз и прописать Риталин. Педагогическая или психологическая помощь заключается только в традиционном использовании поощрения и наказания поведения. Нет ясного понимания биологических, психологических и социальных факторов, которые благоприятны или неблагоприятны для развития ребенка. Понимание процесса психологического развития ребенка ограничено биологической эволюцией и естественным созреванием нервной системы в процессе онтогенетического взросления.

Тем не менее, выявление и описание поведенческих симптомов не

будет значимым измерением для определения нейропсихологического синдрома. Анализ сложного нейропсихологического синдрома связан с некоторыми типами нейронных структур или функциональных уровней. Вклад разных уровней центральной нервной системы до сих пор является дискутируемым. Природа дефицита внимания часто обозначается как фронтально кортикальная, субкортикальная или кортикально-субкортикальная. Обычно заявляется о нарушении в лобных долях и различных типах изменений процесса внимания (Cohen, 1993; Barkley, 1998, 2001; Castellanos & Acosta, 2004). Можно упомянуть, что согласно современной литературе, незрелость или патология лобных долей — это единственная причина, которая вызывает дефицит исполнительных функций; в то же время исполнительные функции страдают при практически любых типах нарушения развития. Исполнительные функции остаются собирательным термином, в который включены все виды нарушений организации поведения, понимания и обучения; неясно, апеллирует ли этот термин к уровню мозга или к уровню поведения и обучения (Barkley, 2001).

Современная культурно-историческая нейропсихология (Glozman, 2009; Akhutina & Pilayeva, 2012; Solovieva, Akhuitna, Quintanar & Hazin, 2019), в соответствии с подходом А.Р. Лурии (Luria, 1973, 1977), предлагает функциональный анализ механизмов мозга, который может помочь определить клинические черты синдрома дефицита внимания в младенчестве. Вместо традиционной психометрической интерпретации трудностей качественный анализ кортикальных и субкортикальных механизмов мозга позволяет характеризовать синдром на разных уровнях анализа.

Уровни анализа каждого синдрома таковы:

1. уровень зрелости и целостности мозговых систем и структур;
2. уровень функционирования механизмов мозга;
3. уровень психологических действий (Solovieva and Quintanar, 2018).

Валидная информация для клинических суждений на первом уровне может получена через качественный анализ ЭЭГ, в то время как информация для оценки второго и третьего уровня может быть собрана в процедурах качественной нейропсихологической и психологической оценки развития. Качественный анализ нейропсихологических и психологических заданий базируется на выявлении и экспертной оценке ошибок и типов подсказок, предоставляемых взрослым в процессе оценки (Akhutina, 2001; Polonskaya, 2007; Mikadze, 2008; Glozman, 2009; Solovieva & Quintanar, 2006, 2018). Вся процедура оценки должна быть гибкой и динамичной (Vigotsky, 1996).

Качественная оценка трудностей развития

С точки зрения качественного подхода в нейропсихологии, положение о сложных разноуровневых функциональных системах как основе функциональной репрезентации психологических процессов в мозге — один из основных методологических принципов (Luria, 1977; Leontiev, 2009; Machinskaya & Farber, 2014; Solovieva, Akhutina, Quintanar & Hazin, 2019). Культурно-историческая нейропсихология предлагает иной взгляд на анализ причин трудностей развития, которые заключаются в функциональном анализе механизмов мозга. Детальное изучение этих функциональных механизмов каждого отдельного ребенка может помочь определить клинические черты синдрома детей дошкольного и школьного возраста. Вместо традиционной психометрической интерпретации трудностей качественный анализ подкорковых и корковых механизмов мозга позволяет характеризовать синдром в целом, а не изолированно измерить когнитивные процессы. Такая информация может быть получена через качественный анализ ошибок, уровней внешней помощи и отдельных черт, наблюдаемых в ходе проведения нейропсихологической оценки. С целью оценить функциональное состояние механизмов мозга качественный нейропсихологический анализ часто включает задания для оценки программирования и контроля, фонематической и кинестетической интеграции, моторной организации, пространственного функционирования анализа и синтеза, запоминания в различных модальностях и особенности неспецифической активности мозга. Разные методы и уровни анализа могут быть полезны для качественной нейропсихологической оценки. Специфичные задания и предметы могут быть подготовлены и опробованы в зависимости от культурных и языковых особенностей каждой популяции.

В соответствии с нашим предложением, нейропсихологическая оценка должна проводиться на основе теории А.Р.Лурии (1989) и ее позднейшего развития в современной детской нейропсихологии (Akhutina & Pilayeva, 2012, Mikadze, 2008; Solovieva & Quintanar, 2006; 2018). Специальные инструменты были подготовлены для испаноговорящей детской выборки в возрасте 5-12 лет (Solovieva & Quintanar, 2017).

Схема краткой нейропсихологической оценки Пуэбла (Solovieva & Quintanar, 2017) для детей включает специальные задания, позволяющие тестировать нейропсихологические функциональные факторы, связанные с тремя функциональными блоками в соответствии с положениями А.Р. Лурии (Luria, 1973). Согласно этим идеям, первый функциональный блок связан с общемозговой когнитивной и эмоциональной активацией и базируется на широкой системе

регуляции глубинных подкорковых структур мозга. Второй функциональный блок мозга связан с получением, обработкой и передачей информации, собранной в разных сенсорных модальностях и полимодальной информации, связанной с участием корковых структур (височные, теменные и затылочные зоны). Наконец, третий функциональный блок связан с регуляцией, программированием и контролем на основе оптимального уровня функционирования зоны новейшей коры (лобные доли). В каждом из функциональных блоков мозга различные точные механизмы могут быть изучены путем определения правильного или неправильного выполнения задач в ходе обследования. Разные виды поведенческих задач должны предлагаться детям, чтобы изучить позитивное или негативное функциональное состояние каждого функционального блока.

Все задачи нашей качественной оценки были разработаны и адаптированы с учетом культурных и языковых особенностей испанского языка и его мексиканского диалекта. Задачи предварительно были проверены и использованы на группах нормативной мексиканской детской выборки дошкольников из городских и сельских районов (Quintanar and Solovieva, 2003).

Цель Схемы краткой нейропсихологической оценки для детей - определить позитивное или негативное функционирование в ходе выполнения заданий во взаимодействии со взрослым. Задания позволяют оценить следующие нейропсихологические механизмы (факторы), каждый из которых принадлежит отдельным функциональным блокам:

1. Программирование и контроль (третий функциональный блок);
2. Моторная организация последовательности движений и действий (третий функциональный блок)
3. Кинестетический анализ и синтез (второй функциональный блок);
4. Фонематический анализ и синтез (второй функциональный блок);
5. Аудиально-вербальное запоминание (второй функциональный блок);
6. Визуально-вербальное запоминание (второй функциональный блок);
7. Пространственный симультанный глобальный синтез (второй функциональный блок);
8. Пространственный анализ (второй функциональный блок);
9. Общемозговой тонус (первый функциональный блок);
10. Общая эмоциональная эмпатическая активация (первый функциональный блок).

Специальные задания из Схемы были представлены с целью обзора нейропсихологических механизмов в процессе выполнения действий ребенком.

В таблице 1 показана структура и содержание заданий Схемы нейропсихологической оценки детей.

Таблица 1. Структура и содержание Схемы нейропсихологической оценки (Solovieva & Quintanar, 2017).

Нейропсихологический фактор	Задания, входящие в Схему оценки
Программирование и контроль	1. Конфликтные вербальные инструкции в форме игры со сменой правил
Моторная организация действий и движений	<ul style="list-style-type: none"> • Копирование и продолжение графической последовательности с двумя переменяющимися элементами • Поочередная координация рук • Последовательные движения рук (динамические движения) • Поочередная координация пальцев
Кинестетический анализ и синтез	<ol style="list-style-type: none"> 1. Воспроизведение поз пальцев на противоположной руке 2. Воспроизведение поз пальцев на каждой руке 3. Распознавание объектов с закрытыми глазами каждой рукой 4. Воспроизведение артикуляционных поз по инструкции и по модели 5. Повторение слогов и звуков, близких по артикуляции
Фонематический анализ и синтез	<ol style="list-style-type: none"> 6. Повторение слов с противоположными фонемами 7. Повторение слогов с противоположными фонемами 8. Идентификация противоположных звуков в серии 9. Повторение серии рифм
Аудиально-вербальное запоминание	<ol style="list-style-type: none"> 1. Непроизвольное повторение 2 серий из 3 слов 2. Непроизвольное воспроизведение 2 серий из 3 слов 3. Произвольное повторение 2 серий из 3 слов 4. Произвольное повторение 2 серий из 3 слов 5. Повторение длинного предложения 6. Воспроизведение 3 серий из 3 слов после гомогенной интерференции
Визуально-вербальное запоминание	<ul style="list-style-type: none"> • Копирование 5 букв левой рукой и воспроизведение правой

	<ul style="list-style-type: none"> • Копирование 5 сложных фигур правой рукой и воспроизведение левой рукой • Свободный рисунок фигуры девочки • Свободный рисунок фигуры мальчика • Опознание серии сложных фигур • Свободное рисование 4 животных в размеченных квадратах • Воспроизведение (по памяти) тех же животных в размеченных квадратах • Воспроизведение букв правой рукой (из предыдущего задания) • Воспроизведение сложных фигур правой рукой (из предыдущего задания)
Пространственный глобальный синтез	<ol style="list-style-type: none"> 1. Свободный рисунок лошади 2. Копирование лошади по модели 3. Копирование букв правой рукой 4. Копирование сложных фигур левой рукой 5. Свободный рисунок фигуры девочки (из предыдущего задания) 6. Свободный рисунок фигуры мальчика (из предыдущего задания) 7. Рисунок животных (из предыдущего задания) 8. Рисование квадратного стола по инструкции 9. Свободное рисование часов с любым временем 10. Рисование циферблата с инструкцией «четверть третьего»
Пространственный анализ	<ul style="list-style-type: none"> • Дополнение сложных фигур • Понимание предложений со сложными грамматическими структурами (пространственные предлоги) • Дополнение предложений с опорой на рисунок (с использованием пространственных предлогов) • Понимание инструкций (с пространственными предлогами) • Понимание инструкций (с отсылкой к частям тела)
Общая эмоциональная активация	Общее наблюдение всей процедуры выполнения всех заданий как возможности позитивного взаимодействия со зрительным контактом, запоминанием важной информации для предложенных заданий, стремлением получить

	объяснения и разрешения, интересом и вовлечением в невербальную и вербальную коммуникацию со взрослым в ходе всего обследования
Общая активация мозга	Выслушивание истории с повторяющимся словом в разных предложениях и идентификацией этого же слова через отмечание черточек на бумаге Общее наблюдение всей процедуры выполнения всех заданий на предмет возможности выполнить задания, поддерживать позу, выявлять цель и результат задания, бегло и стабильно выполнять задания

Задание может получить три оценки:

- 1 — (быстро, правильно, самостоятельно),
- 2 — (с ошибками, после помощи взрослого) и
- 3 — (полный неуспех после помощи взрослого)

Наиболее важная и сложная часть качественной оценки — это наблюдение и анализ ошибок с целью связать их с функциональными механизмами мозга или опровергнуть их связь с мозговыми механизмами и обосновать их (сомнение, непонимание, отсутствие социальной или педагогической подготовки, стеснение и т. п.) Очень важно признать, что не все ошибки, совершенные ребенком, связаны со специфичными мозговыми механизмами. Мы убеждены, что необходимо продолжать клиническое исследование дифференциации педагогических причин ошибок и ошибок по причине функциональных нарушений мозга в ситуации нейропсихологической оценки.

Качественный анализ типов ошибок и затруднений ребенка в ходе выполнения заданий, наблюдение за всей процедурой выполнения задач и поведением ребенка позволяет сделать вывод о позитивном или негативном состоянии упоминавшихся выше мозговых механизмов. Одна и та же задача может оказаться значимой не для одного, а для нескольких функциональных механизмов. Цель квалификации критериев ошибок — это обнаружение связей между типами ошибок и признаками позитивного или негативного функционирования каждого из мозговых механизмов и качественного сравнения сложностей и успехов при выполнении заданий.

Крайне важно упомянуть, что одна и та же задача может оказаться значимой не для одного, а для разных функциональных механизмов. Возможность ребенка принять или отвергнуть помощь взрослого в тоже оценки также важный знак для принятия решения о вовлеченных функциональных механизмах. Цель квалификации критериев ошибок — это нахождение связей между типами ошибок и признаками

позитивного или негативного функционирования каждого из мозговых механизмов (Solovieva & Quintanar, 2017, 2018). В каждом случае может вовлечено несколько механизмов, однако полезно попробовать найти главный или центральный механизм, который может объяснить и систематизировать все трудности ребенка.

Качественный анализ типов ошибок и специфических признаков в ходе выполнения задач, наблюдения за выполнением всей процедуры предъявления заданий и коммуникативное поведение ребенка должны быть соотнесены с информацией, полученной и в ходе клинической беседы с родителями и учителями и всем анамнезом по каждому случаю для детей дошкольного и школьного возраста.

Согласно нашим предложениям и практическому опыту полезно проводить нейропсихологическую оценку в ходе шести сессий. Схема, представленная в этой статье, может использоваться в рамках индивидуальных сессий продолжительностью от 40 до 60 минут. После первой сессии общей оценки, для анализа психологического возраста, ведущей деятельности, психологических новообразований, социальной ситуации развития, процесса коммуникации со взрослыми и другими детьми рекомендуется провести еще две или три сессии той же продолжительностью (Elkonin, 1989; Lisina, 2009; Leontiev, 2009; Solovieva & Garvis, 2018).

Согласно нашему опыту, полная нейропсихологическая оценка в норме включает четыре индивидуальные сессии с ребенком и две сессии с родителями для клинического исследования и окончательного представления результатов. В ходе пандемии COVID-19 полная процедура оценки была адаптирована к применению в онлайн формате.

Выводы

Качественная нейропсихологическая оценка, описанная в данной статье, может быть проведена с детьми со всеми типами трудностей развития и различным неврологическим или психиатрическим статусом (ранее диагностированным центральным или периферическим органическим или комбинированным синдромом). Цель качественной нейропсихологической оценки — установить центральную функциональную причину или фактор в каждом конкретном случае.

Авторы статьи убеждены, что неврологическая, психиатрическая или психометрическая оценка не может заменить качественную нейропсихологическую оценку в случае нарушений развития и трудностей обучения. Цели качественного и количественного исследования в корне различны; только психометрический подход при нарушениях развития не предоставляет необходимой информации для клинической оценки с нейропсихологической точки зрения. В случае нейропсихологического анализа трудностей развития и известных

синдромов, в нейропсихологической традиции А.П.Лурия, слабости функциональных механизмов должны быть выявлены в результате качественного анализа типичных ошибок в каждой задаче. Специфичные ошибки и сложности должны быть обнаружены и систематизированы согласно их связи с каждой единицей и механизмом мозга. Такой способ обоснования помогает понять функциональные факторы мозга как причины трудностей в каждом конкретном случае с целью предоставления рекомендаций и составления программ коррекции, которые приведут к психологическому развитию ребенка.

References

- Akhutina, T.V. (2001). Neuropsychological approximation to diagnosis and correction of learning difficulties in acquisition of writing. In: M.G. Jpravskaya (Ed.) *Modern approach to diagnosis and correction of speech disorders*. San Petersburg, University of San Petersburg: 195-213.
- Akhutina, T.V. & Pilayeva, N. M. (2012). Overcoming learning disabilities. A Vigotskian-Lurian neuropsychological approach. Cambridge University Press, Cambridge.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. American Psychiatric Pub.
- Barkley, R. A. (1998). Hyperactivity and attention deficit disorder. *Research and Science, 11*: 48-53.
- Barkley, R. A. (2001). The executive functions and self-regulation: an evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychological Revue, 11*: 1-29.
- Castellanos, F. X. & Acosta, M. T. (2004). Neuroanatomy of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Neurology, 38 (supl 1)*: 131-136.
- Cohen, R. A. (1993). *The Neuropsychology of Attention*. New York: Plenum Press.
- Elkonin, D.B. (1989). Selected psychological works. Moscow: Pedagogy.
- Glozman, J. (2009). *Neuropsychology of childhood*. Moscow: Academia.
- Leontiev, A.N. (2009). Psychological bases of development and teaching of a child. Moscow: Sense.
- Lisina, M.I. (2009). Formation of personality of a child in communication. Moscow: Piter.
- Luria, A. R. (1977). *Superior cortical functions*. La Habana: Orbe.
- Luria, A. R. (1989). *Brain in action*. Mexico: Ediciones Roca.
- Luria, A.R. (1973). Bases of Neuropsychology. Moscow: Moscow State University.
- Machinskaya, R.I. & Farber, D.A. (2014). Brain mechanisms of formation of cognitive activity in preschool and minor school age. Moscow: Moscow Psychological and Social University and Russian Academy of Education.
- Mikadze, Yu. M. (2008). *Child neuropsychology*. Moscow: Piter Press.
- Polonskaya, N. N. (2007). *Neuropsychological diagnosis in minor school age*.

Moscow: Academia.

Quintanar, L. & Solovieva, Yu. (2003). *Manual for child neuropsychological assessment*. Mexico: Puebla Autonomous University.

Solovieva Yu. & Quintanar L. (2017). *Brief Neuropsychological Assessment for children: Puebla*. Mexico: Puebla Autonomous University.

Solovieva, Yu. (2014). Intervention in child neuropsychology: diversity of possibilities. *Journal of Neuropsychology of Chile*. 9(E2), 46-48.

Solovieva, Yu. & Garvis, S. (2018). Vygotsky's conception of preschool development: play with orientation and narration. In: *Vygotsky's Theory in Early Childhood Education and Research*. Veraksa N. & Sheridan S. (Eds). London: EECERA. The Routledge, Taylor & Francis. 97-110.

Solovieva, Yu. & Quintanar L. (2018). Luria's síndrome analysis for neuropsychological assessment and rehabilitation. *Psychology in Russia. State of the Art*. 11 (2): 81-99.

Solovieva, Yu., Mata, A. & Quintanar, L. (2014). Ways of alternative correction in a case of attention deficit disorder at preschool age. *Journal CES Psychology*. 7(1), 95-112.

Solovieva, Yu., Akhutina, T, Quintanar, L, Hazin, I. (2019). Historical-Cultural Neuropsychology: a systemic and integral approach of psychological functions and their cerebral bases. *Estudios de Psicología* 24 (1): 65-75.

Vygotsky, S. L. (1996). *Selected Works*. Vol. IV. Madrid: Visor.

Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Симашкова Н.В. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОБСЛЕДОВАНИЮ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. В последнее время большое внимание уделяется проблеме расстройств аутистического спектра (РАС) в детском возрасте. Несмотря на обилие психометрических подходов к диагностике аутизма в детстве, остаются вопросы обоснованности применения их в повседневной практике. В России имеется многолетний опыт мультидисциплинарного сотрудничества медицинских (клинических) психологов и клиницистов в детской психиатрической практике, позволяющий более точно определить глубину и выраженность аутистических проявлений, а также определить динамику развития ребенка, что позволит адресно оказать эффективную помощь.

Ключевые слова: аутизм, атипичный аутизм, расстройства аутистического спектра, патопсихологическая диагностика, патопсихологический профиль.

Введение

Во всем мире, в том числе и в нашей стране, отмечается высокая

распространенность психических расстройств и расстройств поведения среди детского населения [10, 29], отчасти из-за появления новых нозологических классификаций и изменившихся подходов к диагностике нарушений психического развития, в частности расстройств аутистического спектра (РАС) [9, 15, 26].

В России и в большинстве стран мира диагноз «аутизм» устанавливается врачом-психиатром при наличии определенных форм поведения у ребенка [13, 16, 18] в сопоставлении с критериями МКБ-10 подрубрики F84 «Общие расстройства психологического развития» (ранее «Первазивные нарушения развития») [19], в США диагноз устанавливается по критериям DSM-5 [23]. С 2000 годов в США, а затем и в других странах появилась тенденция при постановке диагноза аутизм использовать психометрические диагностические инструменты, которые получили название «золотого стандарта» (а именно ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule и ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised). Несмотря на то, что диагностика аутизма по DSM-IV, а в настоящее время по DSM-5, не требует использования каких-либо инструментальных методов исследования, клиницисты испытывают огромное давление обязательного применения методик «золотого стандарта». Более того, психометрическая парадигма в США пошла дальше, тестами на выявление риска аутизма начали пользоваться специалисты не медицинского профиля – психологи, педагоги, социальные работники и даже родители, подменяя клиническую диагностику врача-психиатра. Это усложняют проблему в эпидемиологических оценках и в назначении профильным специалистом (психиатром) необходимого объема лечебно-реабилитационной помощи детям с РАС.

В последние годы в США начали появляться работы, ставящие под сомнение практику обязательного использования методик «золотого стандарта» для диагностики РАС, что по мнению N.K. Kaufman и других специалистов, позволит более точно клинически дифференцировать РАС со множеством других нарушений развития и снизить гипердиагностику аутистических расстройств [22, 25]. N.K. Kaufman рекомендует, дополнительно к клинической оценке психиатра, использовать различные диагностические методики, в том числе высоко оцениваются традиционные психологические и нейропсихологические диагностические методики (исследование памяти, внимания, мышления и др.) за их информативность и методологическое совпадение с клинической оценкой психиатра [25]. Стоит отметить, что отечественные специалисты при работе с детьми с РАС основываются не только на определении интеллектуального и речевого развития, но и на оценке зоны ближайшего развития (по Л.С. Выготскому),

эмоционального развития ребенка и др. [1, 17].

В России наряду с использованием клинических диагностических критериев МКБ-10 (подрубрика F84) накоплен богатый опыт содружественной работы медицинских (клинических) психологов и клиницистов в детской психиатрической клинике. При этом используются как методики, уже доказавшие свою эффективность, так и разрабатываются новые диагностические инструменты. Среди данного многообразия методик и шкал хочется отметить следующие:

- «рейтинговая шкала детского аутизма» – Childhood Autism Rating Scale (CARS, E. Shopler) [27] предназначена для количественной оценки выраженности аутистической симптоматики у детей с РАС в возрасте от 2 до 15 лет. CARS является одним из наиболее используемых стандартизированных инструментов для вторичного скрининга симптомов аутизма, проводимого врачом-психиатром. Шкала применялась с научно-исследовательских целей в ряде отечественных исследований [6, 8, 14];
- «шкала клинической оценки детского аутизма» (ШКОДА, А.Ф. Шапошникова) [20, 21] предназначена для количественной оценки выраженности аутистической симптоматики, в том числе характерной для высокофункционального аутизма у детей с РАС в возрасте 6-12 лет (в настоящее время разрабатывается вариант для детей дошкольного возраста);
- «шкала выраженности кататонических расстройств Буша-Фрэнсиса» – (Bush-Francis Catatonia Rating Scale, BFCRS) [24] предназначена для диагностики и оценки тяжести состояния. BFCRS полезна для детализации изменений с течением времени и для оценки изменений во время лечения в отдельных случаях и при контролируемых исследованиях;
- психологообразовательный тест (Psychoeducational Profile, PEP, E. Shopler), дающий возможность оценить уровень когнитивного развития ребенка с аномальным развитием, начиная с раннего возраста [28];
- батарея патопсихологических методик, разработанных в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ: «Фигуры Липера», «Идентификация формы», «Конструирование объектов», «Малая предметная классификация» и др. [2, 4], используемых с целью дополнительного дифференциально-диагностического инструмента при клиническом обследовании пациентов.

Данный подход позволяет комплексно обследовать пациентов с различными формами аутизма, сопоставив когнитивное и эмоциональное развитие детей с аутизмом, выделять как наиболее сохранные, так и отстающие от возрастной нормы сферы и функции [1,

3, 7, 11, 12, 17].

Дифференциальная патопсихологическая диагностика аутистических расстройств в детстве не должна сводиться лишь к оценке их умственных способностей (величине IQ). Данные об интеллектуальном развитии, следует рассматривать только в контексте особенностей общего психического развития ребенка. Помимо этого, особое внимание необходимо уделять уровню сформированности произвольной регуляции поведения, и в первую очередь регуляции, связанной с ориентировкой на других детей, и социальным мотивам [1, 14, 17]. Клинические и психологические наблюдения должны позволить более точно определить глубину и выраженность аутистических проявлений, а также определить динамику развития ребенка, что позволит адресно оказать эффективную помощь.

Цель настоящего исследования – описать патопсихологические профили пациентов детского возраста с разными типами РАС.

Материал и методы

Работа выполнена в отделе детской психиатрии (руководитель – д.м.н., проф. Н.В. Симашкова) ФГБНУ НЦПЗ (директор – д.м.н., проф. Т.П. Ключник).

Выборка исследования: 254 пациента в возрасте 4-17 лет (средний возраст – 7,3 лет), которые представляли 6 основных типов РАС (см. таблицу 1). Катамнестическое наблюдение от 3 до 15 лет.

Таблица 1.

Распределение пациентов по диагнозам и возрасту

Диагноз	Шифр по МКБ-10	Средний возраст	Количество пациентов
Синдром Аспергера	F84.5	5,5±1,8	20
Детский аутизм дизонтогенетический	F84.0	6±2	12
Детский психоз	F84.02	4±1,5	156
Синдром Каннера	F84.01	6,5±1,2	8
Атипичный аутизм (синдромальный), ломкая X-хромосома, больные с синдромом Мартина-Белл	F84.11 (Q99.2)	6,0±2,6	10
Атипичный детский психоз	F84.12	7,0±2,6	48

Методология исследования. Для достижения цели исследования был создан диагностический комплекс методик, с помощью которых были обследованы все группы больных. С учетом возрастных (пациенты от 4-х лет) и иных особенностей испытуемых (состояние,

степень прогрессивности, проявления ретардации психического развития) при патопсихологическом обследовании пациентов были использованы следующие методики: РЕР (Психологообразовательный тест), позволяющий качественно и количественно оценить уровень развития основных сфер ребенка с аутизмом; патопсихологические методики для оценки восприятия, мышления, особенностей моторики, в том числе и разработанные в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ. Предметно-содержательный и операционный компоненты зрительного восприятия оценивались при помощи методик «фигуры Липера» и «идентификация формы». Предметно-содержательный и операционный компоненты мышления при помощи методик «малая предметная классификация», «пересечение классов», «конструирование объекта», «сравнение понятий». Особенности мелкой моторики, наряду с субтестами из РЕР, оценивались при помощи методики «рисунок себя». Результаты выполнения Психологообразовательного теста так и патопсихологических методик оценивались соответственно набранным балам по каждой из выделенных сфер. Если ребенок выполнял предлагаемые задания, то в таком случае результат оценки был положительным и входил в комплексную оценку. В случае невыполнения ребенком предлагаемого задания, результат оценивался как отрицательный, согласно следующей оценке. Ребенок мог либо опережать возрастную норму (результаты по РЕР), так и отставать от нее, или демонстрировать более сложный диссоциированный вариант развития, сочетающий элемент отставания и опережения. Так как РЕР включает когнитивные сферы, то при возможности для выявления патопсихологического профиля проводилось сопоставление с указанными патопсихологическими методиками. Итоговая комплексная оценка по результатам выполнения диагностического комплекса разделила всех обследованных больных, на несколько подгрупп с разным уровнем когнитивного развития. Следует отметить, что общим для всех больных детей было разной степени выраженности отставание по сфере мелкой моторики как РЕР, так и рисунку себя, тогда как выполнение субтестов по остальным сферам РЕР и указанных патопсихологических методик различалось.

Результаты и их обсуждение.

Клинико-динамическое и катamnестическое наблюдение за пациентами с РАС позволило выделить основные формы РАС. Диагностика основывается на диагностических критериях по МКБ-10, клинической оценке врача-психиатра, клинико-возрастной динамике, выделении и описании патопсихологического профиля пациентов (см. таблицу 2) и направлена на разработку терапевтических персонализированных маршрутов ведения пациентов.

Виды когнитивного дизонтогенеза при разных типах РАС в детском возрасте

Диагноз	Вид когнитивного дизонтогенеза
Синдром Аспергера (F84.5)	Искаженный вид когнитивного дизонтогенеза, асинхронное психическое развитие
Детский аутизм дизонтогенетический (F84.0)	Искаженный вид когнитивного дизонтогенеза, легкий когнитивный дефицит
Детский психоз (F84.02)	Искаженный либо дефицитарный виды когнитивного дизонтогенеза, легкий / умеренный когнитивный дефицит
Синдром Каннера (F84.01)	Дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза, тяжелый когнитивный дефицит
Атипичный аутизм (синдромальный), ломкая X-хромосома, больные с синдромом Мартина-Белл (F84.11, Q99.2)	Дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза, когнитивный дефект
Атипичный детский психоз (F84.12)	Сочетание дефицитарного и регрессивно-дефектирующего видов когнитивного дизонтогенеза (когнитивный дефект)

I. Синдром Аспергера. Клиническая характеристика (оценка врача-психиатра)

Эволютивно-конституциональный синдром Аспергера является врожденным расстройством, но проявляется у пациентов обычно в ситуациях интеграции в социум (посещение детского сада, школы). Пациенты имеют отклонения в социальных коммуникациях, в невербальном поведении (жесты, мимика, манеры, зрительный контакт), имеют трудности при эмоциональном сопереживании. У них наблюдается раннее речевое развитие, богатый речевой запас, хорошее логическое мышление при работе с формальным материалом. Коммуникативная сторона речи страдает (говорят без учета ситуации, не слушают собеседника, ведут беседу с самим собой, имеют необычные речевые обороты). Они не умеют устанавливать взаимодействия со сверстниками, не соблюдают социальную

дистанцию, не понимают юмора, реагируют агрессией на насмешки.

Клинико-возрастная динамика. У 40% пациентов диагноз СА сохраняется по достижению совершеннолетия. Аутизм смягчается, но сохраняется «социальная неуклюжесть», сенситивность. Пациенты успешны в выбранной по интересам специальности. В 60% случаев к 16 годам диагностируется «шизоидное расстройство личности» (F60.1). Данные пациенты имеют лучшую социальную адаптацию, чем пациенты с СА.

Патопсихологический профиль. Проведение патопсихологического обследования с преимущественной опорой на качественный клинико-психологический анализ выявляет у пациентов с СА искаженный вид когнитивного дизонтогенеза. Выявляется асинхронное психическое развитие, в ряде случаев с опережением в развитии отдельных сфер психического развития. Наблюдается дезинтеграция когнитивных представлений и вербальной сферы при достаточно высоком уровне их развития, часто опережающее развитие по предметно-содержательному и операционному компонентам зрительного восприятия, своеобразии развития всех компонентов мышления, мелкой и крупной моторики, зрительно-двигательной координации, отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции. Пациентам с СА доступно большинство базовых патопсихологических методик с опорой на качественный анализ результатов их выполнения.

II. Детский аутизм дизонтогенетический. Клиническая характеристика (оценка врача-психиатра)

Клиническая картина детского аутизма дизонтогенетического исчерпывается проявлениями диссоциированного дизонтогенеза, асинхронными сенсомоторными нарушениями, нарушениями эмоционального и социального взаимодействия в системе «мать-дитя». Расстройство негрубое, наиболее ярко проявляются в дошкольном периоде, при своевременной диагностике имеют тенденцию к сглаживанию симптоматики, у пациентов развивается эмоциональная сфера. При запоздалой диагностике могут присоединяться двигательные нарушения (гиперактивность, «малые кататонические знаки»), которые способствуют задержке речевого развития. В младшем школьном возрасте выявляются трудности социального взаимодействия при сохранении интереса к общению.

Клинико-возрастная динамика.

При своевременной диагностике, назначении персонализированной психофармакотерапии и раннем психолого-педагогическом вмешательстве, у пациентов с ДАД отмечается положительная динамика траектории психического развития, нормализуется

социальная адаптация в школьных и трудовых коллективах, развиваются творческие способности, которые и определяют профессиональное становление индивида. В случаях с несвоевременной диагностикой и пропущенным активным ранним вмешательством в критические (сенситивные) периоды психического развития у пациентов с ДАД когнитивный дизонтогенез может переходить в когнитивный дефицит и патохарактерологическое развитие личности.

Патопсихологический профиль. Проведение патопсихологического обследования с преимущественной опорой на качественный клинико-психологический анализ выявляет у пациентов с ДАД искаженный вид когнитивного дизонтогенеза. Выявляется асинхронное развитие, негрубая дезинтеграция когнитивных представлений и вербальной сферы при достаточно высоком уровне их развития, предметно-содержательный компонент зрительного восприятия развит по возрасту, тогда как операционный компонент зрительного восприятия немного отстает от возрастной нормы. Выявляется своеобразие развития всех компонентов мышления. Мелкая и крупная моторики развиты удовлетворительно, наблюдается асинхрония в развитии зрительно-двигательной координации, отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции, достаточное развитие мотивационной сферы.

III. Детский психоз. Клиническая характеристика (оценка врача-психиатра)

При детском психозе в клинической картине наряду с симптомами аутизма у больных присутствуют двигательные нарушения. Болезнь манифестирует в первые 3 года жизни ребенка, с пиком заболевания от 1,5 до 2-х лет, что проявляется выраженным «отрешением» от окружающего мира гиперкинетическими кататоническими проявлениями (бег по кругу, вдоль стены, из угла в угол, подпрыгивания, раскачивания, карабканье наверх, атетоз, потряхивания кистями, ходьба с опорой на пальцы ног, изменчивый мышечный тонус). Моторное возбуждение сопровождается негативизмом. Дети не замечают окружающих, часто «сохраняют собственную территорию», в случаях нарушения границ – возникает тревога, агрессия, плач, отторжение коммуникации. Речевое развитие в активном периоде болезни останавливается. На выходе из состояния у больных присоединяются поведенческие нарушения: искажение пищевого инстинкта, особая чувствительность к новым видам пищи, стереотипные влечения (удерживание стула, задержка мочи), патологические привычные действия (сосание пальцев, онихофагия, трихотилломания, яктация). Кататонические нарушения, тяжелый аутизм приостанавливают онтогенетическое развитие пациента в остром периоде течения болезни

на протяжении 2-3 лет, способствуя формированию «нажитой» задержки психоречевого развития.

В ремиссии у детей сохраняется избыточная двигательная активность, сочетающаяся с кратковременным привлечением внимания. При первичном обращении к врачу на данном этапе болезни часто диагностируют «Гиперкинетическое расстройство» (F90, МКБ-10). В ходе проведенной абилитации / реабилитации к 7-9 года проявления СДВГ купируются.

Клинико-возрастная динамика. Нажитая неравномерная задержка развития в большинстве наблюдений смягчается и преодолевается на фоне своевременно назначенной психотерапии и немедикаментозной коррекции. Развивается эмоциональная сфера. IQ у всех больных > 70, сохраняется легкий когнитивный дизонтогенез. Возрастной фактор, факторы развития (положительные тенденции онтогенеза) и терапия способствуют благоприятному исходу («практическое выздоровление» – в 10%; «высокофункциональный аутизм» – в 50%, регрессиентное течение болезни – в 40%).

Патопсихологический профиль. Проведение патопсихологического обследования выявляет искаженный либо дефицитарный виды когнитивного дизонтогенеза. В данном случае наличие того или иного вида когнитивного дизонтогенеза в большей степени связано с длительностью заболевания, возрастом выявления заболевания и коэффициентом интеллекта в целом. У больных с ДП отмечается выраженная диссоциация когнитивного развития, в ряде случаев развитие отдельных сфер может приближаться к нормативному, наряду с отставанием других сфер. Отмечаются особенности когнитивных функций пациентов с ДП, проявляющиеся в выраженной дезинтеграции когнитивных представлений и вербальной сферы. У большинства обследованных больных имеет место нормативное развитие по предметно-содержательному и операционному компонентам зрительного восприятия. Наряду с этим выявляется отставание по уровню развития всех компонентов мышления, а также мелкой и крупной моторики, зрительно-двигательной координации. Наблюдается выраженное отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции. Непонимание большинства «тонкостей» социальных ситуаций, дефицитарное развитие «социального интеллекта».

IV. Синдром Каннера. Клиническая характеристика (оценка врача-психиатра)

Синдром Каннера характеризуется наличием «классической триады» симптомов аутизма: нарушений социального взаимодействия и общения, а также стереотипного поведения. Рецептивная и

экспрессивная речь развиваются с выраженной задержкой: гуление и лепет бедные, отсутствует жестикуляция. Словарный запас пополняется медленно, после 3-5 лет появляются короткие фразы-штампы. Коммуникативная сторона речи практически отсутствует. Больные СК не способны к диалогу, пересказу, не используют личные местоимения. Дефицит взаимной коммуникации проявляется в отсутствии игры-имитации и подражания при взаимодействии со сверстниками. Психическая деятельность обеднена, стереотипна с симптомами тождества. Крупная моторика угловатая с двигательными стереотипиями, атетозоподобными движениями, ходьбой с опорой на пальцы ног, мышечной дистонией. Комплекс оживления возникает спонтанно, в рамках аутистических интересов, и проявляется общим двигательным возбуждением. При выраженном отставании в развитии высших психических функций отмечается диссоциация, дезинтеграция внутри отдельных сфер психической деятельности.

Клинико-возрастная динамика. Аутизм при СК в тяжелой форме сохраняется на протяжении жизни, тормозит психическое развитие ребенка. Характерные для аутизма специфические проявления дефекта сохраняются. Когнитивные нарушения отмечаются с первых лет жизни. К пубертатному возрасту интеллект в 75 % случаев снижен ($IQ < 70$).

Патопсихологический профиль. Проведение патопсихологического обследования у пациентов с СК выявляет дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза. В патопсихологическом профиле на первый план выступает наличие выраженных когнитивных дефицитов во всех сферах, диссоциация не выражена. Наблюдается близкое к нормативному развитие восприятия. Выявляется изолированное «парциальное» развитие отдельных сфер в силу диспропорции развития межфункциональных связей. У пациентов с СК имеют место выраженные дефициты в развитии мышления, задержка в развитии моторных функций, выраженное отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции.

V. Атипичный аутизм синдромальный (F84.11 - на примере больных с синдромом Мартина-Белл (Q99.2, ломкая X-хромосома).

Клиническая характеристика (оценка врача-психиатра)

Аутистические нарушения у пациентов с атипичным аутизмом синдромальным наблюдаются на определенном этапе развития в среднем у 60% больных с синдромом Мартина-Белл (в младшем школьном возрасте, начале пубертата). В дальнейшем в подростковом возрасте ведущими в клинической картине становятся симптоматика УМО и соматическая патология.

У людей с полной мутацией гена наблюдаются когнитивные нарушения, эпилептические приступы, стереотипное поведение,

трудности коммуникации и социального взаимодействия, высокая социальная тревожность, робость, избегание зрительного контакта, ускоренный темп речи с многочисленными повторами и запинками, а также эхолалиями, возбуждением (в 20%), гиперактивностью с дефицитом внимания, гиперчувствительность к сенсорным стимулам. В зависимости от количества белка специфический поведенческий фенотип у людей с FXS проявляется в разной степени.

Клинико-возрастная динамика. С годами нарастает интеллектуальный дефект, проявления астении, адинамии. Преимущественно большие во взрослом возрасте являются «жителями» психоневрологических интернатов.

Патопсихологический профиль. Проведение патопсихологического обследования у пациентов с ААС выявляет дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза. На первый план выступает регресс развития отдельных сфер. Особенности когнитивных функций проявляются в выраженном регрессе в развитии операционного компонента восприятия, наряду со сниженным развитием предметно-содержательного компонента зрительного восприятия. Отмечаются тотальная задержка в развитии мышления, частичная задержка в развитии моторных функций. Выявляется близкое возрастной норме развитие эмпатии, наряду с выраженным отставанием в развитии социальной перцепции, непонимание большинства «тонкостей» социальных ситуаций.

VI. Атипичный детский психоз. Клиническая характеристика (оценка врача-психиатра)

В клинической картине атипичного детского психоза наряду с ключевыми симптомами аутизма наблюдаются кататонические нарушения. Манифестирует заболевание на 3-5-м году жизни. Отмечаются выраженные гиперкинетические проявления, гипокинетические, двигательные стереотипии, сопровождающиеся регрессом высших психических функций: речи, моторики, игры. Неспецифические поведенческие проявления: агрессия, аутоагрессия, расстройства пищевого поведения, вплоть до пикацизма, утрата навыков опрятности сохраняются в течение 1,5-2 лет. Длительность АДП – 4,5-5 лет.

Клинико-возрастная динамика. В терапевтических низкого качества ремиссиях, сохраняется тяжелый аутизм, стереотипии, проявления астении и когнитивный дефект. В 3/4 случаев к 5-6 годам у детей формируется речь. Мышление характеризуется конкретностью, неспособностью к абстрактным формам познания, эмоциональная сфера развивается с задержкой. Обострения возникают спонтанно или после соматических и психогенных провокаций в течение жизни.

Патопсихологический профиль. Проведение патопсихологического обследования у пациентов с АДП выявляет выраженные проявления дефицитарного вида когнитивного дизонтогенеза, в ряде случаев (до 12%) – регрессивно-дефектирующего вида. Наблюдается сочетанное проявление выраженных когнитивных дефицитов и диссоциации психического развития. Иногда на первый план выступает регресс развития отдельных сфер. Особенности когнитивных функций проявляются в выраженном отставании в развитии операционного компонента восприятия, наряду с близким нормативному развитию предметно-содержательного компонента зрительного восприятия. Отмечаются выраженные дефициты в развитии мышления, задержка в развитии моторных функций. Выявляется выраженное отставание от возрастной нормы с дезинтеграцией в развитии эмпатии и социальной перцепции. Непонимание большинства «тонкостей» социальных ситуаций, дефицитарное развитие «социального интеллекта».

Заключение

Реализация персонализированного подхода в диагностике каждого пациента с разными типами РАС, основанная на диагностических критериях по МКБ-10, клинической оценке врача-психиатра, клинково-возрастной динамике, системном качественном патопсихологическом анализе, выделении и описании патопсихологического профиля пациентов позволила сгенерировать и обобщить данные длительных катамнестических наблюдений больных с РАС. Полученные результаты изложены в виде объемной модели, позволяющей всем заинтересованным специалистам, прежде всего врачам-психиатрам и медицинским психологам, занимающимся курацией пациентов с РАС, наиболее точно диагностировать тот или иной тип расстройств аутистического спектра.

Исходя из полученных данных, с использованием диагностического, клинического, патопсихологических подходов, выстраиваются персонализированные маршруты ведения пациентов, что важно для практического здравоохранения, образования и социальных институтов в рамках междисциплинарного и межведомственного взаимодействия.

Введение диагностических методик «золотого стандарта» в широкую практику большинства стран мира потребует необоснованно завышенных затрат (подготовка специалистов, значительные временные затраты на проведение диагностики и пр.), что делает методики недостижимыми для большинства пациентов, требует большей осторожности с выставлением диагноза у пациентов с подозрением на РАС. Окончательный диагноз должен устанавливаться на данных подробного психиатрического осмотра, а также дополнительных

параclinical sources.

Литература

1. Зверева Н.В. Проблемы патопсихологической диагностики в детской психиатрической клинике // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018. Т. 18. № 1. С. 20-26.
2. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). М.: Издательство МБА, 2014. 40 с.
3. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2018. Т. 118. № 5. С. 3-11. DOI: 10.17116/jnevro2018118523.
4. Зверева Н.В., Хромов А.И., Сергиенко А.А., Коваль-Зайцев А.А. Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (память и восприятие). М.: Сам полиграфист, 2017. 48 с.
5. Иванова М.М., Бородина Л.Г. Особенности мышления у детей с аутизмом без умственной отсталости // Аутизм и нарушения развития. 2020. Т. 18. № 1. С. 38-50. DOI: 10.17759/autdd.2020180105.
6. Касаткин В.Н., Шапошникова А.Ф., Письменная Н.В., Бородина Л.Г., Сударинова М.А. Опыт применения стандартизированных диагностических оценочных шкал в комплексной программе лечебно-коррекционной помощи детям с расстройствами аутистического спектра // Детский аутизм: исследования и практика. М.: Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков. 2008. С. 26-58.
7. Коваль-Зайцев А.А. Социальная перцепция в контексте видов когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра. Дети. Общество. Будущее: сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века»: сборник статей. Т. 1. Москва: КНОРУС, 2020. С. 297-301. DOI: 10.37752/9785406029381-78.
8. Красноперова М.Г. Клиника и психопатология процессуального детского аутизма, протекающего с манифестными психозами и задержкой психического развития. Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 – психиатрия; Научный центр психического здоровья РАМН. М., 2003. 247 с.
9. Куприянова Т.А., Корень Е.В., Датуашвили М.Т., Корнева М.Ю., Красов В.А. Динамика показателей госпитализации детей с расстройствами аутистического спектра в детском психиатрическом стационаре // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. Т. 29. № 1. С. 40-44.
10. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах // Российский психиатрический журнал. 2019. № 4. С. 4-15.
11. Никольская О.С. Структура нарушения психического развития при детском аутизме // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2014. № 18. (Детский аутизм: пути понимания и помощи). [Электронный

- ресурсы]. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/struktura-narusheniia-psihicheskogo-razvitiia-pri> (дата обращения: 01.09.2021).
12. Никольская О.С., Баянская Е.Р., Гусева И.Е. Задачи и методы коррекционной помощи ребенку с аутизмом. Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 1. С. 140-152. DOI: 10.17759/cpp.2019270109.
 13. Симашкова Н.В. Дизонтогенез. В кн.: Психиатрия: Научно-практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. С. 466-467.
 14. Симашкова Н.В. Типология расстройств аутистического спектра. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. М., 2016. С. 44-96.
 15. Симашкова Н.В., Иванов М.В., Макушкин Е.В., Шарлай И.А., Ключник Т.П., Козловская Г.В. Эпидемиологический скрининг риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (данные по России 2017-2019 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 11. С. 79-86. DOI: 10.17116/jnevro202012011179.
 16. Симашкова Н.В., Ключник Т.П. Расстройства аутистического спектра. В кн.: Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 11-43.
 17. Соловьева Т.А., Коробейников И.А., Либлинг М.М. «Эффективность» и «доказательность» психолого-педагогических методов: нужен ли специалистам образования медицинский регламент? // Дефектология. 2020. № 4. С. 14-19.
 18. Тиганов А.С. Основные симптомы и синдромы психических заболеваний. В кн.: Психиатрия: Научно-практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. С. 39-71.
 19. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. Москва: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2010. 132 с.
 20. Шапошникова А.Ф. Методика обследования детей 6-12 лет при помощи шкалы клинической оценки детского аутизма // Психическое здоровье. 2013. № 5. С. 7-11. 160.
 21. Шапошникова А.Ф. Структурно-динамические особенности высокофункциональных аутистических расстройств у детей младшего школьного возраста. Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 – психиатрия; Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии. М., 2014. 146 с.
 22. Colombi C., Fish A., Ghaziuddin M. Utility of the ADOS-2 in children with psychiatric disorders. European Child & Adolescent Psychiatry. 2020. № 29. P. 989-992. DOI: 10.1007/s00787-019-01411-8.
 23. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Association. 2013. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (дата доступа 01.09.2021).
 24. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Ed.: W. Guy, 1976.

25. Kaufman N.K. Rethinking “gold standards” and “best practices” in the assessment of autism // Applied Neuropsychology: Child. 2020, 27 Aug. P. 1-12. DOI: 10.1080/21622965.2020.1809414.
26. Myers J., Chavez A., Hill A.P., Zuckerman K., Fombonne E. Epidemiological Surveys of Autism Spectrum Disorders. In book: Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3rd Edition. Ed. by F.R. Volkmar. Cambridge University Press, 2019. P. 25-60. DOI: 10.1017/9781108297769.003.
27. Schopler E., Reichler R.J., Renner B.R. The childhood autism rating scale (CARS) for diagnostic screening and classification of autism. New York: Irvington, 1986.
28. Schopler E., Lansing M., Reichler R., Marcus L. Psychoeducational Profile: Third Edition (PEP-3). Austin: Texas, 2004.
29. Verhulst F.C., Tiemeier H. Epidemiology of child psychopathology: major milestones // European Child & Adolescent Psychiatry. 2015. № 6. P. 607-617. DOI: 10.1007/s00787-015-0681-9.

Ковшова О. С.
ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В
ПСИХОСОМАТИКЕ

Аннотация. Использование метода рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга в диагностике эмоционального реагирования и поведения в ситуации фрустрации у 196 подростков с эссенциальной артериальной гипертонией позволило определить значимые факторы психической дезадаптации и провести математическое моделирование состояний фрустрации и эмоционального стресса многомерным анализом. Полученные модели дискриминации имели высокую статистическую значимость ($p < 0,001$). Внутри каждой подгруппы (кластера), установлено 6 достоверно значимых переменных в математической модели, позволившие различать каждый поведенческий кластер и разработать дифференцированный подход в интегративной детско-подростковой психотерапии.

Ключевые слова. Эссенциальная артериальная гипертония, подростковый возраст, эмоциональное реагирование, психосоциальная адаптация, интегративная детско-подростковая психотерапия.

Введение.

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из серьёзных проблем здравоохранения на сегодняшний день как основной фактор риска болезней сердечно-сосудистой системы, с которым ассоциировано развитие инсультов, ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда [2,4]. Повышенное артериальное давление нередко впервые регистрируется в раннем возрастном периоде, при чём в когорте детей до 12 лет в основном (в 90 % случаев) регистрируется так

называемая вторичная (симптоматическая – возникающая на фоне других заболеваний) АГ, в группе подростков 12–18 лет определяется эссенциальная (первичная) артериальная гипертензия (ЭАГ) [1,3,11,19, 23].

По данным эпидемиологических исследований, на долю ЭАГ у детей до 15 лет приходится 35 %, в возрасте до 18 лет – 80 % всех случаев АГ региональной гемодинамики [12,17]. Важнейшей отличительной особенностью АГ является высокая частота её коморбидности, что, безусловно, серьезно затрудняет понимание многочисленных вопросов этио-патогенетических характеристик данного заболевания.

Психосоматический подход рассматривает артериальную гипертензию (АГ) как результат мультифакториального взаимодействия иммунологических, генетических и социально-психологических факторов. Проблема психологической диагностики факторов, участвующих в становлении АГ детей и подростков и лиц старшего возраста интенсивно разрабатывается, как отечественными, так и зарубежными авторами [13, 14, 19, 21, 23].

Осознание важности психологического фактора в возникновении, течении и исходе соматического заболевания сделало субъективный мир человека в болезни объектом исследования и привело к развитию личностного подхода, основоположником которого мы считаем В. Н. Мясичева (1970), выделяющего две основные патогенетические линии причинно-следственных связей в развитии заболеваний.

Первая – особенности поведения, зависящие от биологических и физиологических функций организма, формирующие условия жизнедеятельности во внешней среде и влияющие на течение любого заболевания. Вторая – особенности эмоционального состояния личности, доминирующие во времени и изменяющие физиологический гомеостаз организма [8, 9, 14, 18].

С позиции «биопсихосоциальной» модели здоровья и развития заболеваний И. Харди (1988) человеческий организм – открытая саморегулирующая система взаимосвязи человека и окружающей среды (семья, общество).

В теории фрустрации С. Розенцвейга [22] рассматривается связь эмоционального напряжения и тревоги с задержкой нормальной циркуляции энергии в психическом аппарате, на уровне «витальной защиты», которая служит индикатором Эго-защиты в проявлении эмоций страха, гнева, агрессивности и тревоги. Реакции фрустрации принимают два основных направления: импульсивность и толерантность (устойчивость). Устойчивость к фрустрирующим ситуациям в существенной степени зависит от интенсивности того

минимального воздействия, при котором наблюдается состояние фрустрации. Порог фрустрации можно рассматривать как меру потенциальной стабильности психической адаптации. Понижение этого порога будет определять ее потенциальную неустойчивость.

Наследственная предрасположенность, внутрисемейные конфликты рассматриваются с одной стороны, как возможный психогенный фактор, а с другой установлено, что наследственная предрасположенность для пациентов с АГ предопределена геномным типом наследования ДНК определенного вида [5, 6].

В качестве центрального звена психосоматических соотношений и ключевого механизма, связывающего соматические, психологические и социальные факторы в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы, таких как ЭАГ у подростков, рассматривается острое и хроническое эмоциональное напряжение [7, 8, 9, 12, 14, 17].

Многочисленные исследования показали, что у подростков в 33-42% регистрируется артериальная гипертензия /АГ/, которая у каждого третьего трансформируется в ГБ. Психосоматический подход в диагностике и психологической реабилитации ЭАГ подростков на раннем этапе становления ЭАГ способствует эффективной превенции ГБ взрослых.

В настоящем исследовании с позиции холистического подхода к болезни рассматривается взаимодействие комплекса клинических, психо-социальных факторов, участвующих в развитии ЭАГ подростков.

Цель работы – определить тип и направление эмоционального реагирования в ситуации фрустрации, как один из факторов клинко-психологического реагирования при артериальной гипертензии подростков и разработать программу психотерапии нарушений эмоционального состояния и поведения в болезни.

Выборка. Проведено клинко-психологическое обследование 196 подростков 14 - 16 лет в детском отделении Самарского областного клинического кардиологического диспансера. Диагноз - «Первичная или эссенциальная артериальная гипертензия» /ЭАГ/ верифицирован в условиях стационара, шифр по МКБ-10 – 110163 – 110115. Основной клинический симптом – хроническое повышение артериального давления /АД/ с неустановленной причиной (И.В. Леонтьева, 2008). Подтверждение стабильного повышения систолического артериального давления /САД/ выше 140-159 мм рт. ст. и диастолического /ДАД/ выше 90-99 мм рт. ст., когда показатели артериальной гипертензии соответствовали 95 перцентилю кривой распределения АД в норме у детей и подростков.

Основная группа - 196 подростков с АГ (94 мальчика и 102 девочки). Возникновению АГ у подростков основной группы способствовало

хроническое эмоциональное напряжение на фоне различных отягощающих психосоциальных факторов, таких как: психотравмирующие ситуации (32%), смерть или тяжелое хроническое заболевание близких (11%), алкоголизм родителей (15%), неполные семьи и развод родителей (25%), конфликтные ситуации дома (42%), в школе (36%). Наследственная отягощенность по ГБ отмечалась в 37% у одного родителя и в 19% - у обоих родителей.

Контрольная группа – 100 человек (50 мальчиков и 50 девочек) с идентичными биологическими и социальными характеристиками. Обследуемые подростки не предъявляли жалоб и не состояли на диспансерном учете с каким – либо заболеванием.

На 1-ом клинико-диагностическом этапе, согласно рекомендациям ВОЗ и методическим рекомендациям МОАГ (2018), проводилась оценка реактивности сердечно-сосудистой системы по определению эмоциональной реакции и поведения в ситуации фрустрации у пациентов с ЭАГ [10].

Методы исследования. В работе использована психологическая методика – тест рисуночной фрустрации С. Розенцвейга (1949) в модификации Н. В. Тарабриной (1973) [16]. Согласно известной классификации Л. Франка методика известна в литературе также как Р-Гтест (Picture-Frustration Study), фрустрационный тест С. Розенцвейга или Метод фрустрационной толерантности [20]. Методика предназначена для измерения трёх личностных характеристик: интенсивности и характера эго-защитных реакций; направлению интенсивности и вероятностных источников агрессивности; уровня фрустрационной толерантности и микросоциальной адаптации. Фрустрация – состояние напряжения, расстройства, беспокойства, вызываемое неудовлетворенностью потребностей, объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, препятствиями на пути к важной цели.

Методика направлена на изучение эмоционально–когнитивных стереотипов реагирования на фрустрацию, позволяет оценить коэффициент групповой адаптации - социальной адаптации личности, проанализировать тип и направление эмоционального реагирования в ситуации фрустрации и определить фрустрационную толерантность.

Методика состоит из 24 проективных контурных рисунка. Ситуации, изображенные на рисунках, можно разделить на две основные группы.

Ситуации «*препятствия*». Проективные рисунки: 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 24.

Ситуации «*обвинения*». Проективные рисунки: 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19, 21.

Оценка полученных ответов, в соответствии с теорией С. Розенцвейга, осуществляется по направлению реакции (агрессии) и ее типу. По направлению эмоционального реагирования они подразделяются на: экстрапунитивные (Е), интрапунитивные (I), импунитивные (М).

По типу реакции подразделяются на: а) препятственно-доминантные (OD) - с фиксацией на препятствии, самозащитные (ED) - с «фиксацией на самозащите», необходимо-упорствующие (NP) – с фиксацией на удовлетворении потребности».

Образцы. На основании профиля числовых данных составляются три основных и один дополнительный образец по Н. В. Тарабриной (1973).

Первый образец выражает относительную частоту разных направлений эмоционального ответа, таких как: экстрапунитивные, интрапунитивные и импунитивные ответы, которые располагаются в порядке значений от большего к меньшему, например Е - 12, I - 5, М - 7, что означает, как $E > I > M$.

Второй образец выражает относительную частоту типа эмоционального реагирования, таких как препятственно-доминантные (OD), самозащитные (ED), необходимо-упорствующие (NP), которые также располагаются в порядке значений от большего к меньшему – OD - 11, ED - 8, NP - 6, что можно представить в виде - $OD > ED > NP$.

Третий образец выражает относительную частоту трех часто встречающихся эмоциональных факторов независимо от типа и направления эмоционального реагирования, что записывается в виде – $E > E' > M$.

Четвертый, дополнительный образец включает сравнение ответов Е и I в ситуациях «препятствия» и в ситуациях «обвинения», составляют не более 33% от общего числа ответов.

GCR – показатель сходства ответов испытуемого со статистически определенным, наиболее часто встречающимся типом эмоционального реагирования. Результирующий балл (0, 0,5, 1) заносится в таблицу результатов первичной обработки, содержание столбика полученных значений суммируется, переводится в %, с учетом, что за 100% принимается 14 (количество символов в ключе).

Категория «фрустрационная толерантность» - способность субъекта отсрочить во времени удовлетворение потребности, либо реакцию, т.е. степень соответствия поведения принципу реальности, а не принципу удовольствия. Низкая фрустрационная толерантность связана со слабостью Эго и повышением удельного веса Эго-защитных реакций (ED).

Все ситуации теста Розенцвейга можно разделить на так называемые «эго-блокинговые», в которых фрустрируется какая-либо «витальная

потребность» и «супер-эго-блокинговые», отражают эмоциональную реакцию персонажа, подвергаемого прямому обвинению со стороны партнера по общению. Супер-эго-блокинговые ситуации провоцируют специфические реакции, шифруемые в протоколе символами «E» (внешнее агрессивное поведение) и «I» (самообвинение, аутоагрессия) [16, 22].

Методы статистического анализа. Для математической обработки полученного материала были использованы методы вариационной статистики с вычислением средней арифметической величины (M), среднего квадратичного отклонения (σ), ошибки средней арифметической (m). Достоверность различий выборок оценивалась с помощью критерия Стьюдента (t). Для выражения связи между варьирующими признаками был проведен корреляционный анализ, при помощи которого изучали частоту и степень сопряженности между изучаемыми признаками. Корреляционный анализ позволил определить форму и направления связи между варьирующими признаками, а также определить силу или тесноту взаимосвязи и ее направленность. При этом был использован коэффициент корреляции (r) по способу квадратов К. Пирсона. Сравнение проводилось также с помощью различных схем дисперсионного анализа. Поскольку численность обследованных групп при различных видах анализа была неодинаковой, величина выборки в каждом случае указана отдельно. Критерием статистической достоверности был уровень $p=0,05$. Обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ статистического анализа SPSS, version 10.07, позволяющих вести математическую обработку данных по статистическим параметрам. Также полученные данные анализировали с помощью методов параметрической (t -тест Стьюдента для сопряженных и независимых выборок) и непараметрической статистики (Мана-Уитни) с использованием статистического пакета Statistica for Windows v.10.0 (StatSoft, USA).

Исследование включало проведение дискриминантного анализа, факторного анализа (метод главных компонент), корреляционного анализа (с применением ранговой корреляции Спирмена); анализ таблиц сопряженности с вычислением двухстороннего варианта критерия Фишера.

На 1-ом этапе многомерного анализа применялся кластерный анализ по методу Варда, который с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) позволил разделить обследуемых подростков на 3 подгруппы (по типу преобладающей реакции в ситуации фрустрации): «с фиксацией на препятствии» (OD); «с фиксацией на самозащите» (ED); с преобладанием реакций на удовлетворение потребностей» (NP).

На 2-ом этапе – дискриминантный анализ, на 3-ем – факторный анализ, описывающий модель факторного анализа по виду: $X=(bF)+cU+e$, $k>m$, где

X – исходные переменные; F – общие факторы; U- специфические факторы; e- случайные ошибки.

Полученные результаты. В основной подгруппе подростков с ЭАГ преобладали 3 типа реакции в ситуации фрустрации, что позволило определить каждую подгруппу и подтвердить кластерным анализом различные направления эмоционального реагирования в ситуации фрустрации (Таблица 1).

В контрольной группе преобладал самозащитный экстрапунитивный тип эмоционального реагирования ($ED > OD > NP$). Остановимся более подробно на каждой подгруппе реагирования.

Таблица 1

Характеристика эмоциональных реакций в подгруппах обследуемых

Подгруппа	Типы и направления эмоционального реагирования по образцам
1 n=51	1) $NP > ED > OD$; 2) $E > M > I$; 3) $i > e > m$ – у девочек; $i > E > M = e$ - у мальчиков.
2 n=78	1) $NP > OD > ED$; 2) $M > I > E$; 3) $i > M > e$ – у девочек; $M' > i > E$ - у мальчиков.
3 n=67	1) $ED > NP > OD$; 2) $I > M > E$; 3) $E > i > M' = m$ – у девочек; $i > E > M$ - у мальчиков.
Контрольная группа n=100	1) $ED > NP > OD$; 2) $E > M > I$; 3) $E > M' > m$ – у девочек и $E > M' = m > e$ - у мальчиков.

Примечание. Выявленные подгруппы представлены по типу:

1- необходимо-упорствующий, экстрапунитивный тип ($NP > ED > OD$);

2- необходимо-упорствующий, импунитивный тип ($NP > OD > ED$);

3- самозащитный, интрапунитивный тип ($ED > NP > OD$);

Контрольная группа - самозащитный экстрапунитивный тип эмоционального реагирования ($ED > OD > NP$).

Необходимо-упорствующий, экстрапунитивный тип ($NP > ED > OD$) диагностирован в основной группе у 20% мальчиков (24 человека) и 24% девочек (27 человек). У лиц данной подгруппы в ситуации фрустрации повышен удельный вес интрапунитивных реакций - I (35,4%) > M (34,4%) > E (30,2%) по сравнению с контрольной группой (I=18,6%), таблица 2.

В 1-ой подгруппе подростков с ЭАГ отмечается достоверное снижение удельного веса экстрапунитивных реакций (по первому

образцу – направление реакции): E (37,8%)> M(32,2%) > I (30,5%); по сравнению с контрольной группой: E (48,9%) > M(32,25%)> I (18,6%).

Выявлено преобладание необходимо-упорствующих реакций (по 2-ому образцу анализа): NP(58,4%) > ED (28,25%) >OD (16,0%), по сравнению с контрольной группой: NP (32,25%) >ED (38,5%) > OD (29,1%).

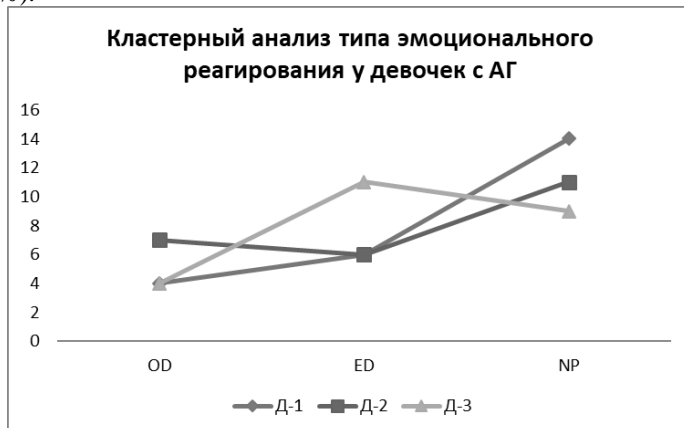


Рисунок 1. Подгруппы у девочек, полученные кластерным анализом по направлению эмоционального реагирования в ситуации фрустрации.

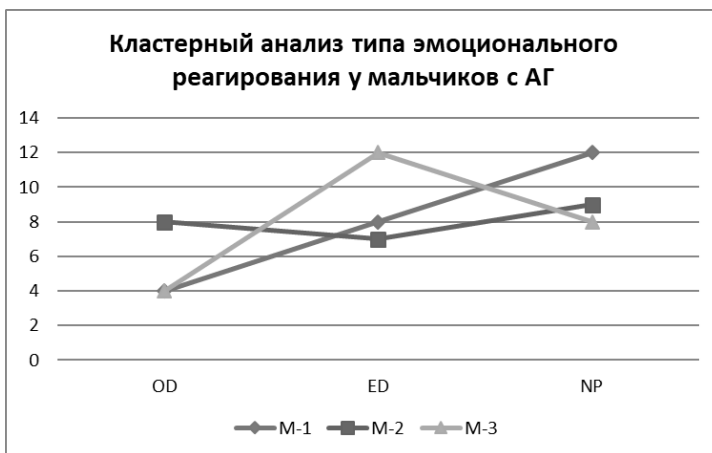


Рисунок 2. Подгруппы у мальчиков, полученные кластерным анализом по направлению эмоционального реагирования в ситуации фрустрации.

Повышение необходимо-упорствующих реакций в данной подгруппе NP(58,4%) по сравнению с общепринятыми стандартами по Н. В. Тарабриной [16], в 1,5 раза за счет высоких значений интрапунитивных реакций ($i=5,5$) свидетельствует о напряжении собственных психических ресурсов в связи с неудовлетворенной потребностью в ситуации фрустрации.

В контрольной группе повышение необходимо-упорствующих реакций идет по более благоприятному типу – за счет высокого импунитивного реагирования ($m=5,5$) «...удовлетворение потребности без дополнительных усилий субъекта, занявшего выжидательную позицию» [20].

В подгруппе мальчиков сохраняется повышение необходимо-упорствующих реакций $NP(52,1\%) > ED(31,5\%) > OD(15,4\%)$, что также может рассматриваться как преобладание удельного веса реакций на удовлетворение ситуативно возникающих потребностей (NP) за счет затрачивания собственных ресурсов и «...принятия на себя ответственности в разрешении проблемы (i). Подростки, используя собственные психические ресурсы (3-ий образец - $i > e > m$) – с высоким значением «i», как «психосоматический» тип эмоционального реагирования, возможно высоким самообвинительным эмоциональным реагированием независимо от пола: $i > e > m$ – у девочек; $i > E > M = e$ - у мальчиков.

У здоровых подростков преобладает экстрапунитивное эмоциональное реагирование ($E > M' > m$), когда типичным может быть направление «...агрессии во вне и порицание партнеров по ситуации... (E)», что характерно для подросткового возраста.

При 1 типе эмоционального реагирования показатели «эго-блокинговых» факторов имеют достоверные отличия от полученных показателей в группе здоровых подростков. Показатель «высоких самозащитных реакций» (E+I) имеет достоверно более низкие значения, чем в стандарте и контрольной группе ($0,21 \pm 0,2$, $p < 0,001$), что можно трактовать: в «...ситуации прямого обвинения – низкое самооправдание» [20].

Таблица 2

Показатели эмоционального реагирования и «эго-блокинговые» факторы необходимо-упорствующих, экстрапунитивного типа у подростков с АГ

Показатель	Основная группа (n=44)	Контрольная группа (n=100)	p
$\Sigma E(\%)$	$37,8 \pm 1,8$	$48,95 \pm 1,05$	$< 0,05$
$\Sigma I(\%)$	$30,5 \pm 3,5$	$18,6 \pm 0,2$	$< 0,05$

ΣM (%)	30,5±3,5	32,25±0,95	>0,1
OD	16,0±0,6	29,1±0,1	<0,05
ED	28,25±3,25	38,5±1,0	>0,1
NP	58,4±5,25	32,25±1,05	<0,05
Индекс направления агрессии (ΣE/ ΣI)	0,9±0,1	2,6±0,1	<0,05
Индекс трансформации агрессии (E/e)	1,6±0,3	2,55±0,6	>0,1
Индекс решения проблем (i/e)	1,25±0,2	0,8±0,2	<0,05
Показатель внешней агрессии (ΣE/ ΣM)	1,2±0,8	1,6±0,17	>0,1
GCR (%)	33,1±1,5	50,1±5,6	<0,05

Примечание: эмоциональное реагирование по образцам в основной группе:

1) E>M>I; 2) NP>ED>OD;

3) i>e>m – у девочек; i>E>M=e – у мальчиков.

в контрольной группе:

1) E>M>I; 2) ED>NP>OD;

3) E> M' > m – у девочек и E> M' = m>e – у мальчиков.

Показатель «чистой вины» (I-I) имеет достоверно более высокие значения (2,2±0,8, p<0,05), что свидетельствует о высоком самообвинении. Снижен также коэффициент групповой адаптации (GCR) у подростков с АГ по сравнению с контролем (33,1±1,5, p<0,05)

Таким образом, в исследуемой 1 подгруппе (1 кластер) наблюдалось относительное снижение экстрапунитивных реакций за счет перераспределения – возрастания интрапунитивных и импунитивных, а также значительное повышение необходимо-упорствующего реагирования (NP), снижением самозащитного (ED) и препятственно-доминантного реагирования (OD). Отмечается достоверное снижение коэффициента групповой адаптации (GCR) по сравнению с контрольной группой.

У подростков с ЭАГ 1-ой поведенческой подгруппы необходимо-упорствующего экстрапунитивного типа (E>M>I; NP>ED>OD) в ситуации фрустрации преобладают самообвинительные реакции с направлением агрессии на себя, по механизму вытеснения агрессия подавляется, причем девочки реагируют более напряженно, чем мальчики. Значительное повышение необходимо-упорствующих реакций в 1,5 раза (NP-58,4%) свидетельствует о неудовлетворении потребности, отсутствия гибкости в поведении, затруднения разрешения конфликтных ситуаций, низкой фрустрационной толерантности и социальной адаптации. Имеется высокая

предрасположенность к психосоматическому реагированию - высокие значения показателя «i» (31,2%) – «индекса психосоматизации» [7].

Необходимо-упорствующий, импунитивный тип (NP> OD> ED) в группе подростков с ЭАГ диагностирован в 38% у девочек и в 35% у мальчиков (71 человек) во 2-ой подгруппе обследования. Выявлено относительное «выравнивание» импунитивного (М) и интрапунитивного (I) эмоционального реагирования на фрустрацию по сравнению с контрольной группой: 1-ый образец: М (35,45%) >I (35,2%) >Е (29,35%);

2-ой образец: NP (42,25%) >OD (31,45%) >ED (26,3%).

Анализируя 2-ой образец, видим достоверно значимое преобладание необходимо-упорствующего реагирования в форме признания своей ответственности в ситуации фрустрации и самостоятельного разрешения конфликтной ситуации, что свидетельствует, как и в 1-ой подгруппе подростков с ЭАГ о неудовлетворении значимой потребности, отсутствия гибкости в поведении, затруднения разрешения конфликтных ситуаций, низкой фрустрационной толерантности и социальной адаптации. У подростков данной подгруппы независимо от пола выявлено достоверно значимое преобладание NP – реакций по сравнению со здоровыми (32,25%, $p<0,05$), смотри таблицу 3.

Анализ «эго-блокинговых» факторов необходимо-упорствующего, импунитивного типа у подростков с АГ во 2-ой подгруппе показал низкий уровень ($\Sigma E / \Sigma I$) «индекса направления агрессии» во вне ($0,76\pm 0,1, p<0,05$), при которой преобладает примиренческая позиция, конформность, пассивное ожидание разрешения конфликтной ситуации в форме принятия на себя ответственности (i/e) за её разрешение ($2,1\pm 0,2, p<0,05$). Общий показатель безобвинительных реакций ($\Sigma E+I$) не имеет достоверных различий с контрольной группой ($7,1\pm 1,8, p>0,1$).

У девочек с ЭАГ по сравнению с мальчиками в данной подгруппе менее адаптивное эмоциональное реагирование по 3-ему образцу: « i > M > e », который показывает, что при не возможности самостоятельно разрешить ситуацию препятствия - показатель «i», возникает психологический механизм защиты «отрицание» (M') или механизм защиты «совладание», путем поиска социальной поддержки (e).

Мальчики в ситуации фрустрации, также используя психологический механизм защиты «отрицание» (M'), реагируют менее эмоционально, т.к. у них показатель «i» в данном образце на 2-ом месте: $M' > i > E$ и преобладает импунитивное реагирование отказа от агрессии «...в форме отрицания значимости конфликтной ситуации» (M') [22].

Во 2-ой подгруппе у подростков с АГ также снижен также коэффициент групповой адаптации (GCR) по сравнению с контролем

(35,2±1,5, p<0,05).

Таким образом, у подростков с необходимо-упорствующим эмоциональным типом реагирования 1 и 2 подгруппы независимо от пола отмечено повышение показателя «i» – «индекса психосоматизации», как предрасположенности к психосоматическому реагированию в ситуации фрустрации.

Таблица 3

Показатели эмоционального реагирования и «эго-блокинговые» факторы необходимо-упорствующего, импунитивного типа у подростков с АГ

Показатель	Основная группа (n=71)	Контрольная группа (n=100)	p
ΣE(%)	29,35±0,65	48,95±1,05	<0,05
ΣI (%)	35,2±2,7	18,6±0,2	<0,05
ΣM (%)	35,45±2,05	32,25±0,95	>0,1
OD	31,45±2,75	29,1±0,1	>0,1
ED	26,33±3,3	38,5±1,0	>0,1
NP	42,25±6,05	32,25±1,05	<0,05
Индекс направления агрессии (ΣE/ ΣI)	0,76±0,1	2,6±0,1	<0,05
Индекс трансформации агрессии (E/e)	1,2±0,2	2,55±0,6	>0,1
Индекс решения проблем (i/e)	2,1±0,2	0,8±0,2	<0,05
Показатель внешней агрессии (ΣE/ ΣM)	1,1±0,2	1,6±0,17	>0,1
GCR (%)	35,2±1,5	50,1±5,6	<0,05

Примечание: эмоциональное реагирование по образцам в основной группе, 2-ой подгруппе:

1) NP>OD>ED; 2) M>I>E;
3) i>M>e – у девочек; M' >i>E - у мальчиков.

в контрольной группе:

1) E>M>I; 2) ED>NP>OD;
3) E> M' > m – у девочек и E> M' = m>e - у мальчиков.

Девочки реагируют во 2-ой подгруппе более напряженно, используя психологический механизм «отрицание» (M') и поиск социальной поддержки (e) [22].

Самозащитный, интрапунитивный тип (ED > NP

>OD) Самозащитный, интрапунитивный тип эмоционального реагирования- (ED > NP > OD) доминирует в 3-ей подгруппе подростков с ЭАГ (67 человек) и в основной группе здоровых подростков, а также у взрослых лиц по данным Н.В. Тарабриной (1978) [21]. В данной подгруппе диагностируется значительное преобладание эго-защитного реагирования - ED (51%) > NP (33%) > OD(16%) по сравнению с контрольной группой (ED=38,5%, p<0,05).

В ситуации фрустрации повышен удельный вес интрапунитивных реакций I (35,4%) > M (34,4%) > E (30,2%) по сравнению с контрольной группой (I=18,6%), таблица 4.

У подростков с ЭАГ и самозащитным эмоциональным реагированием на фрустрацию отмечаем достоверное повышение интрапунитивного реагирования в форме принятия на себя ответственности за разрешение конфликтной ситуации (i), что свидетельствует о менее адаптивном типе эмоционального реагирования по сравнению со здоровыми подростками, и мальчики, более эмоциональны чем девочки.

В связи с перемещением у мальчиков в поведенческом паттерне показателя «i» на 1-ое место в 3-ем образце по С. Розенцвейгу (i >E>M), можно считать, что они подвержены реакциям психосоматического реагирования «...принятия на себя ответственности за разрешения проблемы (i), отрицания значимости проблемы (M) и , реже - реакции обвинения партнера по общению, направляя агрессию во вне (E).

Для здоровых подростков характерно повышение удельного веса экстрапунитивных реакций: E> M' > m – у девочек и E> M' = m>e - у мальчиков, в которых проявляется открытое порицание партнера по общению (E) или используется механизм «проекции», отрицая значимость проблемы, без использования усилий субъекта, занявшего выжидательную позицию (m).

Таблица 4

Показатели эмоционального реагирования и «эго-блокинговые» факторы самозащитного, интрапунитивного типа у подростков с АГ

Показатель	Основная группа (n=71)	Контрольная группа (n =100)	p
ΣE(%)	30,2±3,1	48,95±1,05	<0,05
ΣI (%)	35,4±4,2	18,6±0,2	<0,001
ΣM (%)	34,4±1,1	32,25±0,95	<0,05
OD	16,7±2,1	29,1±0,1	<0,05
ED	51,0±3,1	38,5±1,0	<0,05
NP	33,35±3,1	32,25±1,05	<0,05

Индекс направления агрессии ($\Sigma E / \Sigma I$)	0,76±0,1	2,6±0,1	<0,001
Индекс трансформации агрессии (E/e)	3,12±0,6	2,55±0,6	>0,05
Индекс решения проблем (i/e)	2,5±0,4	0,8±0,2	<0,05
Показатель внешней агрессии ($\Sigma E / \Sigma M$)	0,94±0,13	1,6±0,17	>0,1
GCR (%)	37,9±1,6	50,1±5,6	<0,05

Примечание: эмоциональное реагирование по образцам в основной группе, 3-ей подгруппе:

1) ED > NP > OD; 2) I > M > E;

3) E > i > M' = m – у девочек; i > M > E – у мальчиков.

в контрольной группе:

1) E > M > I; 2) ED > NP > OD;

3) E > M' > m – у девочек и E > M' = m > e – у мальчиков.

В ситуации фрустрации анализ эго-блокинговых факторов выявил у подростков с ЭАГ 3-ей подгруппы низкий уровень внешней агрессии ($\Sigma E / \Sigma M$), с принятием ответственности за разрешение конфликтной ситуации

по «индексу решения проблем» (i/e = 2,5±0,4, p < 0,05) и более высокой трансформацией агрессии (E/e = 3,12±0,6, p < 0,05) по сравнению с контрольной группой. Уровень социальной адаптации снижен (GCR = 37,9%, p < 0,05).

Таким образом, для 3-ей подгруппы характерно достоверное преобладание самозащитных реакций (ED), по сравнению с контрольной группой, за счет снижения реакций на удовлетворение потребности (NP), что может говорить о внутреннем напряжении и низкой фрустрационной толерантности. У подростков этого типа поведения повышена требовательность к внешнему миру. Девочки, направляя агрессию во вне, более адаптивны, чем мальчики.

Проведено математическое моделирование состояний фрустрации и эмоционального стресса многомерным анализом (кластерный, дискриминантный и факторный). Методика дискриминантного анализа использовалась для выявления статистически значимых характеристик с последующей оценкой их вклада методом факторного анализа с обобщениями. Полученные модели дискриминации имели высокую статистическую значимость (p < 0,001) внутри каждой подгруппы (кластере).

В ходе анализа дискриминантных функций психологических параметров по тесту С. Розенцвейга у подростков выявлено 6

достоверно значимых переменных в математической модели, позволяющей различать каждый кластер в 100%.

Использование данного подхода способствует не сглаживанию выявленных индивидуальных различий в усредненный профиль психологических параметров, а формированию кластеров высоко достоверной общности ($p < 0,001$).

Первое уравнение по $\chi^2=0,01$ позволяет описать у мальчиков 3 кластер (ED > NP > OD) отличить его от 1-го (NP > ED > OD) и 2-го (NP > OD > ED) соответственно:

$$Y1 = 0,15X1 - 0,58X2 - 0,3X3 + 0,67X4 - 0,9X5 - 0,03X6$$

С помощью второго уравнения – провести разделение объектов между 1-ым (NP > ED > OD) и 2-ым (NP > OD > ED) кластерами:

$$Y2 = - 0,84X1 - 0,06X2 - 0,94X3 + 0,35X4 + 0,65X5 - 0,18X6,$$

где X1 – X6 – факторы, расположенные по порядку своей статистически достоверной значимости с учетом дискриминантного анализа: «F-исключения = 2,14», при ($p < 0,001$):

X1 – (E – E) – показатель «чистой агрессии»;

X2 – «e» - показатель экстрапунитивных реакций с фиксацией на удовлетворении потребности;

X3 - Σ NP – показатель суммарных реакций с фиксацией на удовлетворении потребности;

X4 – Σ ED - показатель суммарных эго-защитных реакций;

X5 - «M'» - показатель импунитивной реакции с фиксацией на препятствии;

X6 – «i» - показатель интрапунитивной реакции с фиксацией на удовлетворении потребности.

У девочек 6 достоверно значимых переменных в математической модели позволяют также различать каждый кластер в 100%.

Первое уравнение $\chi^2=0,01$ позволяет описать у девочек 3 кластер (ED > NP > OD) отличить его от 1-го (NP > ED > OD) и 2-го (NP > OD > ED) соответственно:

$$Y1 = - 0,23X1 + 0,1X2 - 0,5X3 + 0,05X4 - 0,9X5 - 0,001X6$$

С помощью второго уравнения – провести разделение объектов между 1-ым (NP > ED > OD) и 2-ым (NP > OD > ED) кластерами:

$$Y2 = - 0,46X1 - 0,18X2 - 0,25X3 + 0,54X4 - 0,02X5 - 0,03X6, \text{ где}$$

где X1 – X6 – факторы, расположенные по порядку своей статистически достоверной значимости с учетом дискриминантного анализа: «F-исключения = 2,14», при ($p < 0,001$):

X1 – (E + I) – показатель «суммарных самозащитных реакций»;

X2 – «i» - показатель интрапунитивной реакции с фиксацией на удовлетворении потребности;

X3 – Σ ED - показатель суммарных эго-защитных реакций;

X4 - ΣNP – показатель суммарных реакций с фиксацией на удовлетворении потребности;

X5 - «M'» - показатель импунитивной реакции с фиксацией на препятствии;

X6 – «m» - показатель импунитивной реакции с фиксацией на удовлетворении потребности.

В ходе анализа дискриминантных функций психологических параметров типа и направления эмоционального реагирования у подростков 1 и 2 кластеров отмечается преобладание суммарных реакций с фиксацией на удовлетворении потребности В 1-ом кластере в 1,5 раза ($NP=58,4\%$), что свидетельствует о повышенной требовательности к себе, снижения гибкости поведения и затруднения разрешения конфликтных ситуаций и низкой социальной адаптации ($GCR =33,1\%$). Выше перечисленные показатели показывают достоверное снижение не только фрустрационной толерантности (снижение «суммарных самозащитных реакций» ($E + I$); снижение суммарных эго-защитных реакций (ΣED); повышение «самообвинительных» реакций ($I - I$) и повышение), но и свидетельствуют о предрасположенности к психосоматическому ответу.

Таким образом, у подростков 1-ой подгруппы в ситуации фрустрации преобладает самообвинение с направлением агрессии на себя, по механизму вытеснения агрессия подавляется, отмечено психосоматическое реагирование за счет высоких значений «i» независимо от пола.

У подростков 2 подгруппы отмечена высокая требовательность к внешнему миру, но девочки эмоционально более адаптивны, чем мальчики, направляя агрессию во вне, они повышают фрустрационную толерантность и социальную адаптацию ($GCR =35,2\%$).

У подростков 3-ей подгруппы в ситуации фрустрации определяется низкий уровень внешней агрессии ($\Sigma E/\Sigma M$), с принятием ответственности за разрешение конфликтной ситуации по «индексу решения проблем» (i/e) и более высокой трансформацией агрессии (E/e) по сравнению с контрольной группой. Уровень социальной адаптации снижен ($GCR=37,9\%$), что свидетельствует о неадаптивном типе эмоционального реагирования по сравнению со здоровыми подростками, мальчики этой подгруппы, более подвержены психосоматическому реагированию, чем девочки. Фрустрация, оставаясь на уровне внутреннего переживания, проявляется в снижении психосоциальной дезадаптации.

Таким образом, у подростков с ЭАГ определены значимые факторы психической дезадаптации в болезни - формирование неадекватного

эмоционального ответа на фрустрацию с завышенными требованиями к себе, низкой фрустрационной толерантностью и социальной адаптацией (GCR), повышением интрапунитивного «i» ответа - «индекса психосоматизации». Различия в «поведенческих» кластерах говорят о том, что наименее адаптивным является необходимо-упорствующий интропунитивный тип эмоционального реагирования (1 кластер), который имеет неадаптивные психологические характеристики. Значительное повышение необходимо-упорствующих реакций в 1,5 раза (NP-58,4%) свидетельствует о неудовлетворении потребности, затруднения разрешения конфликтных ситуаций, высокой предрасположенности к психосоматическому реагированию, снижения фрустрационной толерантности и социальной адаптации.

Проведенное исследование показало, что при ЭАГ подростков имеется перенапряжение психологических адаптационных механизмов функционирования, в связи с чем, комплексная программа медико-психологической помощи подросткам включала блок психологической реабилитации, направленной на снижение дестабилизирующих эмоциональных факторов и служила основой психологической профилактики становления гипертонической болезни взрослых.

В комплексной программе медико-психологической помощи подросткам с ЭАГ использовался интегративный подход в детско-подростковой психотерапии – когнитивно-поведенческая психотерапия (метод психосаморегуляции в сочетании с когнитивной коррекцией эмоционального реагирования в болезни, гармонизацией межперсональных отношений) в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии.



Рисунок 3. Эмоциональное реагирование в ситуации фрустрации до и после психотерапии.

Программа медико – психологической реабилитации состояла из 3-х этапов на госпитальном этапе лечения подростков с ЭАГ:

I- подготовительный, II - основной и III - заключительный. В связи с тем, что у подростков 1-ой и 2-ой подгрупп (кластеров) выявлены аналогичные психологические проблемы, для проведения психотерапевтической работы они объединены в единую психотерапевтическую группу. Дифференцированная работа проводилась в 2-х группах: 1 группа – подростки 1 - 2 кластеров; 2 группа – подростки 3 кластера.

Количество участников в группе – 8 –10 человек.

Основной этап проводился в госпитальных условиях (10 занятий) по 1,5 часа три раза в неделю.

Эффективность психотерапии определялась мотивацией подростков в психотерапевтическом альянсе, реалистичностью цели, поставленной в процессе первичного консультирования и психодиагностики, участием и поддержкой родителей, активной работой подростка в психотерапии, осознанием эмоционального реагирования и поведения в ситуации фрустрации.

На заключительном этапе – проводилась беседа и детско-родительское взаимодействие по налаживанию и гармонизации отношений с подростком, мотивация в работу с психотерапевтом на амбулаторном этапе наблюдения и контроль эффективности психотерапии (ре-тестирование), рисунок 3).

Заключение

В настоящем исследовании с позиции холистического подхода к болезни рассматривается взаимодействие комплекса клинических, социально - психологических факторов, участвующих в развитии артериальной гипертонии (ЭАГ) подростков.

Использование метода рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга в диагностике эмоционального реагирования и поведения в ситуации фрустрации у 196 подростков с эссенциальной артериальной гипертензией позволило определить значимые факторы психической дезадаптации и провести математическое моделирование состояний фрустрации и эмоционального стресса многомерным анализом. Полученные модели дискриминации имели высокую статистическую значимость ($p < 0,001$). Внутри каждой подгруппы (кластера), установлено 6 достоверно значимых переменных в математической модели, позволившие различать каждый поведенческий кластер и разработать дифференцированный подход в интегративной детско-подростковой психотерапии.

В программе медико-психологической помощи подросткам использовался интегративный подход в детско-подростковой

психотерапии – когнитивно - поведенческая психотерапия в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии.

Выводы. 1. У подростков с ЭАГ определены значимые факторы психической дезадаптации в болезни - формирование неадекватного эмоционального ответа на фрустрацию с завышенными требованиями к себе, низкой фрустрационной толерантностью и социальной адаптацией (GCR), увеличением интрапунитивных (i) эмоциональных реакций - «индекса психосоматизации».

2. У подростков с ЭАГ наименее благоприятной является 1 подгруппа - необходимо-упорствующий интропунитивный тип эмоционального реагирования, который имеет неадаптивные психологические характеристики: значительное повышение необходимо-упорствующих реакций в 1,5 раза (NP-58,4%), что свидетельствует о неудовлетворении потребности, затруднения разрешения конфликтных ситуаций, высокой предрасположенности к психосоматическому реагированию - высокий «индекс психосоматизации» (i=31%), снижение фрустрационной толерантности и социальной адаптации (GCR=31,2%).

3. Комплексная программа медико-психологической помощи подросткам с ЭАГ показала эффективное психотерапевтическое воздействие на госпитальном этапе, которое включало интегративную детско-подростковую психотерапию с дифференцированным подходом в зависимости от типа и направления эмоционального реагирования в ситуации фрустрации, которое было направлено на снижение дестабилизирующих эмоциональных факторов и профилактику становления гипертонической болезни взрослых.

Литература

1. Алгоритмы диагностики и лечения, принципы профилактики артериальной гипертензии у подростков / В. В. Долгих, И. В. Леонтьева, Л. В. Рычкова [и др.]. – Иркутск : ООО «Аспринт», 2008. – 26 с.
2. Александров, А. А. Российские рекомендации. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков (второй пересмотр) / А. А. Александров // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 4. – 529 с.
3. Бекезин, В. В. Артериальная гипертензия у детей и подростков / В. В. Бекезин // Смоленский медицинский альманах. – 2016. – № 3. – с. 192– 209.
4. Бугун, О. В. Клинико-функциональные варианты эссенциальной артериальной гипертензии у детей и подростков : автореф. дис. ... д-ра мед. наук 14.00.09 / Бугун Ольга Витальевна. – М., 2008. – 39 с.
5. Жигулина, В. В. Биохимический ответ на стресс (обзор литературы) / В. В. Жигулина // Верхневолжский мед. журнал. – 2014. – Т. 14, Вып. 2. – с. 25–30.
6. Клинико-генетические аспекты формирования артериальной гипертензии в условиях действия хронического стресса / И. С. Луцкий, С. В. Зяблицев, 233

- Е. И. Луцкий [и др.] // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 10. – с. 1753–1758.
7. Ковшова О. С. Артериальная гипертензия подростков: психосоматический аспект. - дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04; 14.00.06 /Ковшова Ольга Степановна. – Самара, 2002. – 232 с.
 8. Ковшова О.С. Психосоматические взаимодействия – основа психологической реабилитации АГ подростков. / *Материалы Психосоматического Конгресса 2-3 июня*.- СПб. - 2016.- с.145-152.
 9. Нефедова Ж.В., Слободская Е.Р. Личностные особенности и психическое здоровье детей и подростков с артериальной гипертензией различного генеза. // *Бюллетень Сибирского отделения РАМН*. – 2004. - №4 (114). – С. 29-34.
 10. Новая классификация АГ согласно клиническим рекомендациям 2017 АСС/АНА: мнения российских экспертов // *Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний*. – 2018. – Т. 6, № 17. – С. 51–55.
 11. Оганов, Р. Г. Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем / Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2007. – № 6. – С. 7–14.
 12. Распространённость вегетативной дисфункции и артериальной гипертензии у детей / Д. Н. Холматов, А. Ш. Арзикулов, Х. Э. Муллажонов [и др.] // *Молодой ученый*. – 2017. – № 49. – с. 136–138.
 13. Розанов, В. Б. Прогностическое значение факторов риска сердечнососудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, у детей и подростков и отдаленные результаты профилактического вмешательства: дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.06 / Розанов Вячеслав Борисович. – М., 2007. – 235 с.
 14. Садыкова, Д. И. Артериальная гипертензия у детей: причины и диагностика / Д. И. Садыкова // *Практическая медицина*. – 2010. – № 44. – с. 36–41.
 15. Самарина, О. В. Артериальная гипертензия у детей – частота встречаемости, факторы риска и поражение органов-мишеней / О. В. Самарина, 245 О. П. Ковтун // *Системная интеграция в здравоохранении*. – 2012. – № 2. – с. 38–44.
 16. Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций.- Методические рекомендации.- Лен. НИИ им.В.М.Бехтерева, 1984.- 23с.
 17. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с высоким нормальным артериальным давлением в Российской Федерации (по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ) / Ю. Е. Ефремова, Е. В. Ощепкова, Ю. В. Жернакова [и др.] // *Систем. гипертензии*. – 2017. – № 1. – с. 6–11.
 18. Эссенциальная артериальная гипертензия у детей и подростков: клинико-функциональные варианты: монография / Л. И. Колесникова, В. В. Долгих, И. В. Леонтьева [и др.]. – Иркутск, 2008. – 180 с.
 19. American Heart Association statistics committee and stroke statistics subcommittee. Heart disease and stroke statistics 2014 update: a report from the American Heart Association / A. S. Go, D. Mozaffarian, V. L. Roger [et al.] // *Circulation*. – 2014. – Vol. 129. – p. 28.
 20. Frank L.K. Projective method for study of personalite // *Handbook of projective technique* / B.I. Murstein (Ed.). N.Y., 1965.-p.1-22.

21. Maatouk, I. Prevention of Psychological and Psychosomatic Illnesses at Workplace. / I. Maatouk, A. Müller, H. Gündel / Das Gesundheitswesen. – 2016. - Vol. 78, № 11. – p. 781 – 794. DOI: 10.1055/s-0042-105438.
22. Rozenzweig S. An Outline of Frustration Theory // Personality and the Behavior Disorders. A hand-book based on experimental and clinical research. /Ed by J. McV. Hunt. Ronald Press Company. New York. -1945, V.1.-379p.
23. Simckes A. M. Ambulatory blood pressure monitoring in children and adolescents / A. M. Simckes, T. Srivastava, U. S. Alon // Clin. Pediatr. (Phila). 2002. - Vol. 41. - p. 549-564.
24. Vogt B. A. Hypertension in children and adolescents: definition, pathophysiology, risk factors, and long-term sequelae // Curr. Ther. Res. Clin. Exp. 2001. - Vol. 62. - p. 283-297.

Кравцова Н.А., Катасонова А. В.
ПСИХОДИАГНОСТИКА В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Аннотация. Представлен опыт использования некоторых психодиагностических методов в исследовании факторов психосоматических расстройств у детей. Цель работы состояла в изучении диагностического значения широко используемых методик при проведении психологического обследования детей 4–10 лет, страдающих психосоматическими расстройствами. В процессе диагностики биологические, психологические, психосоциальные показатели у 840 детей с ПСР и сравнивались с таковыми у здоровых детей. Получены достоверные различия в группах сравнения, позволившие говорить об особенностях личности детей с ПСР разных возрастных групп.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, психосоматический фенотип, психодиагностика.

Введение. Проблема психосоматических отношений в норме и патологии сохраняет высокую актуальность в среде практикующих психологов. При этом теоретические концепции мало кого интересуют. Все практики хотят новых эффективных методик психодиагностики и психотерапии. Таковые методики могли бы быть разработаны, будь обсуждаемая проблема проста. Перефразируя К.Г. Юнга можно сказать, что именно обилие теоретических концепций и, соответственно, психотерапевтических подходов и методов отражает сложность обсуждаемого феномена. На наш взгляд, практика будет эффективной лишь в случае понимания практикующим специалистом внутренних и внешних взаимосвязей психосоматических отношений не только в

патологии, но и в норме.

Основными методологическими принципами исследования проблемы психосоматических расстройств (ПСР) на сегодняшний день являются: принцип системного анализа, принцип мультимодальности, принцип развития. Все указанные принципы рассматриваются в рамках биопсихосоциальной модели человека и болезни [20]. На сегодняшний день ни у кого не вызывает сомнений, что синтез разнодисциплинарных знаний о человеке является важным условием развития психологического знания. Это особенно значимо для решения проблемы ПСР. Все психические явления с позиций системного подхода Б.Г. Ананьева анализируются в том множестве внешних и внутренних отношений, в которых они существуют как целостная система. При этом индивидуальное развитие рассматривается как внутренне противоречивый процесс, зависящий от действия множества факторов: наследственности, среды, воспитания, собственной практической деятельности и т.д. [1]. Принцип системного анализа проблемы психосоматических взаимоотношений базируется на современном представлении личности, как совокупности системы отношений, претерпевающей динамику на протяжении жизни [15]. Следовательно, психосоматическое расстройство – это, прежде всего, нарушение системы отношений на различных уровнях: физиологическом, межличностном, внутриличностном, экологическом. Реализованный в исследованиях Б.Г. Ананьева принцип комплексности психологического исследования психики базируется на представлении о целостности человеческого развития как сложнейшей системы. Исследование генезиса ПСР не будет полноценным вне целостного контекста личности со всеми ее структурно-функциональными компонентами [1].

Согласно Б.Ф. Ломову, любое психическое явление разворачивается одновременно в нескольких планах, раскрывающих разные масштабы его организации. При этом системные качества недоступны прямому наблюдению и выявление их возможно лишь путем научного анализа всей совокупности систем, которым принадлежит человек и закономерностям которых подчиняется его поведение. Психологические свойства личности вне системы, в которую личность включена, просто не существуют, при этом биологические свойства человека также многообразны и определяются тем положением, которое человек как биологический вид занимает в биосфере [10]. Фундаментальная характеристика психики человека - целостности психических явлений, являющаяся следствием принадлежности человека многим системам. Из самой сути психических явлений вытекает необходимость сочетания нескольких планов анализа [19].

В современной клинической психологии системный подход к человеку имеет многообразные проявления. По мнению В.В. Николаевой и соавт. (2003,2005,2016), организация помощи психосоматическим больным должна основываться на общеметодологических принципах системно-динамического анализа сложных психосоматических явлений (принцип синдромного анализа А.Р. Лурия) и культурно-историческом подходе Л.С. Выготского о развитии высших психических функций, рассматривающий психосоматический синдром, как сложную, иерархически организованную систему. [16].

Принцип мультимодальности проистекает из системного подхода и его соблюдение в исследовании проблемы ПСР продиктовано полиэтиологичным характером изучаемых расстройств. Под мультимодальностью подразумевается умение интегрировать информацию, полученную разными методами. При этом предполагается, что диагност располагает определенными фундаментальными познаниями в диагностике, близко знаком с разносторонними методами, умеет интегрировать данные диагностики и использовать их для терапии. Таким образом, реализуется современное представление о психосоматике как междисциплинарной области знаний, в которой медицинский метод диагностики сочетается с психологическим, социологическим, психосоциальным [7].

Как отмечали П.П. Блонский, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Б.М. Теплов и др психика может быть адекватно объяснена как продукт развития и результат деятельности. Б.Ф. Ломов рассматривал психическое развитие как движение его оснований, сменность детерминант, возникновение, формирование и преобразование новых свойств и или качеств [10]. Системный подход предполагает многообразие источников и движущих сил психического развития человека. Усвоение общественного опыта, которое происходит в процессе ведущего вида деятельности каждого периода онтогенеза, выступает в качестве специфической для человека формы психического развития. В рамках исследования психосоматической проблемы этот принцип реализуется через событийно-биографический подход, ориентированный на прошлое личности (клинический анамнез) и на ее будущее (антиципация). При этом реализуются психодинамический и структурно-генетический подходы. Психодинамический подход согласуется с традиционным биомедицинским, рассматривающим патологический процесс в динамике развития, учитывающим воздействие различных факторов в преморбидном периоде. Структурно-генетический подход, рассматривает характеристики психики человека в их взаимосвязи и с

учетом становления в разные возрастные периоды. Необходимость использования структурно-генетического подхода диктуется сформулированным представлением о динамическом формировании психосоматического симптома в процессе становления личности путем социализации в конкретных условиях развития.

В психологических исследованиях психосоматической проблемы можно отметить их слабую систематизированность и противоречивость. Это свидетельствует о переходном развивающемся характере самих научных представлений в методологии исследования психосоматической проблемы. Важным аспектом исследования психосоматогенеза в норме и патологии является методологический и методический, связанный с определением, как предмета исследования, так и принципов анализа, выбором экспериментально-психологических методик, диагностирующих психогенные факторы психосоматического развития. Не претендуя на то, что наше исследование преодолевает методологические проблемы в исследовании психосоматического развития, мы предприняли попытку систематизации имеющихся знаний о предмете и преломления с этой позиции данных клинического исследования [5].

Таблица 1. Этиологические факторы патогенного психосоматического развития на ранних этапах онтогенеза

Этап онтогенеза	Психологические факторы	Физиологические факторы
Пренатальный	Инфантильная мать (G.Ammon, G.Macdaugol, Г.Г. Филиппова)	Внутриутробная гипоксия плода
	Стрессы и психотравмирующие переживания, депрессия матери во время беременности	Инфекционные и другие соматические заболевания матери Инфицирование плода, угроза выкидыша
Интранатальный	Мать в родах не участвует (наркотическое обезболивание)	Асфиксия в родах, родовая травма, наркотическое обезболивание
Постнатальный	Материнская депривация	Перинатальная энцефалопатия Незрелость структур мозга
Младенчество	Эмоциональная депривация Сенсорная депривация	Минимальные мозговые дисфункции Инфекционные и

	Телесная депривация	неинфекционные заболевания новорожденного и младенца
Раннее детство	Нарушенные отношения привязанности	

Как уже было представлено в наших публикациях, за системообразующим фактором мы предполагаем психосоматический фенотип, который является продуктом психосоматического развития, изменяющимся на каждом этапе онтогенеза, и представляющий совокупность соматических (внешних и внутренних), психологических, психосоциальных и ценностных (ноэтических) свойств личности, присущих ей механизмов психологической регуляции телесных функций, прямо связанных с такими психосоматическими феноменами как схема и образ тела [5,12]. В соответствии с концепцией патогенного психосоматического развития сенситивным периодом формирования психосоматического фенотипа является период младенчества и раннего детства. Представленная в таблице 1 схема выделяет этиологические факторы ПСР, на которые психолог может ориентироваться при планировании обследования ребенка.

Характеристика обследованных групп. Общая выборка детей, включенных в исследование, составила 840 детей с ПСР, из них 268 детей младенческого и раннего возраста; 380 детей дошкольного возраста, 192 часто болеющих ребенка младшего школьного возраста. Обследовано 135 матерей детей младенческого и раннего возраста и 240 матерей детей дошкольного и младшего школьного возраста с различными проявлениями ПСР, наблюдавшихся в поликлинике. Контрольные группы здоровых детей: 75 здоровых младенцев, 194 ребенка дошкольного и младшего школьного возраста мужского и женского пола. Контрольная группа матерей включала 218 матерей здоровых детей.

Методы. *Клинический метод.* Клиническое направление в психологическом исследовании предполагает интеграцию всех, связанных с заболеванием данных [2, 18]. Клинический метод используется в виде наблюдения и беседы с ребенком и родителями, направленной на сбор анамнеза болезни и жизни. Беседа с ребенком строится в соответствии с возрастом. При работе с детьми младенческого и раннего детского возраста преобладает наблюдение за поведением ребенка, за характером отношений с мамой и другими значимыми близкими. Практика наблюдения за младенцем входит как обязательная в процесс подготовки психоаналитически ориентированных психотерапевтов [11]. При работе с детьми

дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста в полной мере используется индивидуальная беседа. В ходе стандартизованного клинического интервью выявляются факторы, предрасполагающие к развитию ПСР. В процессе беседы сбор информации касается следующих областей:

1. общая характеристика семьи: состав (полная, неполная), гармоничная, проблемная, асоциальная;

2. демографическая информация о семье (имена, пол, возраст, стаж брака, род занятий и образование членов семьи);

3. анализ жизненного цикла семьи и линии времени (рождения, смерти, браки, разводы, переезды, проблемы с работой, болезни членов семьи);

4. родительские семьи каждого из супругов. Целью является сбор информации, по крайней мере, о трех-четырех поколениях, включая поколение идентифицированного пациента. Важной информацией являются сведения о заболеваниях;

5. микросоциальное окружение больного ребенка (родственники, друзья, учителя, врачи);

6. материальное положение семьи (живет ли семья в коммунальной или обычной квартире, общешитии);

7. семейные взаимоотношения (какие члены семьи очень близки, какие находятся в серьезном конфликте);

8. семейные роли (какие роли в семье, какой тип воспитания используется родителями больного ребенка);

9. трудные для семьи темы: имеет ли кто-нибудь из членов семьи серьезные медицинские или психические проблемы, проблемы с физическим или сексуальным насилием, употребляют ли в семье наркотики, злоупотребляют ли алкоголем.

По ходу интервью составляется геносоциограмма, позволяющая отразить получаемую информацию о семейной системе в виде схемы. Генограммы широко используются в работе врачей педиатров. Психолог при составлении геносоциограммы записывает и изображает графически по возможности более полную информацию о семейной системе. В геносоциограмму можно вносить добавления и корректировку при каждой встрече с семьей. Это дает возможность психологу учитывать большое число членов семьи, их взаимоотношения и ключевые события семейной жизни, что позволяет реализовать на практике системно-динамический и структурно-генетический подходы. С точки зрения McGoldric&Gerson (1985) генограмма позволяет специалисту успешно генерировать клинические гипотезы с позиций системной теории [22]. Помимо этого, интервью по геносоциограмме позволяет психологу устанавливать раппорт с

родителями ребенка.

В дополнение к геносоциограмме в соответствии с принципом развития в процессе интервьюирования строится линия времени, которая предполагает составление списка важных событий семьи в хронологической последовательности. Для этого по горизонтали прочерчивается линия времени с отметкой лет, месяцев, дней (чем младше ребенок, тем более детализировано время). Вертикальными линиями (перпендикулярами) отмечаются события жизненного цикла семьи. Важно учесть возможные психологические трудности, возникавшие на жизненном пути ребенка (передача на воспитание другому лицу, частые разлуки с матерью, раннее помещение в детское учреждение, госпитализация, постоянные ссоры родителей, беспокойная домашняя обстановка). Геносоциограмма в сочетании с линией времени позволяет выявить повторяющиеся события в родовой ветке (трансгенерационная передача травмы).

Методы эмпирического психологического исследования детей младенческого и раннего возраста. Дети младенческого и раннего возраста представляют наибольшие трудности для психологического исследования. Большую часть информации о ребенке психолог получает из наблюдения и от родителей. Необходимо обращать внимание на несоответствие данных наблюдения и информации, получаемой от родителей. Кроме непосредственного интервьюирования родителей и наблюдения за детьми мы проводили анализ «карт развития ребенка» (ф112-У) и «карты психосоматического обследования». Информацию о перинатальном риске получали с помощью Шкалы балльных оценок для определения перинатального риска М.А. Куршина и соавт. . Оценка соответствия развития нормативам производится в соответствии с Мюнхенской функциональной диагностикой развития [13,14]. При обследовании детей дошкольного и младшего школьного возраста рисуночные методики являются наиболее информативными и доступными в связи с тем, что опираются на активно развивающуюся в этом возрасте изобразительную деятельность, которая вызывает интерес ребенка к участию в диагностическом процессе. В тоже время использование указанных методик не противоречит задачам оказания психологической помощи, за которой обращаются дети и их родители. В процессе интерпретации и анализа рисуночных тестов «Дом. Дерево. Человек» и «Несуществующее животное» на основе предложенных А.Л. Венгером критериев оценки [3,7] нами был составлен и использован ряд различных психологических особенностей, выявляемых этими методиками (табл. 2). Рисунок «Моя семья» - название объединяет целую группу проективных методик для оценки внутрисемейных

отношений. Анализ рисунков семьи в сочетании с анамнестическими данными, позволяет определить доминирующий тип воспитания, принятый в семье, и характер детско-родительских отношений, что чрезвычайно важно при оказании помощи страдающим ПСР детям [9].

В психодиагностике детей младшего школьного возраста проводили нейропсихологическое исследование по А.Р. Лурия и Л. С. Цветковой [4, 21]. Для исследования самооценки использовали методику В.Е. Кагана, И.К. Шаца Полярные профили [16].

Результаты оценки перинатального риска в развитии ПСР у детей

Анализ «карт развития ребенка» (Ф112-У) и авторской «карты психосоматического обследования» детей с ПСР показал, что частота выявления перинатальной энцефалопатии в анамнезе детей составила 88,7%. У этих детей выявлялись полиморфные вегетососудистые проявления, снижение резистентности к простудным заболеваниям (часто болеющие дети), дисгармоничность психофизического развития. Часто развивались гастродуоденит, пиелонефрит, хронический тонзиллит, нейродерматит.

Анализ результатов тестирования матерей по шкале балльных оценок для определения перинатального риска М.А. Куршина и соавт. (1988) что, практически у всех матерей детей, страдающих ПСР, отмечалась 2-я и 3-я степень перинатального риска. Это подтверждает данные о большом влиянии на психосоматическое развитие характера протекания внутриутробного периода, родов и периода новорожденности. В анамнезе матерей детей, страдающих ПСР, присутствовали факторы перинатального риска в 100%.

Качественная оценка факторов перинатального риска позволила выделить наиболее часто встречаемые психологические и биологические факторы риска у матерей детей, страдающих ПСР. Корреляционный анализ по Пирсону показал, что вероятность родовой травмы прямо связана с переживанием мамой во время беременности раздражения ($\chi^2=12,57$; $P<0,0001$); резкой сменой настроения ($\chi^2=11,46$; $P<0,0001$); страхами ($\chi^2=6,83$; $P<0,001$); нарушением сна ($\chi^2=1,6$; $P<0,0001$); переживанием эмоциональных нагрузок ($\chi^2=24,22$; $P<0,0001$); повышением потливости ($\chi^2=43,45$, $P<0,05$); быстрой утомляемостью ($\chi^2=5,38$, $P<0,05$); и поздним гестозом ($\chi^2=12,93$; $P<0,001$). Патология пуповины прямо связана с раздражением ($\chi^2=4,94$; $P<0,05$) и агрессией беременной ($\chi^2=7,92$; $P<0,001$). Стимуляция родовой деятельности в анамнезе имеет прямую значимую связь с эмоциональными нагрузками во время беременности ($\chi^2=10,46$; $P<0,001$); страхами ($\chi^2=8,07$; $P<0,001$); нарушением сна ($\chi^2=14,8$; $P<0,0001$), быстрой утомляемостью ($\chi^2=4,65$; $P<0,05$), повышенной потливостью ($\chi^2=7,2$; $P<0,01$); навязчивыми движениями ($\chi^2=8,03$;

$P < 0,01$). С угрозой прерывания беременности прямо связаны переживания женщиной: эмоциональных нагрузок ($\chi^2 = 10,38$; $P < 0,001$); страхов ($\chi^2 = 9,52$; $P < 0,01$); агрессии ($\chi^2 = 4,8$; $P < 0,05$); резкой смены настроения ($\chi^2 = 7,67$; $P < 0,01$); а также нарушение сна ($\chi^2 = 11,88$; $P < 0,001$); повышение потливости ($\chi^2 = 11,65$; $P < 0,001$); головная боль ($\chi^2 = 10,7$; $P < 0,001$); быстрая утомляемость ($\chi^2 = 13,16$; $P < 0,0001$); психоневрологические нарушения ($\chi^2 = 11,52$; $P < 0,0001$).

Важность для здоровья будущего ребенка переживаний матери во время беременности подтверждено достоверной прямой связью между хронической фетоплацентарной недостаточностью и эмоциональным состоянием беременной: раздражение ($\chi^2 = 28,0$; $P < 0,0001$); агрессией ($\chi^2 = 13,41$; $P < 0,0001$); резкая смена настроения ($\chi^2 = 22,76$; $P < 0,0001$); страхи ($\chi^2 = 23,02$; $P < 0,0001$); эмоциональные нагрузки ($\chi^2 = 12,2$; $P < 0,001$); сопровождающиеся, как правило, нарушением сна ($\chi^2 = 44,11$; $P < 0,000$); повышенной потливостью ($\chi^2 = 20,1$; $P < 0,0001$); головной болью ($\chi^2 = 24,49$; $P < 0,0001$); быстрой утомляемостью ($\chi^2 = 35,2$; $P < 0,0001$); психоневрологическими нарушениями ($\chi^2 = 14,02$; $P < 0,0001$). Об этом же говорит и достоверная прямая связь между указанными показателями и острой асфиксией плода: эмоциональные нагрузки ($\chi^2 = 10,64$; $P < 0,001$); страхи ($\chi^2 = 21,47$; $P < 0,0001$); резкая смена настроения ($\chi^2 = 13,44$; $P < 0,0001$); агрессия ($\chi^2 = 7,25$; $P < 0,001$); нарушение сна ($\chi^2 = 16,57$; $P < 0,0001$); повышенная потливость ($\chi^2 = 166,77$; $P < 0,0001$); головная боль ($\chi^2 = 9,8$; $P < 0,01$). Наличие прямой связи грудного вскармливания со стимуляцией родовой деятельности ($\chi^2 = 9,76$; $P < 0,05$), родовой травмой ($\chi^2 = 19,2$; $P < 0,0001$), угрозой выкидыша ($\chi^2 = 13,16$; $P < 0,001$), асфиксией плода в родах ($\chi^2 = 22,94$; $P < 0,000$), хронической фетоплацентарной недостаточностью ($\chi^2 = 50,2$; $P < 0,000$) позволяет предполагать, что в ситуации осложненного протекания беременности и родов мама более серьезно относится к грудному вскармливанию.

Таким образом, результаты корреляционного анализа указывают наличие прямой связи эмоционального состояния мамы во время беременности и наличием осложнений протекания беременности (гестозы, фетоплацентарная недостаточность плода и т.д.) и родов.

Анализ стиля переживания беременности выявляемых анамнестическим методом при беседе с матерями детей, страдающих ПСР, и матерями здоровых детей показал, что в группе матерей, чьи дети страдают различными ПСР, наиболее часто встречается тревожный стиль переживания беременности (53,4% против 12,8% у матерей здоровых детей, $P < 0,001$). К числу редко встречаемых стилей переживания беременности у матерей детей, страдающих ПСР, можно отнести отвергающий и амбивалентный (0,99% и 1,99% соответственно). Чаще, чем в группе матерей здоровых детей, в группе

матерей детей с ПСР встречается амбивалентный стиль переживания беременности (11,95%). У четверти матерей детей, страдающих ПСР, стиль переживания беременности был адекватным.

Определение личностной и реактивной тревожности у матерей детей, страдающих ПСР, показало преобладание высокого уровня личностной тревожности (83,3%) и отсутствие низкого уровня тревожности. В группе матерей здоровых детей преобладал средний (76,5%) и низкий (23,5%) уровень личностной тревожности. Такое распределение может свидетельствовать о существенном влиянии материнских личностных особенностей на переживание беременности и последующее психосоматическое развитие ребенка.

Реактивная тревожность рассматривалась нами как показатель реакции матери на ситуацию беременности и на болезнь ребенка. Имеются серьезные различия в уровнях реактивной и личностной тревожности в обеих группах обследуемых матерей. В группе матерей детей, страдающих ПСР, преобладает высокий уровень личностной тревожности, в то время как у 55% матерей данной группы выявлен средний уровень реактивной тревожности, а у 35% - низкий. Лишь 10% обследованных матерей имеют одновременно высокий уровень личностной и реактивной тревожности. В группе матерей здоровых детей получены соотносимые средние и низкие показатели личностной и реактивной тревожности. Следовательно, 35% обследованных матерей детей, страдающих ПСР, обладая высоким уровнем личностной тревожности, спокойно принимают болезнь ребенка. Клиническое наблюдение показывает, что необходимость производить какие-либо медицинские предписания в ситуации болезни успокаивает мать.

Факторный анализ позволил выделить фактор тревожности в качестве ведущего этиопатогенетического фактора ПСР у детей и подростков. Этот фактор представлен личностной и реактивной тревожностью мамы, тревожным стилем переживания беременности, высоким уровнем перинатального риска. Выявлена высокая прямая связь тревожного стиля переживания беременности с личностной ($r=0,755$, $P<0,001$) и реактивной тревожностью ($r=0,757$, $P<0,001$). Одновременно высокая степень обратной связи между личностной/ситуативной тревожностью и адекватным ($r=-0,525/r=-0,506$, $P<0,001$) и эйфорическим стилем переживания беременности ($r=0,380/r=-0,399$, $P<0,01$) соответственно.

Анализ характера факторов интранатального риска проводился по результатам анамнеза, отраженным в «карте психосоматического обследования», в «карте развития ребенка» (ф112-У), а также на основании данных, полученных в процессе опроса матерей детей по оценочной шкале эмоциональных проявлений ребенка Й. Шванцара и

оценке признаков психического напряжения и невротических тенденций Рузе [23].

Анализ частоты встречаемости различных факторов интранатального риска показал, что родовспоможение путем кесарева сечения проводилось у 36,1 % детей младенческого и раннего детского возраста, страдающих ПСР; асфиксия в родах развивалась у 28,4 % детей с ПСР, родовые травмы имелись в анамнезе у 24,3 %. Только 36,9% детей, страдающих ПСР, рождены естественным путем без осложнений в родах.

Результаты психодиагностического исследование детей дошкольного возраста

Анализ результатов интерпретации рисуночного теста «Дом. Дерево. Человек» и «Несуществующее животное» 380 детей, старшего дошкольного возраста показал, что отсутствуют достоверные различия в группах детей с различными симптомокомплексами ПСР. По результатам оценки психологических особенностей обследованных детей были выделены 2 подгруппы, различающиеся по степени выраженности различных личностных характеристик (таблица 2). Детей, составивших первую подгруппу, характеризовали преобладание эмоционального подхода к действительности ($P<0,05$); сенситивность ($P<0,01$); ригидность, реактивная тревожность (как состояние на момент обследования), страхи, демонстративность ($P<0,05$), неудовлетворенная потребность в общении. Для детей второй подгруппы более характерными были: преобладание рационального подхода к действительности ($P<0,01$); погруженность в себя, аутизация, избегание общения, чувство беспокойства в отношении социализированности ($P<0,05$), скрытность ($P<0,05$). Общими признаками по степени выраженности для детей обеих подгрупп оказались неуверенность в себе, боязнь активного действия (56% и 61,7%), астения (58,3% и 45,7%); личностная тревожность (41,6% и 43,9%).

Таблица 2. Сравнительная характеристика данных теста «Дом. Дерево. Человек», «Несуществующее животное» в подгруппах детей дошкольного возраста с ПСР

Название симптомокомплекса	Подгруппа 1 n=216		Подгруппа 2 n=164	
	n	%	n	%
Преобладание рационального подхода к действительности	36	16,7	99	60,4*
Преобладание эмоционального подхода к действительности	117	54,2*	14	8,5

Сенситивность	162	75*	27	16,5
Ригидность	90	41,6	57	34,7
Личностная тревожность	90	41,6	72	43,9
Реактивная тревожность (как состояние на момент обследования)	126	58,3	68	41,5
Страхи	72	33,3	20	12,2
Особенности реакции на стресс, защитное фантазирование, уход в мечты	66	30,5	37	22,6
Агрессивность (с возможностью дифференцировать такие ее формы как физическая и вербальная агрессия, защитная агрессия)	72	33,3	27	16,5
Погруженность в себя	18	8,3	43	26,2
Аутизация, избегание общения	36	16,7	39	23,7
Неудовлетворенность потребности в общении	54	25,0	24	14,6
Демонстративность	133	61,6*	55	33,5
Чувство беспокойства в отношении социализированности	99	45,8	130	79,2*
Негативизм	36	16,7	48	29,3
Скрытность	9	4,2	38	23,2%

Примечание: *- $P < 0,05$,** $P < 0,01$

Анализ рисунков семьи в подгруппах детей (табл. 3) позволил предположить преобладание у детей первой подгруппы эмоционального конфликта в семье, недовольства у ребенка семейной ситуацией (43,9%, $P < 0,01$); высокой самооценки (46,3%, $P < 0,05$) и претензии на главенствующую роль в семье (41,8%, $P < 0,05$). У 48,6 % ($P < 0,01$) детей первой подгруппы по рисункам определялась высокая импульсивность, уверенность в себе и склонность к доминированию. По рисункам детей можно было предположить высокий уровень конфликтности в семьях: у 44,4% определялась конфликтность между родителями, у 43,5% конфликты ребенка с отцом, у 30,6% - конфликты ребенка с матерью. При этом, у 56% ($P < 0,01$) детей первой подгруппы в рисунках имелись признаки сверхтесных, симбиотических связей в семье и потребность ребенка в эмоциональной близости.

Анализ рисунков детей второй подгруппы показал, что в этой группе больше, чем в первой подгруппе, количество детей с признаками низкой самооценки (34,1%), хотя выявленные различия не достоверны. Такие показатели, как отсутствие чувства общности (43,6%), чувство отверженности и покинутости (31,1%), разобщенность членов семьи, слабость эмоциональных контактов между ними (44,5%), восприятие своей семьи как недостаточной, ущербной (34,8%) также отмечались у большего количества детей второй подгруппы (различия не

достоверны). Соотнесение полученных результатов с клиническим симптомокомплексом показало признаки высокой самооценки, эмоциональности, импульсивности, склонности к доминированию у детей с преобладанием симптоматики ПСР пищеварительной системы. Признаки низкой самооценки, чувство отверженности и покинутости чаще встречались в группе детей с ПСР выделительной системы. Признаки чувства небезопасности, тревожности, чувство незначительности, ненужности, потребности в опеке со стороны родителей с одинаковой частотой отмечались у детей обеих подгрупп, что позволяет предполагать их в качестве характерных для детей с ПСР.

Таблица 3. Сравнительная характеристика данных теста «Моя семья» в подгруппах детей дошкольного возраста с ПСР

Симптомокомплекс	Подгруппа 1 n=216		Подгруппа 2 n=164	
	n	%	n	%
Эмоциональный конфликт, недовольство семейной ситуацией	95	43,9**	8	4,9
Низкая самооценка	29	13,4	56	34,1
Высокая самооценка	100	46,3*	39	23,7
Отсутствие чувства общности	46	21,2	72	43,6
Претензия на главенствующую роль в семье	90	41,8	53	32,5
Чувство отверженности, покинутости	28	12,9	51	31,1
Импульсивность, уверенность в себе, склонность к доминированию	105	48,6**	30	18,3
Чувство небезопасности, тревожность	97	44,9	84	51,2
Чувство незначительности, ненужности, потребность в опеке родителей	73	33,8	65	39,6
Конфликтность между родителями	96	44,4	39	23,8
Конфликтность между сиблингами	90	41,7	65	39,6

Конфликтность ребенка с отцом	94	43,5	41	25,0
Конфликтность ребенка с матерью	66	30,6	22	13,4
Разобщенность членов семьи	46	21,3	73	44,5
Сверхтесные связи в семье	121	56,0**	27	16,5
Восприятие своей семьи как недостаточной, ущербной	45	20,8	57	34,8

Примечание: * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$)

Одинаково часто в обеих подгруппах встречались признаки конфликтов среди сиблингов, что является характерным возрастным признаком. Следовательно, можно предполагать, что общими личностными характеристиками детей старшего дошкольного возраста, страдающих ПСР, являются базовая неуверенность в себе, чувство незначительности, ненужности, потребности в опеке со стороны родителей, нарушение контакта с социальным окружением, бознь активного действия, личностная и реактивная тревожность, что может обусловить в последующем формирование неадекватно заниженной самооценки.

Нейропсихологическое исследование развития двигательных функций и пространственных представлений у детей младшего школьного возраста

Проведенное нейропсихологическое исследование часто болеющих и здоровых детей младшего школьного возраста показало, что наиболее показательными для данной выборки детей являются пробы на нейродинамические процессы, реципрокную координацию движений, динамический и кинестетический праксис. Указанные процессы во всех возрастных группах ЭГ сформированы на более низком уровне, чем у здоровых детей младшего школьного возраста ($P < 0,01$). Полученные результаты позволяют говорить о запаздывании в развитии премоторных областей, а также о возрастной несформированности межполушарного взаимодействия. В ЭГ наблюдается недостаточная сформированность пространственных представлений и оптико-конструктивной деятельности, что проявляется в структурно-топологических, метрических ошибках, несформированности нормативной стратегии восприятия и копирования ($P < 0,01$). У детей наблюдаются такие симптомы, как нарушение формулы сна, режима дня, появляется эмоциональная лабильность, повышенная истощаемость, свидетельствующие о снижении нейродинамических

процессов, обуславливающих в свою очередь снижение таких когнитивных процессов, как внимание, память, мышление, трудности регуляции поведения. Для исследования нейродинамических процессов используется наблюдение за ребенком в процессе выполнения проб, оценивается темп работы (равномерный, неравномерный; отвлекаемость, аспонтанность на протяжении всего обследования). К специализированным пробам относят – корректурную пробу, пробу «Шульте». Оценивается избирательность внимания, флуктуация умственной работоспособности, истощаемость, отвлечения от выполнения задания.

Недостаточная сформированность динамического и кинестетического праксиса, реципрокной координации, пространственных и квазипространственных факторов в условиях увеличения и усложнения учебного материала закономерно обуславливают трудности в обучении часто болеющих детей. Первичная пространственная недостаточность негативно сказывается на эффективности письма, счета и чтения. Несформированность квазипространственного фактора приводит к тому, что дети не понимают разницы или им требуется больше времени для того, чтобы определить, как надо действовать, что делать, когда они слышат инструкцию: «нарисуй круг над квадратом, круг в квадрате». То есть, дети не понимают пространственных отношений, выраженных с помощью предлогов. Возникают трудности с пониманием сравнительных отношений, например, «ручка короче карандаша, но длиннее кисточки». Следствием являются нарушение понимания, пересказа прочитанного материала, трудности при решении арифметических задач. Основными ошибками часто болеющих детей при выполнении ими копирования фигуры Тэйлора являлись фрагментарно-хаотический тип стратегии копирования, структурно-топологические, метрические ошибки. В первом и во втором классе у часто болеющих детей встречался феномен поворота на 90 градусов, что является результатом доминирования обобщенного способа опознания фигуры с преимущественным выделением структурных свойств объекта над координатными. С другой стороны, этот феномен является признаком несформированности межполушарных взаимодействий у детей данной возрастной категории.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что важной причиной неуспешности учебной деятельности у часто болеющих детей младшего школьного возраста является недостаточная сформированность двигательных функций (динамический, кинестетический праксис и реципрокная координация движений), стратегии оптико-пространственной деятельности, пространственных и

квазипространственных представлений.

Методика полярных профилей - разработана В.Е. Каганом и И.К. Шацем для изучения самооценки детей и подростков, начиная с 8-9 летнего возраста и оценки черт характера детей родителями [16]. Сравнительный анализ изучаемых показателей с помощью теста Манна-Уитни в подгруппах детей, страдающих ПСР пищеварительной, выделительной и дыхательной систем, показал, что в подгруппе детей с ПСР пищеварительной системы получены достоверные более низкие значения самооценки в сравнении с группой здоровых сверстников по шкалам: «сотрудничество» ($P < 0,000$); «контроль поведения» ($P < 0,000$), «эмоциональность» ($P < 0,000$); «общая самооценка» ($P < 0,000$). Сравнительный анализ самооценки в подгруппе детей с ПСР выделительной системы и группе здоровых детей показал достоверно более низкую самооценку у детей с ПСР по всем шкалам (таблица 18). Сравнительный анализ показателей самооценки в подгруппе детей с ПСР дыхательной системы и группе здоровых детей показал достоверно более низкую самооценку у детей с ПСР по всем шкалам.

Во всех подгруппах детей с ПСР анализировались результаты выполнения пробы мальчиками и девочками. Анализ полученных данных в подгруппе детей с ПСР пищеварительной системы с использованием теста Манна-Уитни показал достоверно более высокие показатели самооценки у девочек, по шкалам «сотрудничество», «контроль поведения» и «общая самооценка». Сравнение результатов исследования самооценки у мальчиков и девочек, страдающих ПСР дыхательной и выделительной систем, с использованием теста Манна-Уитни показало отсутствие значимой разницы между самооценкой мальчиков и девочек указанной подгруппы.

Таким образом, проведенное исследование самооценки у детей младшего школьного возраста в подгруппах ПСР пищеварительной, дыхательной (ЧБД), мочевыделительной систем показало достоверное снижение показателей самооценки практически по всем шкалам теста «Полярные профили» в подгруппах детей с ПСР. Исключение составила подгруппа девочек с ПСР пищеварительной системы, у которых самооценка способности к сотрудничеству, контроля поведения и общая самооценка достоверно выше, чем у мальчиков.

Корреляционный анализ исследуемых показателей двигательного праксиса, пространственных представлений и самооценки у часто болеющих детей младшего школьного возраста (ПСР дыхательной системы), выявил наличие прямой значимой связи между самооценкой стиля деятельности и выполнением фигуры Тэйлора ($r = 0,199$, $P < 0,05$); самооценкой контроля поведения и образами зрительных представлений ($r = 0,239$, $P < 0,01$). Это подтверждает мнение А.В.

Семенович о том, что рефлексивные процессы связаны с пространственными представлениями. Прямая значимая связь самооценки стиля деятельности со стратегией оптико-пространственной деятельности позволяет говорить об субъективной избирательности по отношению к окружающему миру и собственном способе получения и обработки информации, который закладывается на ранних этапах онтогенеза.

Анализ результатов проведенного психодиагностического исследования позволил составить таблицу некоторых методов психодиагностики психологических факторов риска ПСР у детей на разных этапах онтогенеза (табл.4)

Таблица 4. Методы исследования в соответствии со структурой патологического психосоматического фенотипа

Патогенный вектор психосоматического развития [12]	Методы диагностики
I. Этап развития формы чувственного означивания	
<p>Появление комплекса оживления в срок или позже 5 недель.</p> <p>Эмоциональная лабильность, легкая возбудимость, агрессивность, обидчивость, повышенная плаксивость.</p> <p>Расстройства сна: затрудненное засыпание и (или) пробуждение, беспокойный сон.</p> <p>Слабый сосательный рефлекс, отказ брать грудь, дисфункции пищеварительной системы.</p> <p>Неустойчивость вегетативных функций. На фоне эмоциональных переживаний появление таких вегетативных симптомов, как субфебрилитет без каких-либо объективных причин, психогенный кашель, гипервентиляционный синдром и др.</p> <p>Снижена познавательная активность при задержанном моторном развитии.</p> <p>Может быть нарушен эмоциональный контакт с матерью при эмоционально холодной матери или ребенок отражает тревожность матери своей повышенной возбудимостью и тревожностью, которая выражается генерализованными телесными реакциями.</p> <p>Может быть задержка развития предпосылок речи или вокализации ребенка в большей мере проявляются хныканьем, плачем на преобладающем негативном эмоциональном фоне.</p> <p>Отсутствие активных форм поведения в проблемных ситуациях (разлука с матерью), небезопасная и амбивалентная привязанность.</p>	<p>Клинический метод: наблюдение и беседа с мамой.</p> <p>При работе с детьми младенческого и раннего детского возраста преобладает наблюдение за поведением ребенка, за характером отношений с мамой и другими значимыми близкими.</p> <p>Шкала балльных оценок для определения перинатального риска М.А. Куршина и соавт. (1988)</p> <p>Информативны методики, выполняемые путем предъявления родителям опросников: «Оценочная шкала эмоциональных проявлений Й. Шванцара», «Шкала психического напряжения и невротических тенденций Рузе»; эксперимен-</p>

	тальное изучение привязанности (методика М. Эйнсворт) [23]
II. Этап символического, вербального означивания	
Нарушенная двигательная активность (гиперактивность или моторная заторможенность) и связанное с этим снижение познавательной активности, так как гиперактивность связана с дефицитом внимания, что затрудняет развитие произвольных психических процессов (памяти, внимания), а заторможенность ограничивает контакт с окружающим миром предметов, других детей. Неуверенность в себе, нарушение контакта с социальным окружением, нерешительность; повышенная личностная и ситуативная тревожность, боязнь активного действия.	Клинический метод: наблюдение и беседа с мамой. Рисуночные методики: «Дом. Дерево. Человек», «Рисунок семьи», «Несуществующее животное», «Моя болезнь».
III. Этап включения гностических действий, обретающих самостоятельный смысл и преобразующих психосоматическую связь	
Недостаточная сформированность пространственных представлений на основе искаженного соматогнозиса в младенчестве. Преобладает хаотичная или фрагментарная стратегия оптико-пространственных деятельности, приводящая к нарушению учебной деятельности. Образ тела характеризуется повышенным интересом ребенка к страдающему органу, акцентом внимания на собственной слабости, болезненности. Придание ценности соматическому симптому. Неадекватно заниженная или завышенная самооценка. Неумение отстаивать себя в ситуации фрустрирующего общения – отреагирование соматическим симптомом.	Клинический метод: наблюдение и беседа с мамой. Нейропсихологическое исследование по А.Р. Лурия и Л. С. Цветковой. Рисуночные методики: «Дом. Дерево. Человек», «Рисунок семьи», «Несуществующее животное». Методика полярных профилей. Опросник диагностики отношения родителей к болезни ребенка

Можно заключить, что представленные результаты ни в коей мере не претендуют на завершенность, а лишь служат демонстрацией необходимости проведения планомерных исследований и оценки эффективности использования известных методов, а также разработки новых для составления рекомендательных схем психодиагностики в практике детских психосоматических расстройств.

Литература

1. Ананьев, Б.Г. Человек, как предмет познания. / Б.Г. Ананьев. - СПб. : «Питер», 2001. – 226 с.

2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. Санкт-Петербург: Речь, 2011. 271 с.
3. Венгер, А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А.Л. Венгер. М. : Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2010.-159 с.
4. Глозман, Ж.М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных / Ж.М. Глозман. Москва : Смысл, 2019. 264 с.
5. Кравцова Н.А. Психологические детерминанты развития психосоматических расстройств. Патогенный психосоматический фенотип / Владивосток, 2013. 224 с.
6. Кравцова Н.А., Катасонова А.В. Нейропсихология формирования двигательных функций и пространственных представлений у часто болеющих детей младшего школьного возраста // Психологическая наука и образование www.psyedu.ru. 2011. №2. С. 91-100.
7. Кулаков, С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств / С.А. Кулаков. СПб.: «Речь», 2007. 294 с.
8. Лебедева, Л.Д. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии / Л.Д. Лебедева, Ю.В. Никонорова, Н.А. Тараканова. СПб. : Речь, 2006. 336 с.
9. Лифинцева А.А., Холмогорова А.Б. Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 1 (84). С. 70-83.
10. Ломов, Б.Ф. Системность в психологии: Избранные психологические труды / Б.Ф. Ломов; под ред. В.А. Барабанщикова, Д.Н. Завалишиной, В.А. Пономаренко. М. : Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2003. - 424 с.
11. Маганья Дж. Наблюдение за младенцем в семье. СПб: Центр гуманитарных инициатив, 2019. 360 с.
12. Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2018. 264 с.
13. Мюнхенская функциональная диагностика развития. Первый год жизни // Т. Хеллбрюгге, Ф. Лайоси, Д. Линара, Р. Шамбергер, Т. Ройтенгитраух. Минск : Изд-во БелАПДИ «Открытые двери», 1997. – 210 с.
14. Мюнхенская функциональная диагностика развития. Второй и третий годы жизни // Т. Хеллбрюгге, Ф. Лайоси, Д. Линара, Р. Шамбергер, Т. Ройтенгитраух. Минск : Изд-во БелАПДИ «Открытые двери», 1997. - 124 с.
15. Мясичев, В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясичев; под редакцией А.А. Бодалева. М. : Изд-во Московского псих.-соц. ин-та; Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2003 – 400 с.
16. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник Московского университета. Серия 12: Политические науки. 2016. № 2. С. 8.
17. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Учебное пособие. / Под ред. Д.Н. Исаева, В.Е. Кагана. СПб. : ПМИ, 1991. 80 с.

18. Роговин, М.С. Теоретические основы психологического и психопатологического исследования / М.С. Роговин, Г.В. Залевский Томск, 1988. 234 с.
19. Труды Ярославского методологического семинара (методология психологии). Том 1. / Под ред. В.В. Новикова, И.Н. Карицкого, В.В. Козлова, В.А. Мазилова. Ярославль : МАПН, 2003. 384 с.
20. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? // Социальная психология и общество. 2017. 8(4). С. 8-31
21. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд. 4-е, исправленное и дополненное М.: Педагогическое общество России, 2002. 96 с.
22. Черников, А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. М.: Класс. Независимая фирма, 2012. 202 с.
23. Шванцара, Й. Диагностика психического развития. Прага, ЧССР.: Авицентум, 1978. 388 с.

Куртанова Ю.Е.
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ДЕТСКОЙ
СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Аннотация. Статья посвящена вопросу психологической диагностики детей с соматической патологией, находящихся на стационарном лечении. В статье отражены принципы и ограничения, которые важно учитывать при работе с детьми в медицинском учреждении. Предложены диагностические методики, которые эффективно себя зарекомендовали при работе с детьми в соматической клинике. Также приведен пример составления и заполнения документации после проведения обследования ребенка.

Ключевые слова: психологическая диагностика, дети, соматические заболевания.

Психологическая реабилитация рассматривается как неотъемлемая часть в составе лечебно-восстановительных мероприятий детей с соматическими заболеваниями. Психологическое сопровождение детей требует их психологического обследования. К сожалению, немного можно встретить психологической литературы, посвященной психологической диагностике детей с хроническими соматическими заболеваниями, хотя в психологической практике ежедневно клинический психолог сталкивается с необходимостью подбора диагностического инструментария для работы с маленькими пациентами. При проведении психологической диагностики в детской соматической клинике важно учитывать ряд принципов и ограничений.

1. Принцип учета возрастно-психологических особенностей
Безусловно этот принцип всегда применяется в работе психолога,

однако в клинике мы часто сталкиваемся с несоответствием паспортного возраста с интеллектуальным, личностным и физическим развитием ребенка. Паспортный возраст может опережать физическое развитие, а уровень развития интеллекта быть выше по сравнению с личностным развитием, в силу особенностей воспитания, социальных ограничений и других факторов. Необходимо выявить и учитывать ведущий тип деятельности, который также может не соответствовать настоящему возрастному этапу, на котором находится ребенок. Поэтому проводить диагностические процедуры следует наиболее индивидуализировано, в соответствии с индивидуальными особенностями и потребностями ребенка.

2. Принцип учета особенностей заболевания

При подготовке проведения диагностической процедуры необходимо учитывать психофизические особенности детей и ограничения, накладываемые тем или иным заболеванием. При каждом заболевании на разных этапах лечения есть различные ограничения в контактах, физической активности. Ребенок может прийти на занятие с капельницей или с катетером, которые ему мешают, возможно во время диагностики он испытывает болевые ощущения. Лечение может изменять внешность ребенка, что зачастую приводит к фрустрации. У ребенка могут быть ограничения в питании, что возможно проявится в беседе и будет вести к эмоциональному напряжению. Любые значимые ограничения, которые накладывает заболевание, должны учитываться психологом. Специалисту важно понимать, в какой ситуации находится ребенок, с чем ему приходится сталкиваться ежедневно при прохождении лечения.

3. Принцип учета психологического состояния ребенка

При различных заболеваниях психологи отмечают типичные эмоционально-личностные особенности детей: особенности самосознания, самооценки, нейропсихологического статуса, преобладание различных эмоциональных состояний – тревожности, страхов, агрессии [3, 4, 5, 6, 7, 8, 10]. При диагностике данных состояний важно понимать, насколько они типичны при данной патологии. Быть готовым к работе с этими состояниями в условиях стационарного лечения. Также можно отметить особенности развития высших психических функций детей: астения, интоксикация, пониженная работоспособность, медикаментозное лечение, низкий уровень мотивации обучения влияет на развитие когнитивных функций. Это влияние усугубляется при продолжительном лечении и массивной интоксикации при сложном лечении.

4. Учет особенностей, обусловленных пребыванием в стационаре
Госпитализация – это серьезный источник стресса в силу привычного образа жизни, больничного режима, присутствия других пациентов, длительности, сложности лечения и восстановительного

периода, который усугубляется еще и многочисленными факторами, с которыми сталкивается ребенка при взаимодействии с болезнью. Приведем перечень факторов и их последствий, связанных с пребыванием в стационаре:

- болезненные, выматывающие процедуры; ограничения, накладываемые больничным режимом; объектный подход медицинского персонала – как результат плохое самочувствие, астения, депрессия.
- длительность стационарного лечения - длительная изоляция; однообразное пространство, сенсорная депривация, пищевая диета - как результат социальная изоляция, замкнутость, пассивная позиция.
- телесные изменения – как результат стресс, переживание инвалидизации.
- постоянство одного из родителей рядом в течение всего стационарного лечения и изоляция от остальных членов семьи может привести к нарушению детско-родительских отношений (симбиотической связи, гиперопеке, эмоциональной изоляции от ребенка).
- социальная депривация при пребывании в стационаре, в изоляторах, отдельных боксах, ведет к потере навыков общения, концентрации на своем болезненном состоянии, чувству безысходности, эмоциональному снижению.

Приведенные факторы не существуют изолированно друг от друга, они связаны и взаимодополняемы.

Учет вышеперечисленных принципов накладывают ряд ограничений на проведение диагностических процедур:

1) Исключение физической активности. Необходимо исключить какие-либо физические упражнения и двигательную активность, которые могут быть вредны или непосильны для ребенка в силу особого физического состояния. Задания должны выполняться сидя за столом, или просто на стуле, иногда даже лежа, то есть в том положении, в котором ребенку комфортно.

2) Ограничение материалов и средств. Обусловлено медицинскими рекомендациями и этапом лечения. Часто применяемые материалы требуют определенной санитарной обработки перед предъявлением ребенку. А некоторые материалы (пластилин, песок) могут быть вообще исключены при работе в стационаре с определенными категориями детей.

3) Ограничение длительности занятия. Стационарное лечение требует соблюдения распорядка дня и больничного режима. При работе в медицинском учреждении действует принцип приоритетности медицинских процедур и обследований. Поэтому при проведении психологической диагностики следует выбирать методики короткие, но информативные.

Процедура диагностики делится на первичную диагностику, во время которой решается вопрос о необходимости предоставления психологической помощи ребенку, и дообследование, задачей которого является уточнение психологического состояния ребенка.

После проведенного первичного диагностического обследования необходимо определить, нуждается ли ребенок в психологической помощи. Если нуждается, то какого рода психологическую работу надо провести, какие методы коррекции наиболее целесообразно было бы применить в данном конкретном случае с учетом возраста ребенка, особенностей и тяжести заболевания, его интеллектуального развития, личностных особенностей, коммуникативных возможностей и т. д. То есть, на основе проведенной диагностики для каждого пациента, который нуждается в психологической помощи, специалист составляет план коррекционной работы. Из всех имеющихся коррекционных мероприятий медицинского учреждения и арсенала психолога необходимо выбрать те, которые действительно необходимы данному ребенку. Важно оценить, насколько необходимо включение в план коррекционных мероприятий индивидуальных или групповых занятий, работа в сенсорной комнате, применение методов арт-терапии, игровой терапии и т.п. Необходима ли консультация родителей и медицинского персонала относительно этого пациента.

При подборе методик для диагностики следует стремиться к комплексному подходу. Комплексный подход означает дополнение информации, полученной с помощью стандартизированных тестов, наблюдением, беседой с ребенком, опросниками и различного рода проективными методиками, что дает более полную и объективную информацию о наличии или отсутствии у ребенка данного качества. Информация, полученная комплексным путем, дает возможность делать выводы о психологическом состоянии ребенка.

Предлагаем диагностические методики, которые эффективно применяются при работе с детьми с соматическими заболеваниями.

Диагностика когнитивных функций:

1. Диагностика наглядно-образного мышления
 - *дошкольный возраст* (методика «Самый непохожий», детский вариант матриц Равена),
 - *школьный возраст* (матрицы Равена, «Четвертый лишний» из диагностического комплекса М.М. Семаго).
2. Диагностика вербально-логического мышления
 - *дошкольный возраст* («Классификация»),
 - *школьный возраст* (субтесты «Аналогия» и «Классификация» из Группового интеллектуального теста).
3. Диагностика внимания

- *дошкольный возраст* (методика Пьерона-Рузера, наблюдение за выполнением деятельности при обследовании),
 - *школьный возраст* (корректурная проба (тест Бурдона), таблицы Шульте).
4. Диагностика памяти
- *дошкольный возраст* (методика «Кто убежал»),
 - *школьный возраст* (методика «10 слов» (А.Р. Лурия), «Пиктограмма»).

Диагностика коммуникативной сферы:

- *дошкольный возраст* (беседа с детьми, родителями, наблюдение в группе),
- *школьный возраст* (методика исследования сферы межличностных отношений Р. Жилия, беседа с ребенком, наблюдение в группе).

Диагностика личностных особенностей:

1. Диагностика самооценки
 - *дошкольный возраст* (лестница В.Г. Щур),
 - *школьный возраст* (методика Дембо-Рубинштейн, тест незаконченных предложений).
2. Диагностика мотивационно-потребностной сферы
 - *дошкольный и школьный возраст* (тест незаконченных предложений, игра «Цветик-семицветик», интервью "Волшебный мир" (Л. Д. Столяренко)).

Диагностика эмоциональных особенностей:

1. Диагностика тревожности
 - *дошкольный возраст* («Тест тревожности» Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен),
 - *школьный возраст* (Шкала явной тревожности А.М. Прихожан, «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора, адаптированная Т. А. Немчиновым).
2. Диагностика страхов
 - a. *дошкольный и школьный возраст* («Страхи в домиках» А.И. Захаров и М. Панфилова, беседа с детьми и их родителями, наблюдение).
 3. Диагностика агрессивности
 - a. *дошкольный возраст* (рисунок «Несуществующее животное» М.З. Дукаревич),
 - b. *школьный возраст* (рисунок «Несуществующее животное» М.З. Дукаревич, тест руки Э. Вагнера).

При первичной диагностике не рекомендуется проводить исследование внутрисемейных отношений и отношения к заболеванию ребенком, так как для такого рода обследования важен установленный контакт с психологом. Такого рода диагностика возможна на

последующих встречах психолога с ребенком. Для диагностики внутрисемейных отношений предлагаются следующие методики:

-дошкольный возраст (Рисунок семьи, Рисунок семьи животных (А.Л. Венгер)[2]),

-школьный возраст (Рисунок семьи, методика исследования сферы межличностных отношений Р. Жила, семейная социограмма (Э.Г. Эйдемиллер) [9]),

-родители («Анализ семейных взаимоотношений», семейная социограмма (Э.Г. Эйдемиллер)).

Для диагностики отношения к заболеванию можно взять следующие методики:

a. дошкольный возраст (модифицированный вариант методики исследования половозрастной идентификации Н. Л. Белопольской [7]),

b. школьный возраст (тест незаконченных предложений (И.К. Шац и В.Е. Каган), модифицированный вариант методики исследования половозрастной идентификации Н.Л. Белопольской, клиническая беседа).

Приведем вопросы для клинической беседы с детьми, направленной на выявление отношения к заболеванию.

- 1.Что ты знаешь о своем заболевании? Хотелось бы что-то узнать более подробно?
- 2.Что для тебя означает понятие «здоровый человек»?
- 3.Мешает ли тебе заболевание? Если мешает, то чем?
- 4.Что тебе больше всего не нравится в твоей болезни?
- 5.Какие чувства ты испытываешь, когда попадаешь в стационар?
- 6.Что тебе помогает, когда становится совсем грустно?
- 7.Знают ли о твоей болезни друзья?
- 8.Кто с тобой разговаривает о болезни?

В целях изучения отношения к болезни детей также можно использовать модифицированный вариант методики исследования половозрастной идентификации Н.Л. Белопольской [1]. Методика Н.Л. Белопольской предполагает следующую процедуру. Перед ребенком в случайном порядке раскладывают 12 картинок с изображениями людей мужского и женского пола разного возраста (младенчество, дошкольное детство, школьный возраст, юность, зрелость и старость). Далее ребенку задают вопрос: «Какой ты сейчас?». Выбранную им картинку кладут перед ним и предлагают показать, каким он был раньше. Затем просят показать, каким он будет, когда вырастет. После того, как определенная последовательность идентификации составлена или ее не удавалось составить, ребенка просят ответить: «Какой(ая) у тебя папа/мама?», «Каким бы ты хотел быть?». Ребенок выбирает соответствующие картинки (Белопольская Н. Л., 1998).

В отличие от методики Н.Л. Белопольской при изучении восприятия ребенком своего заболевания необходимо изменить саму процедуру исследования, при этом ребенок не выбирает картинки, а рисует себя в разных возрастах. Таким образом, получается последовательность из шести рисунков: в младенчестве, в дошкольном, в школьном возрасте, в юношестве, зрелости и пожилом возрасте. Затем на каждом из рисунков ребенку предлагается отметить болезни, которыми он страдал в разных возрастах (если таковые имелись), а также предположить продолжительность болезни в будущем. При этом ребенку задаются вопросы о каждом нарисованном возрастном периоде. В процессе исследования фиксируются вопросы и высказывания ребенка, цвет и интенсивность отмечаемых заболеваний, их локализация.

При анализе результатов обследования по данной методике у психолога есть возможность сравнить соответствие сознательных представлений о болезни у детей (выявленных с помощью клинической беседы) и подсознательных догадок о тяжести заболевания или стремления к выздоровлению, выявленных при помощи проективного метода.

Заполнение документации после проведения обследования ребенка.

В каждом медицинском учреждении утверждена своя форма документации, заполняемая психологом. Но в какой бы форме она ни заполнялась, от психолога требуется заключение на каждого пациента, заполнение психологических статусов, а при выполнении коррекционной работы – отчеты о проведении тех или иных коррекционных мероприятий (их цели, задачи, результаты проведения, динамика психологического состояния ребенка).

Необходимо отдельно остановиться на вопросе составления психологических статусов. Психологический статус может быть составлен в любой форме (обычно в виде таблицы) и отражать те параметры, по которым проходит диагностика. Также он должен отражать план коррекционных мероприятий для конкретного пациента, а впоследствии и отмеченную динамику после проведения психологической работы. Психологический статус должен быть составлен в соответствии с теми проблемами, которые типичны для пациентов данного отделения. Например, в соматическом отделении обычно лежат дети с нормативным интеллектуальным развитием, но у них зачастую отмечаются личностные, эмоциональные проблемы, трудности в общении. Соответственно, психологический статус в соматическом отделении должен в минимальной степени отражать показатели интеллектуального развития ребенка, а в значительной степени – особенности его личностного развития, эмоционально-волевой и коммуникативной сферы.

Результаты исследования внутренней картины болезни можно фиксировать в отдельной таблице. Приведем пример заполнения такой таблицы:

Таблица 1. Результаты диагностики внутренней картины болезни.
Ф.И.О. _____ Возраст _____ Дата _____

Уровни	Характеристика
Сензитивный	Отмечает болевые ощущения в области спины
Интеллектуальный	Знания о заболевании достаточные, соответствуют уровню развития ребенка. Отмечается страх перед новой негативной информацией относительно заболевания
Эмоциональный	Очень переживает по поводу состояния здоровья, с болезнью связаны эмоции тревоги и страха. Сопоставляет дебют заболевания с подавленным эмоциональным состоянием. Очень переживает из-за длительной разлуки с близкими людьми вследствие нахождения в стационаре.
Мотивационный	Мотивационная структура не изменена, отмечается высокий уровень мотивации лечения

Итак, при проведении процедуры диагностики с детской соматической клинике важно учитывать ряд особенностей, связанных с интеллектуальным, личностным, физическим развитием ребенка, его состоянием во время диагностики, особенности его лечения и госпитализации. Все это может помочь комплексно подойти к процессу обследования и получить полную картину психологического состояния ребенка.

Литература

1. Белопольская Н. Л. Половозрастная идентификация: Методика исследования детского самосознания. – М.: Когито-центр, 1998.
2. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. - М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2002.
3. Гнедова С. Б. Влияние социальной ситуации и состояния здоровья на развитие личностных особенностей школьников: Автореф. дис... канд. психол. наук. - М., 1999.
4. Горячева Т.Г. Нейропсихологический статус детей, часто болеющих респираторными заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. - 2013. - №2.
5. Киселева М.Г. Если ребенок болеет. Психологическая помощь тяжелобольным детям. – М., 2016.
6. Коваленко Н.А. Эмоциональный и телесный опыт ребенка с бронхиальной астмой: Автореф. дис...канд. психол. наук. – М., 1998.

7. Курганова Ю.Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями. – Дис... канд. психол. наук. – М., 2004.
8. Павлова Л.Б. Психологические проблемы и личностные особенности подростков с сахарным диабетом// Известия Российского педагогического университета им. А.И.Герцена. № 35 (76): (Педагогика, психологи, теория и методика обучения): Научный журнал. СПб., 2008. С. 191-197.
9. Системная семейная психотерапия/ Под ред. Э. Г. Эйдемиллера.– СПб.: Питер, 2002.
10. Филякова Е. Г., Николаева В. В., Касаткин В. Н. Образ Я детей с хроническими соматическими заболеваниями (бронхиальная астма и гастродуоденальная патология) // Педиатрия. - 2002. - № 4. - С. 97–103.

Солондаев В.К., Конева Е.В., Крупеникова И.В.
ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛАХ

Аннотация. Исследовано психическое развитие в зависимости от формы обучения детей с ограниченными возможностями здоровья: самооценка и оценка со стороны учителя, социометрический статус, социально-бытовая ориентировка, эмоциональное самочувствие, качество жизни, успеваемость. Выборка: дети с нормальным развитием, дети с легкой умственной отсталостью (F70), дети со смешанными специфическими нарушениями развития (F83); 4-6 класс; различные варианты обучения. Обнаружено, что форма обучения влияет на психическое развитие детей и на отношение к ним учителей; социально-бытовая ориентировка связана с другими исследованными параметрами; оценки учителями детей с ограниченными возможностями здоровья полярны и слабо дифференцированы.

Ключевые слова: ограниченные возможности здоровья, умственная отсталость, задержка психического развития, специальное (коррекционное) образование, психическое развитие

Авторы представляют исследование, проведенное в 2009 году в рамках технического задания научно-исследовательской лаборатории специального (коррекционного) образования государственного образовательного учреждения Ярославской области «Центр помощи детям». Полученные результаты ранее не публиковались. Целесообразность публикации данных 2009 года, по мнению авторов, определяется двумя причинами.

Во-первых, исследование было спланировано на основе классической работы С.Я Рубинштейн «Психология умственно отсталого школьника». В этой работе авторами были выделены два

аспекта, разрабатываемых в ходе исследования:

- преимущественно качественная и понятная не специалистам в психологии характеристика детей;
- описание детей в контексте учебы и взаимодействия со сверстниками.

Во-вторых, полученные в 2009 году эмпирические данные в настоящее время представляют отнюдь не только исторический интерес. Оценивая изменения в обучении детей с ограниченными возможностями здоровья, произошедшие после исследования и продолжающиеся в настоящее время, необходимо сопоставлять актуальную ситуацию с предшествующей. Авторы надеются, что публикация данных 2009 года станет некоторой «точкой отсчета», позволяя лучше понять текущую ситуацию.

В исследовании принимали участие учащиеся 4-6 классов с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и их нормально развивающиеся сверстники (далее группа Норма). В группу детей с ОВЗ включались дети с диагнозом по МКБ-10 F83. Смешанное специфическое расстройство психического развития (далее группа ЗПР) и дети с диагнозом F70. Умственная отсталость легкая (далее - группа УО). Дети с ОВЗ обучались в специальных (коррекционных) классах VII и VIII видов (не интегрированные классы) или совместно с нормально развивающимися сверстниками (интегрированные классы). Испытуемые обучались в школах Ярославля, Ростова, Углича и школах Ярославского района (п. Дубки, п. Кузнечиха, с. Спас Виталий). Характеристики выборки приведены в таблицах 1 и 2. Всего в исследовании приняли участие 273 ученика.

Методики, применявшиеся при исследовании, описаны в Приложении.

Таблица 1: Распределение выборки по классам

Класс	ЗПР не интегрированные	ЗПР интегрированные	Норма с ЗПР	УО не интегрированные	УО интегрированные	Норма с УО	Норма
4	31	5	44	1	0	0	10
5	22	6	37	14	0	0	13
6	28	3	22	19	1	11	6
Всего:	81	14	103	34	1	11	29

Таблица 2: Распределение выборки по категориям учащихся

Группа	Класс			Всего
	4	5	6	
УО	1	14	20	35
ЗПР	36	28	31	95
Норма	54	50	39	143

Вначале охарактеризуем полученные результаты по каждому исследованному параметру.

4. Самооценка

По параметру самооценка различий между группами не выявлено, дети в целом оценивают свои качества положительно. Положительно оценивают свои особенности 83% учащихся группы Норма, 85% - детей с ЗПР и 83% - учащихся с УО.

В обычных классах, в которых не обучаются дети с ЗПР, высокая самооценка у нормально развивающихся учащихся выявлена в 97% случаев, 3% имеют среднюю самооценку. В обычных классах, в которых обучаются дети с ЗПР, ученики группы Норма в 80% случаев имеют высокую самооценку, в 15% - среднюю и в 5% - низкую.

Социально-бытовая ориентировка (СБО)

В группах Норма (61%) и ЗПР (60%) у большинства учащихся средний уровень социально-бытовой ориентировки (количество правильных ответов от 29 до 39). Высокая социально-бытовая ориентировка (правильных ответов больше 40) диагностируется у 25% учащихся группы Норма и 10% детей с ЗПР. Низкая социально-бытовая ориентировка (правильных ответов от 11 до 28) характерна для 14% нормально развивающихся детей и 30% учащихся с ЗПР. У большинства учащихся с УО (58%) низкая социально-бытовая ориентировка, тогда как средняя характерна для 33%, а высокая - для 9% детей.

Помимо количества правильных ответов, при обработке результатов учитывалось выделение проблемности в ситуациях, которые предлагались в методике. Было выявлено, что проблемность в чаще выделяют учащиеся с ЗПР (60%), чем дети групп Норма (40%) и УО (50%). Игнорируют проблемность 60% нормально развивающихся детей, 50% детей с УО и 40% детей с ЗПР. Постановка проблемных ситуаций, так же, как и игнорирование проблемности, применительно к различным группам в наших результатах отражает разную психологическую реальность. Низкий уровень проблемности у испытуемых группы Норма означает отсутствие у них серьезных затруднений при столкновении с повседневными социально-бытовыми ситуациями. У учащихся с умственной отсталостью картина иная: игнорирование проблемности связано с отсутствием у них мотивации на активное взаимодействие с бытовыми ситуациями, а значит, низкую активность при их разрешении. Это подтверждается следующим обнаруженным в ходе исследования фактом: при низкой осведомленности дети с умственной отсталостью не выделяют

проблемность в ситуациях. Таким образом, низкое количество проблемных ситуаций у испытуемых данной группы следует рассматривать как неблагоприятное обстоятельство в плане обеспечения качества жизни данной группы испытуемых.

Проблемность в ситуациях внутри выборки детей с ЗПР чаще выделяют дети из классов VII вида, которые ранее обучались в обычных классах (средний уровень проблемности характерен для 59% детей, высокий – для 17%, отсутствие проблем наблюдается у 24% детей). У тех учеников из классов VII вида, кто не учился ранее в обычных классах, в 45% случаев отсутствуют проблемные ситуации, у 26% учащихся - проблемность высокая, и у 29 % - средняя. У детей с ЗПР из обычных классов отсутствие проблем выявлено у 53%, средний уровень – у 40%, и высокий – у 7% учащихся. Полученные данные, таким образом, свидетельствуют о более высокой социально-бытовой ориентировке у той части группы ЗПР, которая ранее обучалась в обычных классах.

При исследовании социально-бытовой ориентировки была учтена также степень самостоятельности детей при разрешении ими ситуаций бытовой сферы. Показатель самостоятельности можно рассматривать как центральный при анализе степени социально-бытовой ориентировки, так как именно он отражает способность детей справляться с различными бытовыми ситуациями и вести себя в этих ситуациях адекватно. Выявлены следующие тенденции: у детей с ЗПР из обычных классов самостоятельность ниже, чем у детей из классов VII вида. Так, у детей с ЗПР в обычных классах высокая самостоятельность не выявлена, средняя самостоятельность диагностируется у 66% детей, низкая – у 34%. У детей из классов VII вида высокая самостоятельность выявлена у 22%, средняя у 47%, низкая у 31%. У детей из классов VII вида, которые ранее обучались в обычных классах, высокая самостоятельность у 31%, средняя – у 48%, и низкая – у 21% учащихся.

5. Эмоциональное самочувствие

Выявлено что для умственно отсталых учащихся характерно преобладание отрицательных эмоций (в 42% случаев), у большинства учащихся с ЗПР и нормально развивающихся детей эмоциональное самочувствие нормальное (51% - в группе Норма и 59% – в группе ЗПР), в группе Норма у 28% и в группе ЗПР у 16% преобладают положительные эмоции.

6. Оценки учащихся со стороны педагогов

В целом по группам преобладают высокие экспертные оценки педагогов, т.е особенности детей педагоги описывают как положительные (в группе Норма так оценивают 79% учащихся, в

группе ЗПР - 54%, и в группе УО 49%). Выявлена тенденция, согласно которой учащихся с ЗПР педагоги склонны оценивать полярно, т.е. приписывать им или положительные черты (у 54% учащихся), или отрицательные (у 30% учащихся), особенно данная тенденция прослеживается при оценке личностных особенностей учащихся. Большинство учащихся с УО педагоги оценивают положительно (49%), для 29% учащихся характерна средняя экспертная оценка и у 23% педагоги выделяют отрицательные качества.

При наличии у педагогов общей тенденции к полярным оценкам у педагогов классов VII вида данный феномен прослеживается ярче. При этом учителя обычных классов склонны больший процент детей оценивать положительно.

Нормально развивающихся детей, которые обучаются совместно с детьми с ЗПР, учителя оцениваются несколько выше, чем детей группы Норма, обучающихся отдельно от детей с ЗПР. В классах, где нормально развивающиеся дети обучаются совместно с детьми с ЗПР, высокую экспертную оценку получили 86 % детей, среднюю -11%, и низкую - 3%. В классах, в котором обучаются только нормально развивающиеся дети высокую экспертную оценку получили 54% учеников, среднюю - 28% и низкую - 18%.

В обычных классах педагоги оценивают личностные качества 73% детей с ЗПР положительно, 27% учеников получили низкую экспертную оценку, средняя экспертная оценка отсутствует. В классах VII вида высокую экспертную оценку по личностным качествам получили 44% детей, а низкую 35% детей. В классах VII вида большинство детей (62%), которые ранее обучались в обычных классах, педагоги оценивают положительно, и только 24% детей получили низкую экспертную оценку.

7. Успеваемость

У большинства учащихся с ЗПР и УО успеваемость удовлетворительная, в группе Норма большинство учащихся успевают на «хорошо» и «отлично». Выделена следующая тенденция: в обычных классах, где учатся дети группы ЗПР, нет хорошо успевающих детей с ЗПР, а в специальных (коррекционных) классах VII вида таких учеников 24% (из них 17% детей, постоянно обучающихся в данном классе, и 7% учеников пришли из обычного класса). Неуспевающих учеников в обычных классах 13%. В классах VII вида среди учеников, которые изначально обучались в данном классе 2% неуспевающих, среди детей, которые ранее обучались в обычном классе, неуспевающих 10%.

8. Качество жизни

В целом, по субъективной оценке, качества жизни у большинства

учащихся групп ЗПР и УО больше неблагоприятных признаков по сравнению с группой Норма. У 68% детей групп Норма неблагоприятных признаков не более 20 (граница нормы по данным разработчиков методики), тогда как данный показатель характерен только для 48% детей с ЗПР и 42 % детей с УО. Достаточно низкий показатель по качеству жизни (более 20 неблагоприятных признаков) выявлен у детей групп ЗПР (51%) и УО (58%), для нормально развивающихся детей этот показатель составил только 32 %. Особенно отчетливо данная тенденция выражена, когда учащиеся оценивают свое социальное функционирование.

Далее опишем результаты сравнительного анализа взаимосвязей исследованных параметров в различных группах.

Взаимосвязь успеваемости и социометрических показателей

В группе Норма при свободном межличностном взаимодействии высокий социальный статус (большое количество положительных выборов) отмечается только при высокой успеваемости. При межличностном взаимодействии в заданных рамках положительные выборы учащихся с низкой успеваемостью отсутствуют. При любом взаимодействии (свободном и в заданных рамках) при низкой успеваемости зафиксирован низкий социальный статус учащихся (большее количество отрицательных выборов). **В группе ЗПР** при свободном межличностном взаимодействии отсутствуют положительные выборы учащихся с низкой успеваемостью. В такого рода взаимодействии у учащихся с высокой успеваемостью нет отрицательных выборов. **В группе УО** при любом межличностном взаимодействии (свободном и в заданных рамках) при низкой успеваемости нет большого количества положительных выборов. Таким образом, успеваемость учащихся влияет на их социометрический статус, но по-разному у различных исследуемых групп: в наибольшей степени это влияние прослеживается в группе Норма, оно несколько меньше у учащихся с ЗПР и наименьшее у группы УО.

Взаимосвязь социометрических показателей и оценки детей учителями

В группе Норма у учеников, получивших низкую экспертную оценку педагогов, отсутствует высокий социальный статус как при свободном общении, так и в заданных рамках. При высокой экспертной оценке детей у них зафиксирован высокий социальный статус только в свободном взаимодействии. **В группе ЗПР.** При высоком социальном статусе детей как при свободном общении, так и в заданных рамках экспертная оценка учителей полярная: или высокая или низкая. **В группе УО** у детей, получивших высокую экспертную оценку

педагогов, отсутствует низкий социальный статус как при свободном общении, так и в заданных рамках.

В целом эти результаты можно интерпретировать как наличие положительной связи между степенью популярности учащихся среди их сверстников и их оценкой со стороны педагогов. Исключение составляют лишь оценки, даваемые учителями детям с ЗПР, в этой группе оценки учителями школьников, имеющих высокий социальный статус среди сверстников, тяготеют к крайним полюсам и становятся или высокими, или низкими.

Взаимосвязь социометрических показателей испытуемых и их самооценки

И в каждой отдельной группе, и по выборке в целом можно констатировать лишь весьма слабую связь между социометрическим статусом детей в классе и их самооценкой.

Взаимосвязь оценки учащихся учителями и успеваемости учащихся

В группе Норма обнаружена положительная связь между успеваемостью учащихся и экспертными оценками учителей. **В группе ЗПР** обнаружено, что ученики с высокой успеваемостью не получают от учителей низких экспертных оценок. **В группе УО** ученики с низкой успеваемостью не получают от учителей высоких экспертных оценок. Из приведенных данных можно сделать вывод, что успеваемость влияет на оценку учителями учащихся в группах детей как с обычными (группа Норма), так и с особыми образовательными потребностями (группы ЗПР и УО).

Взаимосвязь экспертной оценки учащихся учителями и самооценки учащихся

В группе Норма самооценка учащихся остается высокой и средней даже при низкой экспертной оценке. **В группе ЗПР** у учащихся, получивших высокую экспертную оценку, не отмечается низкой самооценки. **В группе УО** самооценка учащихся остается высокой и средней даже при низкой экспертной оценке. Приведенные данные позволяют предположить, что наиболее чувствительны к отношению учителей дети с ЗПР, тогда как учащиеся групп Норма и УО, по-видимому, ориентируются на учителя как источник информации для построения самооценки в меньшей степени.

Взаимосвязь самооценки учащихся и успеваемости

В группе Норма учащиеся, имеющие низкую успеваемость, не обнаруживают низкой самооценки. **В группе ЗПР** при низкой и высокой успеваемости у учащихся имеется только высокая самооценка. **В группе УО** у учащихся с низкой успеваемостью обнаруживается только высокая самооценка

Взаимосвязь эмоционального самочувствия учащихся и социометрических показателей

В группе Норма при истощении, снижении работоспособности испытуемого у него отсутствует как высокий, так и низкий социальный статус (нет большого количества положительных и отрицательных выборов). **В группе ЗПР** получены данные, аналогичные группе Норма. Кроме того, обнаружено, что при тенденции испытуемых к эмоциональной неустойчивости у них отсутствует высокий социальный статус (нет положительных выборов). **В группе УО** никаких значимых взаимосвязей между этими параметрами не обнаружено. Можно предположить, что эмоциональное самочувствие детей влияет на их социальный статус, в частности, низкий эмоциональный тонус (снижение работоспособности) учащихся препятствует формированию как положительного, так и отрицательного отношения к ним со стороны одноклассников. По-видимому, это связано с тем, что дети с низким эмоциональным тонусом не склонны к активному самопроявлению и не рассматриваются одноклассниками как носители выраженной индивидуальности.

Взаимосвязь эмоционального самочувствия учащихся и успеваемости

Успеваемость с эмоциональным самочувствием связана только в группе Норма - при низкой успеваемости учащихся у них преобладают отрицательные эмоции.

Взаимосвязь эмоционального самочувствия учащихся и самооценки

Данные параметры связаны только в группе ЗПР - при преобладании у учащихся положительных эмоций низкая самооценка на встречается. При низкой самооценке выявлена тенденция к эмоциональной неустойчивости и, наоборот, при эмоциональной устойчивости не наблюдается низкой самооценки.

Взаимосвязь социально-бытовой ориентировки и показателей социометрии

В группе Норма при низком социальном статусе (большое количество отрицательных выборов) не обнаруживается высокой самостоятельности в ситуациях социально-бытовой ориентировки. При отсутствии низкого социального статуса (нет большого количества отрицательных выборов) ученики чаще видят проблемность в ситуациях. **В группе ЗПР** при высоком социальном статусе (большое количество положительных выборов) отсутствует высокая осведомленность по социально-бытовой ориентировке, в ситуациях дети не выделяют проблемность. **В группе УО** при высокой

социально-бытовой ориентировке не наблюдается низкого социального статуса (нет отрицательных выборов при свободном межличностном общении). А при низкой самостоятельности в ситуациях социально-бытовой ориентировки не наблюдается высокого социального статуса (нет большого количества положительных выборов при межличностном свободном общении). Можно констатировать, таким образом, что степень СБО связана с социальным статусом в классе лишь в группе УО.

Взаимосвязь социально-бытовой ориентировки и успеваемости

Социально-бытовая ориентировка и успеваемость связаны между собой только в группе ЗПР. При высокой осведомленности по СБО отсутствует низкая успеваемость. При низкой успеваемости отсутствует высокая самостоятельность в ситуациях СБО. При высокой успеваемости дети не выделяют проблемность в ситуациях СБО. Проблемность выделяют дети с низкой и средней успеваемостью.

Взаимосвязь социально-бытовой ориентировки и самооценки

В группе Норма при высокой социально-бытовой ориентировке учащихся у них не обнаруживается низкой самооценки. При высокой самостоятельности в ситуациях СБО у детей не выявлена низкая самооценка. Не выделяют проблемность в ситуациях СБО дети с низкой самооценкой. **В группе ЗПР** при низкой самооценке у учеников нет высокой осведомленности по СБО, дети не выделяют проблемность в ситуациях социально-бытовой ориентировки. При высокой осведомленности по СБО не наблюдается низкой самооценки. **В группе УО** При высокой самооценке дети не выделяют проблемность в ситуациях СБО.

Взаимосвязь социально-бытовой ориентировки и экспертной оценки со стороны учителей

Явной связи между данными параметрами в исследовании не выявлено. Это может косвенно свидетельствовать о невысоком внимании педагогов к этой стороне психического развития учащихся.

Взаимосвязь эмоционального самочувствия и качества жизни испытуемых

Взаимосвязь наблюдается только в группе УО. При высокой субъективной оценке качества жизни по психоэмоциональному функционированию преобладает нормальная работоспособность. При эмоциональной неустойчивости снижена субъективная оценка качества жизни.

Взаимосвязь социально-бытовой ориентировки и качества жизни испытуемых

Только в группе УО при высокой осведомленности по СБО субъективная оценка качества жизни высокая. При средней

самостоятельности в ситуациях СБО субъективная оценка качества жизни по социальному функционированию остается достаточно высокой.

Проведенное исследование позволило авторам сделать в 2009 году следующие **выводы**:

1. Группа ЗПР, согласно полученным результатам, образует особую категорию испытуемых. Некоторые взаимосвязи выявлены только у испытуемых данной группы.

- у детей с ЗПР, в отличие от других испытуемых, уровень самооценки связан с эмоциональным состоянием (знаком эмоций и степенью эмоциональной устойчивости).
- дети с ЗПР наиболее чувствительны к отношению учителей (их самооценка положительно связана с отношением к ним учителей), тогда как учащиеся групп Норма и УО, по-видимому, в меньшей степени ориентируются на учителей как источник информации для построения самооценки.

2. Дети из классов VII вида, ранее обучавшиеся в обычных классах, образуют особую группу по сравнению с другими категориями испытуемых. Это выражается:

- в успеваемости (среди таких детей больше неуспевающих);
- в более высокой самостоятельности по сравнению с выборкой ЗПР в классах VII вида в целом.
- в более высокой проблематизации бытовой деятельности по сравнению с другими подгруппами детей с ЗПР.
- в более положительной оценке таких детей со стороны учителей.

3. Частично подтверждается точка зрения о более психологически комфортно пребывании детей с ЗПР в классах VII вида по сравнению с обычными классами:

- в классах VII вида меньше неуспевающих учащихся группы ЗПР, чем в обычных классах;
- дети из классов VII вида проявляют бóльшую самостоятельность при разрешении бытовых проблем.

В то же время обнаруживаются и противоположные факты: в классах VII вида учителя больше, чем в обычных классах, тяготеют к полярным оценкам учащихся: либо положительным, либо отрицательным, что свидетельствует о низкой дифференцированности, следовательно, низкой объективности оценок. Кроме того, как следует из вывода 2, обучение детей с ЗПР в обычном классе в течение некоторого времени, по-видимому, положительно отразилось на ряде параметров их психического функционирования. Таким образом, оценка различных форм обучения детей с ЗПР остается неоднозначной.

4. Успеваемость учащихся неоднозначно влияет на параметры их психического функционирования.

С одной стороны, между некоторыми параметрами и успеваемостью обнаруживается слабая связь:

1. между успеваемостью учащихся и их самооценкой практически отсутствует какая-либо связь;
2. успеваемость с эмоциональным самочувствием связана лишь в группе Норма.

В то же время выявлены следующие факты:

3. успеваемость связана с популярностью учащихся в классе, причем чем выше интеллектуальный статус испытуемых, тем более выражена эта связь;
4. успеваемость связана с оценкой учащихся учителями в группах детей с ограниченными возможностями здоровья (группы ЗПР и УО), причем успеваемость опосредует восприятие и оценку учителем даже в тех аспектах развития ребенка, которые объективно не связаны с успеваемостью.

5. Форма обучения детей влияет на параметры их психического функционирования и на отношение к ним педагогов.

У учащихся группы Норма, которые обучаются совместно с детьми, имеющих задержку психического развития (ЗПР), самооценка ниже, чем у детей, которые обучаются в однородном классе. В обычных классах педагоги склонны высоко оценивать больший процент учащихся.

6. Эмоциональное самочувствие детей влияет на их социальный статус, в частности, низкий эмоциональный тонус (снижение работоспособности) учащихся препятствует формированию как положительного, так и отрицательного отношения к ним со стороны одноклассников.

7. Степень социально-бытовой ориентировки связана с другими параметрами психического функционирования учащихся.

В двух группах (Норма и ЗПР) обнаруживается отчетливая положительная связь между степенью СБО и самооценкой детей. В группе УО СБО положительно связана с качеством жизни.

8. Оценка учащихся группы ЗПР и УО со стороны педагогов полярна и слабо дифференцирована, что может служить основанием для предположения о ее невысокой адекватности. Между тем она связана с некоторыми параметрами психического функционирования детей. В частности, обнаружена положительная связь между степенью популярности учащихся среди их сверстников и их оценкой со стороны педагогов. Кроме того, как уже отмечалось (вывод 1), самооценка учащихся с ЗПР положительно связана с отношением к ним учителей.

Практические рекомендации

1. Факт положительной связи уровня социально-бытовой ориентировки и самооценки позволяет рассматривать СБО как фактор, повышающий психологическое самочувствие учащихся. Работа по развитию СБО учащихся может положительно воздействовать на уровень их психологического комфорта.
2. Есть основания считать, что в восприятии учителями детей с ограниченными возможностями здоровья проявляется стигматизация. При этом стигматизация не прямо связана с наличием у ребенка ОВЗ, а эта связь опосредована «ключевым признаком» - успеваемостью. Значение стигматизации определяется сравнительно высокой возможностью контроля по отношению к биологическим и социальным параметрам. Требуется разработка мероприятий по дестигматизации детей с ОВЗ в общеобразовательной школе, направленных как на сверстников, так и на учителей, работающих с такими детьми.

Приложение

Описания методик, применявшихся при исследовании

1. Изучение самооценки

Инструкция (дается устно): «Каждый человек оценивает свои способности, возможности, характер. Это можно сделать словами. Сказать о себе: *"Я самый умный"* или *"Я не очень веселый"*. Но можно рассказать о себе и по-другому, с помощью вот таких линий». Психолог показывает на горизонтальную линию, указывая ее границы: «Например, вот эта линия. Она расскажет нам, как можно оценить свое здоровье. Слева этой линии (указывает на палочку слева) находятся самые здоровые люди на свете. Они никогда ничем не болели, даже не чихнули ни разу. А справа (указывает) находятся самые больные люди на свете. Они все время болеют и болеют очень тяжелыми болезнями. Никогда не бывают здоровыми. Посередине (указывает) находятся те, кто бывает болен и здоров примерно поровну. А если человек почти совсем здоров, но иногда все же болеет, где он нарисует свой крестик?» Психолог предлагает ответить, просит ребенка аргументировать свой ответ. «А если человек часто болеет, и ему это надоело, и он стал укреплять свое здоровье, заниматься зарядкой, закаляться, и вот уже две недели здоров. Куда он поставит крестик?» Психолог предлагает ответить, просит ребенка аргументировать свой ответ. «Поняли, как можно пользоваться такими линиями, чтобы рассказать о себе?» (Отвечает на вопросы). А теперь посмотри на эти линии и покажи, где ты находишься.

1. Спокойный - Беспокойный, тревожный
2. Часто злится, обижается на кого-нибудь - Редко злится, обижается на кого-нибудь

3. Почти ничего не боится - Пугливый
 4. Часто ссорится, дерется с ребятами - Редко ссорится, дерется с ребятами
 5. Умеет с ребятами договариваться - Не получается договариваться с ребятами
 6. Рассказывает своим одноклассникам о своих секретах и тайнах - Не делится с ребятами из класса тайнами, секретами
 7. Одноклассники помогают - Одноклассники не помогают
 8. В классе нет друзей - В классе есть друзья
 9. Одноклассники бьют - Одноклассники не бьют
 10. Ребята из класса уважают - Ребята из класса обзывают, обижают
 11. Одноклассники не обращают внимания - Одноклассники общаются
 12. Одноклассники заступаются - Одноклассники не заступаются
- Обработка результатов: В бланк ответов заносятся баллы.

По пунктам 1, 3, 5, 7, 10, 12 баллы начисляются от 7 до 1 (слева, направо) в зависимости от того, в каком месте ученик указал свое положение.

По пунктам 2, 4, 6, 8, 9, 11 баллы начисляются от 1 до 7 (слева, направо) в зависимости от того, в каком месте ученик указал свое положение.

2. Социометрическое исследование

Ученику необходимо указать 1-2 одноклассников, отвечая на следующие вопросы.

1. Если бы тебе предложили перейти в другой класс, то с кем из своего класса ты хотел бы оказаться в новом классе?
2. С кем бы ты точно не хотел оказаться в новом классе?
3. С кем из класса ты бы мог поделиться своим секретом?
4. С кем точно бы не стал делиться секретом?

Экспериментатору необходимо в бланк ответов записать фамилии выбираемых учеников.

3. Опросник СБО

Опросник составлен по темам программы «Социально-бытовая ориентировка» для специальных (коррекционных) учреждений VIII вида.

(№ вопроса состоит из 3-х цифр: «раздел – класс - порядковый номер вопроса», например 3-7-2 – 3 раздел, 7 класс, 2 вопрос).

В опросник включены следующие разделы программы: 1. Личная гигиена; 2. Одежда и обувь; 3. Питание; 4. Семья; 5. Культура поведения; 6. Жилище; 7. Транспорт; 8. Торговля; 9. Средства связи; 10. Медицинская помощь; 11. Учреждения, организации и предприятия.

Экспериментатор задает вопрос испытуемому о наличие определенных знаний или умений. После каждого ответа испытуемого необходимы следующие уточняющие вопросы: Опиши ситуации, в каких ты применил данные знания (умения). Самостоятельно ты это выполнял или кто-то помогал (уточняется, кто именно помогал)?

1-5-1. Для чего нужен носовой платок? зубная щетка? мочалка? расческа?

1-5-2. Как влияет на организм человека курение, алкоголь?

1-6-1. Есть ли какие-то правила, которые нужно соблюдать, когда ты смотришь телевизор?

1-6-2. Что такое наркотики и как они влияют на человека?

1-7-1. Как нужно мыть голову, что такое шампунь?

1-8-1. Что такое лосьон, пудра, и как ими пользоваться?

2-5-1. Если ботинки грязные, что с ними нужно сделать?

2-6-1. Что такое «пуговица»? «вешалка»? «крючок»?

2-7-1. Если порвались носки (колготки), как их можно починить?

2-8-1. Из каких тканей твоя одежда? Как стирать твою одежду?

2-9-1. Что такое химчистка, зачем в нее обращаются? Как почистить вещь дома?

3-5-1. Где готовят пищу?

3-5-2. Как можно приготовить мясо?

3-5-3. Какую кухонную посуду знаешь?

3-6-1. Какие кухонные приборы знаешь?

3-7-1. Из скольких блюд должен состоять обед?

3-7-2. Предложи меню обеда.

3-8-1. Какие виды заготовки продуктов впрок знаешь?

3-9-1. Как должен питаться маленький ребенок?

3-9-2. Какое блюдо можно приготовить к празднику?

4-5-1. Как твоя фамилия? Какая фамилия твоего папы? Мама? Бабушки?

4-5-2. Какое у тебя отчество, как зовут дедушку и какое отчество у твоего папы или мамы?

4-6-2. Где работает твоя мама? Какая у неё должность? Что она делает на работе?

4-7-1. Какие у тебя дома есть обязанности, что ты умеешь делать по дому?

4-8-1. Что делают, когда ухаживают за грудным малышом? Что такое «пеленать»?

4-9-1. Что такое «бюджет семьи»? Какие обязанности в семье выполняет папа? Мама?

5-5-1. Как нужно обращаться к незнакомому взрослому?

5-5-2. Как ведут себя, когда обедают?

- 5-6-1. Что такое «музей»? Бывал ли в музее?
- 5-6-2. Как нужно себя вести в музее?
- 5-7-1. Что значит «пойти в гости»?
- 5-7-2. Что можно подарить на день рождения?
- 5-8-1. Кто такой «друг»?
- 5-8-2. Что значит «дружить»? Можно ли дружить с девушкой (юношей)?
- 5-9-1. Что делают, когда пришли гости?
- 6-5-1. Напиши почтовый адрес дома, где ты живешь.
- 6-6-1. Что нужно делать, чтобы содержать дом в чистоте?
- 6-7-1. Что такое пылесос и что им можно делать?
- 6-8-1. Как и чем помыть плиту? мойку?
- 6-9-1. Что такое «интерьер»? Какая мебель должна стоять в спальнной комнате?
- 7-5-1. Какие виды транспорта ты знаешь?
- 7-6-1. Каким транспортом ты пользуешься?
- 7-6-2. Как нужно вести себя в автобусе?
- 7-7-1. Если тебе нужно поехать в другой город, как это можно сделать?
- 7-8-1. Что такое «вокзал», какие они бывают?
- 7-9-1. Какой транспорт (междугородний) самый дорогой?
- 8-5-1. Где можно купить продукты?
- 8-6-1. Где можно купить одежду?
- 8-7-1. Что такое «рынок»? Какие они бывают?
- 8-8-1. Что ты будешь делать, если хочешь купить продукты подешевле?
- 8-9-1. Если ты купил одежду, а она тебе не подошла, что будешь делать?
- 9-5-1. Для чего нужен телефон, почта?
- 9-6-1. Когда нужен телефон, а когда нужна почта?
- 9-7-1. Куда пойти и что сказать, чтобы отправить бандероль или посылку?
- 9-7-2. Когда нужно отправлять бандероль? Когда посылку?
- 9-8-1. Что нужно сделать, чтобы позвонить по телефону?
- 9-8-2. Что нужно сделать, чтобы вызвать «скорую помощь»?
- 9-9-1. Как отправить денежный перевод по почте?
- 10-5-1. Как вести себя, чтобы не простудиться?
- 10-6-1. Как записаться на прием к врачу в поликлинике?
- 10-7-1. Врач еще не подошел, а у тебя болит горло, что ты будешь делать?
- 10-8-1. Что нужно делать, когда человек упал в обморок от жары?
- 10-9-1. У человека грипп, как он должен себя вести во время болезни?
- 11-5-1. Что такое детский сад, что такое школа?
- 11-6-1. Для чего нужны детский сад, школа; что там дети делают?
- 11-7-1. Где могут работать взрослые? Что они там делают?

11-8-1. Что такое «милиция», «администрация», «муниципалитет»?

11-9-1. Что такое «предприятие бытового обслуживания»? Куда нужно обращаться, если нужно сделать дома ремонт?

Обработка результатов: В бланк заносятся ответы испытуемых (необходимо точно записать ответ испытуемого, ситуации, в которых он использует данные знания, умения, указать, самостоятельно ли он выполняет описанное действие, в противном случае важно обозначить с чьей помощью выполняет действие).

4. Эмоциональное самочувствие (модифицированная методика Люшера)

Перед испытуемым выкладывают цветовой ряд.

Инструкция 1 (выбор 1): «Тебе необходимо выбрать тот цвет, который тебе нравится, кажется красивее, не соотноси его ни с любимым цветом одежды, ни с предпочитаемым тоном обивки мебели, учитывая только то, насколько данный цвет предпочитаем в сравнении с другими при данном выборе и в данный момент». Раскладывая перед испытуемым цветочные эталоны, необходимо использовать индифферентный фон (листок белой бумаги). Расстояние между цветочными таблицами должно быть не менее 2 см. Выбранный эталон убирается со стола или переворачивается лицом вниз. Каждый раз испытуемому следует предложить выбрать наиболее приятный цвет из оставшихся, пока все цвета не будут отобраны.

Инструкция 2 (выбор 2): еще раз раскладывается весь цветочный ряд. «Сейчас еще раз сделай то же самое. Я не проверяю твою память. Посмотри еще раз на цвета и выбери те, которые приятны».

Далее еще раз перед испытуемым выкладывается весь цветочный ряд.

Инструкция 3. «Какой из этих цветов соответствует тебе, тебя характеризует?»

Инструкция 4. «На какой из этих цветов больше всего похоже твое настроение, когда ты утром идешь в школу? Покажи этот цвет».

Инструкция 5. «На какой из этих цветов похоже твое настроение дома в выходные дни?».

Обработка результатов: В бланке ответов экспериментатор отмечает номера цветов первого и второго выбора. Окончательный вариант цветового выбора выполняется на основе первого и второго выборов. Для этого вычисляется ранг каждого цвета, т.е. определяется среднеарифметическое значение положения данного цвета при первом и втором выборах. Например, если зеленый цвет в первом выборе был на первом месте, а во втором на третьем, то в окончательном варианте его положение будет на втором месте. Необходимо определить положение каждого цвета в цветовом выборе.

5. Комплексная оценка качества жизни

Применялась методика оценки качества жизни, разработанная Центральным НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России. Методика описана в следующих литературных источниках:

Методология оценки состояния здоровья детей различных возрастных периодов по критериям качества их жизни: методическое пособие. М.: ФГУ ЦНИИ ОИЗ. 2005. 28 с.

Бахадова Е. В. Новый подход к определению здоровья детей с применением методики оценки качества жизни // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – Т. 8. – №. 4.

6. Экспертная оценка учителя

Каждая шкала экспертной оценки соответствует параметрам шкалы самооценки.

Педагог в специальном бланке оценивает учащегося.

Инструкция: оцените данного ученика по шкале от 1 до 7. Где 1-никогда (совсем не верно), 7- всегда (совершенно верно)

№	Признаки	Баллы						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Ученик спокойный	1	2	3	4	5	6	7
2	Ученик редко злится, обижается на ребят	1	2	3	4	5	6	7
3	Ученик почти ничего не боится	1	2	3	4	5	6	7
4	Ученик редко ссорится, дерется с ребятами	1	2	3	4	5	6	7
5	С ребятами умеет договариваться, делать общее дело	1	2	3	4	5	6	7
6	Ученик откровенен с одноклассниками, охотно делится с ними своими секретами	1	2	3	4	5	6	7
7	Одноклассники ученика поддерживают, помогают	1	2	3	4	5	6	7
8	У ученика в классе много друзей	1	2	3	4	5	6	7
9	Одноклассники ученика не бьют	1	2	3	4	5	6	7
10	Одноклассники уважают, считаются с его мнением	1	2	3	4	5	6	7
11	Одноклассники принимают ученика, активно общаются с ним	1	2	3	4	5	6	7
12	Одноклассники защищают, заступаются	1	2	3	4	5	6	7

Строгова С.Е., Зверева Н.В. О ПРИМЕНЕНИИ ТЕСТА ВЕКслера В ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Аннотация. Представлена информация об истории вопроса изучения интеллекта. Обозначены современные отечественные и зарубежные исследования применения психометрических методов в норме и при психической патологии у детей и подростков, рассматривается конструктивная критика теста Векслера. Обсуждаются возможности различного использования стандартных методов и комплексная диагностика в клинической, специальной психологии и

психологии образования. Показана специфика применения теста Векслера в историческом и современном аспектах. Приведен конкретный пример современного комплексного исследования когнитивного развития детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: интеллект, психометрическая диагностика, дети и подростки, психическая патология, дизонтогенез.

Введение. Обращение к теме оценки интеллекта с помощью теста Векслера в детской клинической психологии обусловлено несколькими причинами. Во-первых, следует усвоить уроки применения теста в СССР. Во-вторых, необходимо обсудить обязательные условия применения теста как в диагностике и практике здравоохранения, так и в научных исследованиях. Какой интеллект изучают больше всего – вербальный, невербальный, общий; эмоциональный? социальный? Какие средства для них подходят? В-третьих, можно обозначить плюсы и минусы теста Векслера (детский вариант, используемый в РФ) В-четвертых, это повод обсудить ограничения в отечественной науке и особенно практике применения обновленных зарубежных версий новых (4 и 5) и возможности новых современных представлений об интеллекте (применяются пока только в научных исследованиях, используются часто фрагменты, отдельные субтесты). В-пятых, опыт использования старой версии Векслера существует в практике работы клинических психологов вне рамок ПМПК и диагностики УМО и требует обсуждения.

В начале XX века был поднят вопрос о необходимости измерения умственных способностей. А. Бине вместе с Т. Симоном (1905) разработал метод для диагностики интеллекта (умственных способностей, умения решать задачи) детей с низким уровнем развития. Однако простого определения «умственного» возраста оказалось недостаточно для полноценного представления об уровне развития ребенка, а ведь перед диагностами стояла задача, как сейчас бы сказали, определения образовательного маршрута ребенка – необходимо было определить, в школу какого уровня может идти ребенок. В 1912 году Вильям Штерн предложил свой вариант оценки умственного развития ребенка, предложив в качестве такого показателя отношение умственного возраста к хронологическому. Этот подход использован в шкале Стенфорд-Бине [3]. Уже позднее в 40-е годы понятие IQ было определено Г. Айзенком для оценки интеллекта взрослых. На рубеже 40-х годов Д. Векслером был предложен свой инструмент для оценки интеллекта, в 1939 г. – для взрослых, для детей – в 1949 г. В фокусе нашего внимания – детский вариант теста, который должен был

способствовать решению той же задачи, что и тест Бине-Симона – определению учебной траектории ребенка. Далее тест прошел длительный период разработок, модификации и пересмотров, всего известно 5 версий теста. Для отечественных психологов он стал доступен в 70-е годы XX века. Тест Векслера - детская версия, адаптация А.Ю. Панасюком на русском языке 2-й версии (1973 г.), одно из последних изданий было в 2011 [22]. Мировая и вслед за ней отечественная психология применяют тест Векслера (Wechsler Intelligence Scale for Children) прежде всего как инструмент для экспертной оценки нормативного или отклоняющегося интеллектуального развития ребенка в возрасте от 5 до 15 лет, в первую очередь оценивая уровень развития интеллекта от грубого недоразвития до высокого и очень высокого. История его применения за рубежом насчитывает более трех четвертей века, в СССР, а впоследствии в России – не менее полувека. Основная задача теста – «объективная» оценка умственного развития для правильной организации учебного процесса, а при необходимости медико-педагогического и психологического сопровождения. В этом качестве он «верой и правдой» много лет служил и специальной (оценка умственной отсталости), и клинической (оценка степени выраженности интеллектуального дефекта при психической патологии) психологии, а также дефектологии, получая как позитивные отклики специалистов, так и критические оценки и предложения по пересмотру средств диагностики интеллекта.

К сожалению, столь долгая история изучения не во всем способствовала выявлению и механизмов формирования интеллекта, его видов и сколько-нибудь единообразного определения самого понятия «интеллект». Именно об этом пишет М.А. Холодная: «Почему тестологическая (психометрическая) парадигма, несмотря на мощное методическое обеспечение в виде огромного количества разнообразных, безупречных по своему психометрическому обоснованию тестов, использование строгих средств статистического анализа в виде аппарата математической статистики, богатейший опыт практического приложения диагностических данных (в образовании, профотборе и т.д.), не только не смогла породить сколько-нибудь приемлемую концепцию интеллекта, но, напротив, способствовала нарастанию критики понятия "интеллект"?» [23, с. 13]. За долгую историю на Западе тест Векслера (WISC) прошел определенную научную и технологическую, методологическую и методическую эволюцию.

Современная история применения теста Векслера

В настоящее время на Западе применяется уже более

усовершенствованные версии теста (WISC IV и WISC V), которые сегодня в нашей стране переведены, но не адаптированы. Это определяет использование в нашей стране версии теста в модификации Ю.И. Филимоненко, В.И. Тимофеева, в том числе в современных по методологии кросскультурных исследованиях интеллекта близнецовым методом, как показано в исследовании И. Воронина (2019) [4]. Однако встает вопрос о возможной адаптации новых версий классического теста, чтобы они соответствовали как реалиям жизни российских детей, так и уровню развития современной психологической науки. Изначально тест Д. Векслера имел назначением выявить вербальный, невербальный и общий интеллектуальный показатели, получить важную информацию относительно сформированных и недостаточно сформированных когнитивных навыков ребенка, гармоничности-дисгармоничности развития разных сторон интеллекта. Практическое назначение – определение индивидуальной образовательной стратегии для каждого ребенка. Последние версии теста Д. Векслера (от 3 до 5 лет), применяемые на Западе, не прошли полноценную адаптацию в России и применяются в виде отдельных субтестов или полностью и используются в научных целях. Для новых версий обновлен не только набор тестов, но и деление по видам интеллекта, в частности, в 5 версии обсуждается возможность использования теста для оценки флюидного интеллекта [11].

Данные литературы показывают, что за рубежом тестирование интеллекта по Векслеру проводится, во-первых, с внедрением обновленных версий теста, а во-вторых, с регламентацией интервала между обследованиями и определением состава «оценщиков». Анализ современной зарубежной литературы показывает, что применение тестов интеллекта и прежде всего теста Векслера не является прошлым науки и практики, а самым что ни на есть настоящим. Можно выделить несколько работ. Szentes A et al показали, что дети с медуллобластомой предрасположены к негативным когнитивным последствиям, в работе изучался когнитивный дефицит и психопатологические симптомы, проанализирована их взаимосвязь на фоне развития болезни и лечения [30]. Традиционно оценка IQ оказывается востребованной в исследованиях психической патологии, Van Haren N. E. M. и коллеги сопоставляли своеобразия структуры мозга, IQ и проявления психопатологии у детей пациентов с шизофренией или биполярным расстройством [31] Есть работы, посвященные СДВГ и РАС и другим нарушениям развития. Agnew-Blais J. C. et al изучали, отражаются ли изменения в течении СДВГ на различиях в IQ и исполнительном функционировании с детства до юности. [24] Cunningham A. C. et al изучали особенности координации движений у детей в поисках

взаимосвязи между коэффициентом интеллекта (IQ) и психопатологией [25]. В случае установленной умственной недостаточности рассматривались вклады собственно нарушения IQ, низкие показатели которых соответствовали недостаточному умственному развитию, и его сочетания с личностными особенностями в контексте влияния на адаптацию [27]. Взаимосвязь интеллекта у пациентов с РАС, как предиктор психопатологии рассматривалась McCauley J. B., Elias R., Lord C. [28]. Общие когнитивные способности (IQ) и проблемное поведение (экстернализация и интернализация проблем) у детей изменчивы и взаимосвязаны, так считает Flouri E. et al. [26]. Отдельное место занимают исследования интеллекта в судебной психологии и психопатологии [29] Большое направление исследований связано с изучением отдельных видов органической патологии и динамики интеллекта в этих случаях [27, 30].

В среде отечественных психологов и дефектологов отношение к тесту Векслера весьма неоднозначное. Многие считают этот инструмент устаревшим, неудобным в применении, дающим только общие сведения об интеллектуальном статусе ребенка, не обозначая его «зоны ближайшего развития» (Коробейников, 2012), также обсуждаются новые подходы к применению психодиагностики в отношении детей с особым развитием [7, 9, 15]. В далеком 1970 году С.Я. Рубинштейн в своей знаменитой книге «Психология умственно отсталого школьника» писала: «отличие методик экспериментально-психологического исследования от педологических (*психометрических – прим. авторов статьи*) тестов состоит в том, что первые направлены на качественный анализ психических процессов, на раскрытие механизмов того или иного способа деятельности ребенка, в то время как тестовые испытания носили в основном измерительный характер и основывались на статистической вероятности тех или иных признаков» [12, с.65]. Очевидно, что эти два разных посыла в диагностике существуют и до сих пор, а наиболее разумным является адекватная интеграция подходов в комплексной диагностике.

Применение теста и оценка IQ является стандартной процедурой при установлении диагноза умственной отсталости [5], используется и в случае оценки интеллектуального развития детей-сирот. Последнее, на наш взгляд, является очень дискуссионным, поскольку невозможно определить значение родительской депривации и педагогической запущенности для конечного результата диагностики IQ. О позитивном и негативном значении применения теста Векслера много писала и выступала детский психиатр Н.К. Сухотина [20]. Эта тема остается актуальной и до настоящего времени, как показали исследования С.А. Андриянова и коллег [1]. На V съезде Российского психологического

общества в 2012 состоялся дискуссионный круглый стол, посвященный применению теста Векслера в современной практике психологов образования, социальных служб, а также клинических психологов и дефектологов. А.Б. Холмогорова, выступая на этом круглом столе, дала отрицательную оценку многих аспектов практики применения теста Векслера в российских медицинских, социальных и образовательных учреждениях. Сложность современного применения теста Векслера для детей дополняется негативным опытом использования методики в рамках возникшей новой услуги – помощь родителям детей, которым предстоит тестирование по Векслеру, когда применяется банальное «натаскивание» ребенка по всем субтестам, вплоть до заучивания ответов и многократных повторов процедуры диагностики. Подготовка к прохождению ПМПК может осуществляться и родителями, которые в «домашних условиях» проводят тренинг по доступны в интернете материалам, прежде всего это касается вербальных субтестов. Все это недопустимо с точки зрения этики работы психолога, квалификации процедур диагностики и т.п. Также важным является вопрос о частоте «официальной» процедуры диагностики по Векслеру. Повторные ПМПК всегда требуют протокола и заключения по Векслеру для полноты пакета документов. Брянские коллеги провели исследование, касающееся применения классических отечественных патопсихологических методик для оценки вербального интеллекта при психической патологии, и показали, что такой подход вполне может во многом заменить традиционное тестирование по Векслеру [2].

Еще одним своеобразным вариантом применения теста Векслера является ежегодное тестирование школьников в «продвинутых» школах и гимназиях. Нередко это тестирование также оказывается в ловушке обычного научения, хотя сама по себе идея отслеживания темпов и специфики психического и, прежде всего, интеллектуального развития ребенка является важной и привлекательной, а у наших западных коллег даже тривиальной и обыденной. Вопрос в версиях стимульного материала и условиях проведения тестирования, классический пример списывания и подсказок, существующий в реальной жизни школьника, вполне может быть реализован и в ситуации тестирования IQ. Вопрос о замене стимульного материала, модификации и редакции уже освоенного инструментария для оценки познавательной деятельности и интеллекта остается открытым. Проведенные А.С. Султановой и И.А. Ивановой исследования на нормативной популяции с применением методик классической патопсихологии убедительно показывают, что подобного пересмотра в оценках требует определенная часть «старых» методик, поскольку новая социальная ситуация развития и стратегии образования привносят свои коррективы в состояние познавательной

сферы молодых людей и без психической патологии [19].

Из российских диагностических средств для оценки интеллектуального развития, можно отметить ШТУР (Школьный тест умственного развития) [8]. Тест используется для нормативной диагностики вербального и пространственного мышления детей и подростков 12-15 лет. По структуре тест напоминает вербальную часть теста Векслера, имеет батарею из 8 субтестов, сумма результатов по которым позволяет вычислить общий показатель развития. Однако назначение этой разработки Школьный тест умственного развития – для психологии образования, используется в индивидуальной/групповой форме, в отличие от теста Векслера, который востребован в клинической и специальной психологии. Отечественные ученые шли в ногу с мировой наукой и выпустили обновленную версию ШТУР 2 (2011 или 2015), однако широкого распространения обе версии не получили, они не вошли в стандарты методического инструментария в разных разделах прикладной и практической психологии.

Наряду с тестом Векслера в отечественной практике применяются и другие психометрические методики (ЭРТ, тест Кауфманов, матрицы Равена и некоторые другие). Однако большинство из них либо не прошли полноценную адаптацию на российской выборке (тест Кауфманов), либо не имеют широкого хождения и не включены в рекомендуемые стандартные средства диагностики в клинических рекомендациях [6].

Дискуссия разгорелась при обсуждении клинических рекомендаций для диагностики, лечения и реабилитации детей с РАС (Клинические рекомендации, 2020¹), когда специалисты с разной степенью доверия относились к предложению использовать в диагностическом инструментарии тест Векслера [10], хотя были показаны позитивные результаты его комплексного применения в сочетании с другими патопсихологическими методиками [6, 14] при этом предлагались методики, которые хотя и переведены, но пока не адаптированы для российской популяции.

Детский тест Векслера – за и против

Прежде чем представить собственный эмпирический и научный материал по применению теста Векслера как в традиционном варианте применения, так и в расширении в контексте качественного и количественного анализа в сопоставлении с арсеналом средств отечественной детской патопсихологии [21], подведем предварительный итог анализа истории применения теста Векслера в отечественной психологической практике.

¹ См. сайт Российского общества психиатров.

Позитивные стороны:

1 Тест дает количественную оценку («работает») в диагностике умственной отсталости, дефицитарных и дефектных состояний, вариантах высокого и очень высокого интеллектуального развития.

2 Имеется большой опыт применения в отечественной практике, его результаты понятны специалистам-смежникам врачам, дефектологам, логопедам, педагогам и даже родителям.

3 Существует возможность оценки интеллектуального развития в возрастном аспекте (и индивидуально, и по срезам возрастных групп) в разных социальных ситуациях развития.

4 Небольшой удельный вес субъективного восприятия процедуры проведения специалистом, высокая степень стандартизации процедуры обследования.

5. По времени проведения укладывается в «золотое сечение» времени диагностики – примерно 1 час.

6. Сравнительно быстрая обработка результатов для получения базовых показателей интеллекта (общего, вербального, невербального).

Негативные стороны:

1. Требуют пересмотра устаревшие формулировки применяемой версии теста, необходима адаптация новых версий оригинального теста Векслера (4 и 5).

2. В цифровую эпоху легкая доступность стимульного материала, параметров анализа и т.п. «сбивает» объективность целенаправленной диагностики уровня интеллекта.

3. Отсутствие принятых альтернативных или дополнительных психометрических и качественных средств диагностики, введенных в стандарты диагностики УМО. Тест Векслера является по сути единственным «лабораторным» в медицинском понимании слова, средством психологической диагностики, востребованным в медицине.

Не претендуя на всесторонний анализ истории возникновения, распространения и особенностей применения теста Векслера для диагностики интеллекта детей и подростков, все-таки полагаем, что такие средства диагностики необходимы и у новых версий теста Векслера есть хороший потенциал применения в будущем. Обозначив некоторые дискуссионные и неоднозначно позитивные и негативные аспекты использования детского теста Векслера, обратимся к его применению в научной работе.

Тест Векслера в ФГБНУ НЦПЗ – научные исследования

В отделе медицинской психологии Научного центра психического здоровья в 2016 году было завершено диссертационное исследование когнитивного дефекта при прогрессивных формах шизофрении у детей и подростков. Одна из задач исследования - анализ связи данных

IQ и результатов патопсихологической диагностики. Применение кластерного анализа показало, что оценка результатов патопсихологической диагностики с использованием z-шкал в сопоставлении с уровнем IQ и клиническими показателями, выявляет значимые различия групп по клиническим характеристикам для факторов диагноза ($p=0,011$), прогрессивности ($p=0,002$) и типа течения ($p=0,027$). Показано соответствие уровня IQ и показателей патопсихологической диагностики при выделении видов когнитивного дефекта: тотального (IQ до 70 баллов и стертые особенности познавательного функционирования по шизоидному типу) и парциального (IQ выше 80 баллов, наличие диссоциации и ряда типичных для познавательного развития детей и подростков с шизофренией особенностей) [16]. Комплексная психометрическая и нейропсихологическая диагностика позволила детально оценить виды когнитивного дефекта, увидеть его структуру. Такой способ работы не только позволяет исследователям иметь «общую точку отсчета» в виде уравнивания или ранжировки групп испытуемых по сходному уровню интеллекта. Введение нейропсихологической диагностики позволяет оценить своеобразие выраженности мозговых дисфункций у детей с разными диагнозами: несформированность корковых структур (детский тип шизофрении), несформированность межполушарного взаимодействия (приступообразно-прогрессивная шизофрения), дисфункция подкорковых структур (шизотипическое расстройство) у детей с разным уровнем интеллекта по Векслеру [13, 18].

Очевидно, что использование теста Векслера в данном случае служит и ориентиром в общей оценке, и источником детализированного сопоставления данных клинко-психологического (нейро- и пато) обследования с субтестами теста Векслера для определения вида и уточнения структуры имеющихся нарушений в рамках когнитивного дизонтогенеза. Еще одним путем комплексного использования теста Векслера и других видов клинической диагностики является сопоставление различных вариантов показателей интеллекта (ВИП, НИП, ОИП) и показателей нейро- и патопсихологической диагностики. Также эффективной в научном исследовании является процедура сопоставления успешности выполнения субтестов и успешности испытуемого в других видах клинко-психологической диагностики. Интерес представляет сопоставление параметров диагностики по Векслеру и классической патопсихологической диагностики по материалам психологического профиля (на основании заключений об исследовании). Нами были получены соответствия патопсихологического профиля и параметров оценки интеллекта по тесту Векслера на группе пациентов с вариантами шизофренического

расстройств в детском возрасте [17].

Рассмотрим применение теста Векслера в исследовании когнитивного развития детей, рожденных с помощью ЭКО. Тема является обсуждаемой, насколько дети, рожденные на свет с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, отличаются/совпадают по уровню интеллектуального развития со своими сверстниками, появившимися вследствие естественного зачатия. Данные на эту тему в литературе неоднозначны.

В последние годы по всему миру значительно расширяется применение ЭКО (экстракорпорального оплодотворения) в практике лечения бесплодия и оказании помощи парам в зачатии ребенка, когда имеются разные объективные трудности зачатия. Литературные источники содержат зачастую противоречивую информацию по поводу разнообразных осложнений или изменений в последующей психическом, психофизиологическом развитии ребенка. Нет достоверной информации о том, что когнитивное развитие ребенка ЭКО изменено, имеющиеся сведения указывают на опережение/отставание развития, или норму (И.В. Добряков, А. Barbuscia). Существенно, что все дети этой группы – желанные и долгожданные, родители часто «вкладываются», проявляют повышенную заботу в вопросах воспитания и обучения детей.

В ФГБНУ НЦПЗ с 2019 года проводится исследование когнитивного развития детей, зачатых с помощью ЭКО, основная задача исследования – определить диагностический инструментарий для работы, выделить общие проблемные зоны развития, если таковые будут найдены, оценить виды онтогенеза/дизонтогенеза. При разработке данной темы, опираясь на накопленный опыт, мы пришли к необходимости проводить тестирование детей этой выборки на IQ в совокупности с комплексной нейро- и патопсихологической диагностикой, данными акушерских нюансов процедур ЭКО, семейного и социального статуса и др.

Исследован 51 ребенок в возрасте от 5 до 15 лет, появившиеся на свет в результате ЭКО (29 мальчиков и 22 девочки). Все участвовали в исследовании добровольно, родителями подписано информированное согласие на обследование, на учете у психиатра состоят единицы, часть детей наблюдалась у невролога по поводу перинатальной энцефалопатии (как результат родов через Кесарево сечение). Большинство детей из полных семей, родители имеют высшее образование. Дети школьного возраста учились в обычных общеобразовательных школах, практически все они имели какие-либо дополнительные занятия (спорт, музыка и др.). Многие из детей консультировались и/или занимаются с психологом, нейропсихологом,

логопедом.

Методики: тест Векслера для детей, методики оценки памяти и внимания (заучивание 10 слов и таблицы Шульце). В ходе оценки полученных результатов проводилась следующая обработка данных: общая оценка средних данных по показателям теста Векслера и оценка состояния памяти и внимания в возрастных группах.

Поначалу создавалось впечатление, что наши испытуемые «натасканы» на тестирование IQ, что вполне соответствовало тому, что все дети были долгожданными, желанными и родители уделяли серьезное внимание их развитию. Однако, по первичным данным исследования 51 детей и подростков обнаружено определенное соответствие сниженных и диссоциированных показателей IQ и числа попыток ЭКО, предшествовавших рождению наших обследуемых (чем больше попыток, тем хуже). Аналогичное соответствие также обнаружено в других видах психологической диагностики. Это исследование еще не закончено, планируется расширить выборки участников за счет сопоставления детей с разными вариантами дизонтогенеза, зачатых с помощью ЭКО. Первые результаты показали, что основные параметры интеллекта у детей, зачатых с помощью ЭКО и имеющих выставленные психиатрические диагнозы (РАС, шизофрения, другие нарушения) имеют тенденцию к снижению по сравнению с детьми нормы как среди детей ЭКО, так и детей с естественным зачатием. Этот пример ясно демонстрирует нам возможности адекватного и полноценного применения теста Векслера для научных целей, даже его «старой» версии. Рассмотрим результаты сопоставления оценки когнитивного развития детей, зачатых с помощью ЭКО в комплексной диагностике (тест Векслера, патопсихологическая диагностика).

Результаты. Данные по тесту Векслера. Средние показатели по ВИП – 106,5, по НИП - 110,3, по ОИП – 109. Большинство детей (28 чел.) укладывались в рамки высокой нормы (свыше 110 баллов), 17 человека – средняя норма. Оценки в субтестах показали следующее: наиболее высокие средние баллы были получены в невербальном тесте, (кубики Кооса), а среди вербальных субтестов (Осведомленность и Сходство), и а самые низкие средние баллы – в вербальном субтесте (Словарный) и невербальном субтесте (Недостающие детали) (Рисунок 1).

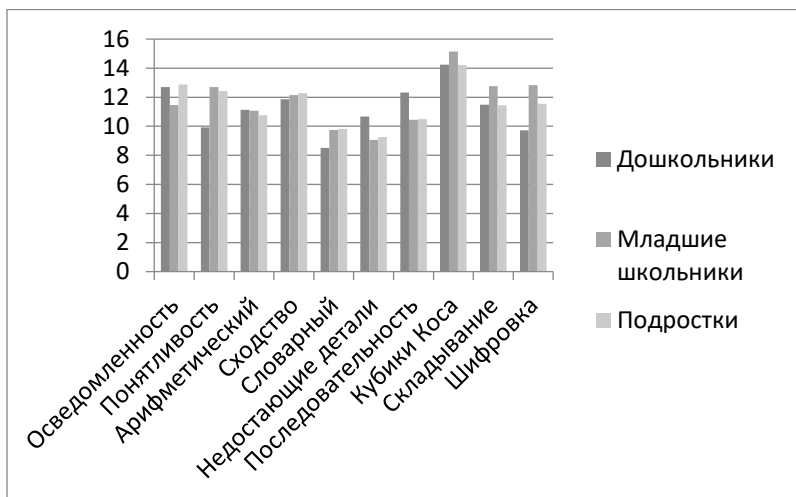


Рис. 1 Средние значения по субтестам Векслера

Можно полагать, что у большинства детей положительно сказывался опыт успешной учебы и дополнительных занятий с раннего возраста.

Результаты методики «заучивание 10 слов» (Таблица 1). Оценка показателей непосредственно слухоречевой памяти и отсроченного удержания проводилась в соответствии с возрастной группой – дошкольники, младшие школьники, подростки.

Таблица 1
Средние значения показателей памяти в методике «Заучивание 10 слов»

Возраст	Непосредственная память	Отсроченное удержание
Дошкольники 5-6 лет	4	5
Младшие школьники 7-9 лет	4,3	6, 3
Подростки 10-15 лет	4,9	6,9

Т.е. мы видим определенные проблемы с включением в деятельность и положительную возрастную динамику всех показателей.

Характеристики внимания оценивались по методике «Таблицы Шульте», которые не предъявлялись дошкольникам, а применялись только в диагностике младших школьников и подростков. Можно отметить положительную возрастную динамику, наличие значительного разнообразия результатов, выраженные колебания

внимания при всех вариантах успешности выполнения задания (Таблица 2).

Таблица 2

Средние значения и разброс значений времени поиска чисел в методике «Таблицы Шульте» (в секундах)

Возраст	Таблица 1	Таблица 2	Таблица 3	Таблица 4	Таблица 5
Младшие школьники 7-9 лет	76 сек (от 42 до 129)	74 сек (от 47 до 120)	70 сек (от 35 до 124)	87 сек (от 45 до 175)	64 сек (от 42 до 92)
Подростки 10-15 лет	42 сек (от 28 до 55)	43 сек (от 32 до 53)	43 сек (от 32 до 70)	47 сек (от 24 до 68)	44 сек (от 29 до 73)

Результаты исследования показали определенную взаимосвязь полученных данных по разным тестам, важно, что методики, непосредственно направленные на оценку когнитивного статуса детей (тест Векслера, «Заучивание 10 слов», «Таблицы Шульте»), нацелены на разные стороны интеллектуальной деятельности, в тесте Векслера показатели не выходят за пределы нормативных и высоко нормативных у детей без психиатрических диагнозов, тогда как при исследовании памяти и внимания у части детей отмечаются негрубые дефициты. Т.о. методики, отражающие темповые и объемные параметры психической деятельности в ее когнитивном звене обязательно должны включаться в изучение когнитивного развития и когнитивного статуса детей, появившихся на свет в результате ЭКО. Работа только в самом начале, но полученные данные позволяют лучше ориентироваться в материале при расширении выборки. В дальнейшем следует дифференцировать детей по наличию/отсутствию перинатальной патологии, особенностям технологии ЭКО, возрасту родителей и др.

Общее резюме. Возможности применения теста Векслера в научно-практической работе на наш взгляд, еще не исчерпаны, хотя многое требует и пересмотра, и редакции, а также расширения и регламентации применения. Нам представляется существенным ряд позиций, представленных ниже.

- Специфика применения теста Векслера – традиционно в научных исследованиях он используется как критерий уравнивания исследуемых групп или их деления по интеллекту.
- Тест Векслера используется для оценки образовательного маршрута не только для детей и подростков с УМО, но и с другими вариантами дизонтогенеза, следует опираться на богатый опыт западных коллег по повторной диагностике.
- Использование отдельных субтестов регулярно применяется исследователями для разных научных или научно-практических целей

оценки видов интеллекта (вербальный и невербальный, кристаллизованный и флюидный интеллект и т.д.), можно использовать накопленный богатый массив данных.

- В клиниках (психиатрическая, неврологическая, разные соматические) – разные варианты нарушения психического развития оцениваются с точки зрения проявлений недоразвития или задержек и искажений развития, или дефекта как следствия болезни (УМО, аутизм и РАС, эпилепсия, СДВГ, шизофрения, разные соматические и генетически обусловленные заболевания) через призму интеллектуального развития, в том числе с помощью тестов интеллекта.

- Использование других средств для оценки IQ (новые версии теста Векслера, тест Равена, тест Кауфманов, Эдинбургский рисуночный тест, тест общей осведомленности для дошкольников и т.п.) необходимо для подтверждения (проверки) уровня развития интеллекта ребенка в динамике, с учетом социальной ситуации развития.

- Безусловно, желательна адаптация в России новых версий теста, или создание отечественных аналогов для более современного уровня тестирования и новых возможностей исследовательской работы.

Литература

1. Андриянова С.А., Сидор И.В., Смирнова Н.В. Значение экспериментально-психологического обследования при проведении медико-социальной экспертизы детей с умственной отсталостью //Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2019. – №. 1. – С. 72-77.
2. Баширова Н.Н., Зайцев И.А. Особенности выполнения патопсихологических методик исследования мышления у детей с разным уровнем вербального интеллекта//Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – Т. 17. – №. S2. – С. 23-24.
3. Бине А., Симон Т. Ненормальные дети. М.: Изд-во Сабашникова, 1911. 195 с.
4. Воронин И.А. Кросс-культурное лонгитюдное исследование природы индивидуальных различий интеллекта: автореферат дис. кандидата психологических наук: 19.00.01 Место защиты: Психол. ин-т Рос. акад. образования. - Москва, 2018. - 26 с.
5. Детская патопсихология. Хрестоматия. Редактор-составитель Н.Л.Белопольская. – Litres, 2021.
6. Зверева Н.В., Строгова С.Е., Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В., Хромов А.И., Власенкова И.Н. К проблеме психологической (психометрической) диагностики интеллекта у детей с нарушениями психического развития. // Журнал Неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2015. – № 5. –Выпуск 2. – С. 21-27.
7. Коробейников И. А. Назад к Векслеру или вперед к Выготскому? //Дефектология. – 2012. – №. 2. – С. 12-14.
8. Логинова Г.П. Диагностика умственного развития детей подросткового возраста. – М.: МГППУ, 2002 (ШТУР)

9. Лубовский В.И., Коробейников И.А., Валявко С.М. Новая концепция психологической диагностики нарушений развития // Психологическая наука и образование. 2016. Т.21. №4. С.50–60. doi: 10.17759/pse.2016210405
10. Малинина Е.В., Забозлаева И.В., Сединкин А.А. Аутистические расстройства в подростковом возрасте // Психиатрия. – 2016. – №. 1. – С. 19-26.
11. Ржанова И.Е., Бритова В.С., Алексеева О.С., Бурдукова Ю.А. Флюидный интеллект: обзор зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 19–43. doi:10.17759/cpse.2018070402.
12. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М. Просвещение, 1970.
13. Сергиенко А.А., Строгова С.Е., Зверева Н.В. Нейропсихологический и психометрический анализ дефекта у детей и подростков с эндогенной психической патологией. // Педиатр. – 2015. –Том VI. –№ 4.– С. 112-115.
14. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А. Мультидисциплинарные клинико-психологические аспекты диагностики детского аутизма и детской шизофрении // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография. – 2016. – С. 132-146.
15. Соловьева Т.А., Коробейников И.А., Либлинг М.М. «Эффективность» и «доказательность» психолого-педагогических методов: нужен ли специалистам образования медицинский регламент? // Дефектология. – 2020. – №. 4. – С. 14-19.
16. Строгова С.Е. Психометрический метод в оценке видов когнитивного дефекта при шизофрении у детей и подростков. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология. –Том 7.– № 4.– 2014. – С. 37-43.
17. Строгова С.Е., Зверева Н.В., Хромов А.И. Клинические характеристики болезни и особенностей патопсихологического профиля при прогрессивной детской шизофрении // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – N 4(39) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 20.10.2021).
18. 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 // Клиническая и специальная психология [Электронный портал психологических изданий PsyJournals.ru]: URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2016/n1/> – 2016. – Т. 5. – №1. – С. 61-76.
19. Султанова А.С., Иванова И.А. К проблеме нормативных показателей в патопсихологической диагностике // Clinical Psychology & Special Education/Kliničeska I Special'naa Psihologija. – 2017. – Т. 6. – №. 2.
20. Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л., Петрова М.А. Реабилитация умственно отсталых сирот в условиях специализированного детского дома-интерната Московский НИИ психиатрии МЗ РФ (Москва) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2004. – Т. 4. – №. 2. – С. 95-101.
21. Тетерина М.Н., Якубова С.В. " Векслер" сегодня (за и против) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013. – Т. 13. – №. 1. – С. 90-91.

22. Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И. Тест Векслера. Диагностика уровня развития интеллекта (Детский вариант): методическое руководство.– Спб.: ИМАТОН, 2011.- 106с.
23. Холодная М. Психология интеллекта. Парадоксы исследования 3-е изд., пер. и доп. Учебное пособие для бакалавриата и магистратуры. – Litres, 2021.
24. Agnew-Blais J.C. et al. Are changes in ADHD course reflected in differences in IQ and executive functioning from childhood to young adulthood? //Psychological medicine. – 2020. – Т. 50. – №. 16. – С. 2799-2808.
25. Cunningham A.C. et al. Coordination difficulties, IQ and psychopathology in children with high-risk copy number variants //Psychological medicine. – 2021. – Т. 51. – №. 2. – С. 290-299.
26. Flouri E. et al. Early adolescent outcomes of joint developmental trajectories of problem behavior and IQ in childhood //European child & adolescent psychiatry. – 2018. – Т. 27. – №. 12. – С. 1595-1605.
27. Hodapp R.M. Ed Zigler's developmental approach to intellectual disabilities: Past, present, and future contributions //Development and Psychopathology. – 2021. – Т. 33. – №. 2. – С. 453-465.
28. McCauley J.B., Elias R., Lord C. Trajectories of co-occurring psychopathology symptoms in autism from late childhood to adulthood //Development and psychopathology. – 2020. – Т. 32. – №. 4. – С. 1287-1302.
29. Ozer M.M., Akbas H. The Predictability of IQ on Delinquency: A Structural Equation Model (SQM) //International Journal of Criminal Justice Sciences. – 2020. – Т. 15. – №. 2. – С. 283-297.
30. Szenten A. et al. Cognitive deficits and psychopathological symptoms among children with medulloblastoma //European journal of cancer care. – 2018. – Т. 27. – №. 6. – С. e12912.
31. Van Haren N. E. M. et al. Brain structure, IQ, and psychopathology in young offspring of patients with schizophrenia or bipolar disorder //European Psychiatry. – 2020. – Т. 63. – №. 1.

Трушкина С.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: НАПРАВЛЕНИЯ, ЦЕЛИ, МЕТОДЫ

Аннотация. Рассмотрен ряд отечественных и зарубежных психодиагностических методик для детей раннего возраста, показаны различия методологических подходов к определению уровня развития ребенка, затронут вопрос о принципиальной важности диагностики детско-родительских отношений. Предложена практико-ориентированная классификация методов психодиагностики для детей раннего возраста. Обоснована необходимость разработки новых диагностических инструментов.

Ключевые слова: ранний возраст, психологическая диагностика, тесты развития, уровни социально-эмоционального функционирования,

детско-родительские отношения.

Ранний возраст ребенка – от одного года до трех лет – является достаточно сложным в плане проведения психодиагностики. Затруднения у специалиста могут возникнуть вследствие специфичности форм общения с такими маленькими детьми, когда на первый план выдвигается не речевое общение, а иные формы контакта и взаимодействия - непосредственно-эмоциональные, игровые или предметно-опосредствованные. Ребенка раннего возраста иногда бывает нелегко замотивировать на выполнение заданий теста, либо он может не понимать в достаточной мере словесной инструкции. Он может сильно тревожиться в незнакомой обстановке или быстро пресыщаться общением с психологом, следствием чего станет плач или негативизм в поведении. Все это, вкпе с невозможностью получить полную информацию о ребенке привычным для психолога путем беседы или психологического тестирования, ставит перед специалистом задачу овладения специальными техниками обследования и особыми навыками общения с маленькими детьми. Часть психодиагностических задач решается использованием стандартизированных родительских опросников, клинической беседы с родителями и наблюдения за детско-родительским взаимодействием, что широко применяется на практике.

Цели и методы диагностики в раннем возрасте (как, впрочем, и в любом другом) определяются теми конкретными задачами, которые стоят перед специалистом в той или иной ситуации или при наличии того или иного запроса. Невозможно провести психодиагностику «вообще» или пытаться диагностировать у маленького ребенка абсолютно всё. Психолого-педагогическое обследование в детском саду отличается по своим целям от клинической диагностики в поликлинике при наличии проблем развития или от семейного консультирования. И именно задачами обследования определяется набор применяемых психодиагностических методов и техник.

Можно предложить несложную практико-ориентированную классификацию методик, применяемых при работе с детьми младше трех лет. Первую группу составят методики, направленные на диагностику уровня развития ребенка. Их основная цель – ответить на вопрос, развивается ли ребенок в соответствии с возрастными нормами или отстает от них. Эти методики можно считать достаточно универсальными, так как запрос на определение уровня развития в раннем возрасте существует в большинстве клинических случаев. Вторая группа – это специализированные скрининговые инструменты, созданные для выявления нарушений психического здоровья у ребенка.

Их задача – дать возможность психологу или педагогу распознать риск существования психических нарушений у ребенка и затем направить его на обследование к детскому психиатру. Третья группа – методики для диагностики детско-родительских отношений. Современная клиническая психодиагностика раннего возраста в обязательном порядке включает в себя исследование отношений маленького ребенка с его ближайшим семейным окружением, в первую очередь – с матерью. Четвертая группа – это широкий круг логопедических и иных дефектологических методов обследования, входящих в арсенал коррекционного педагога. Клинический психолог не обязан владеть ими, однако ему бывает весьма полезно ориентироваться в них – как для учета полученных с их помощью результатов в своей коррекционной работе, так и в целях продуктивного взаимодействия с представителями смежных специальностей. Сюда же можно отнести технологии медицинской и нейропсихологической диагностики. И, наконец, пятая группа – комплексные междисциплинарные диагностические системы, применяемые при совместной работе специалистов разных профилей.

1. Тесты развития.

С исторической точки зрения тесты развития стали первыми стандартизированными психометрическими методиками, применяемыми к детям раннего возраста. В начале двадцатого века американский психолог А.Л. Гезелл предпринял систематическое изучение периодов младенчества и раннего детства, поставив основной целью выяснение норм развития для детей первых лет жизни. Гезелл считал, что в течение первых трех лет вследствие чрезвычайно быстрого прироста массы мозга развитие ребенка имеет самые высокие темпы, и что большая часть психического развития приходится именно на эти годы. В 20-е годы в созданной им Иельской клинике нормального детства была разработана система психодиагностических тестов и показателей норм развития для детей от первых недель жизни до шести лет. Тогда же были выделены области развития, в отношении которых считалось нужным и возможным проводить измерения и вводить нормы возрастного развития. Тогда это были речь, моторика, адаптивное поведение и социально-личностное поведение [5; 10]. Позже прием разделения единого процесса развития на ряд областей с целью их изолированного изучения превратился в научную традицию и лег в основу большинства подходов к диагностике психического развития детей раннего возраста. Так, среди наиболее известных западных тестов развития можно отметить Gesell Developmental Schedules, предназначенный для детей от рождения до шести лет и оценивающий развитие в областях крупной моторики, адаптивного поведения, речи и социальных навыков. Bayley Scale of Infant Development - инструмент,

известный российским специалистам по раннему детству как «Шкалы Бейли», содержит набор шкал для определения показателей моторных, умственных и коммуникативных способностей, а также параметров темперамента. Следует отметить, что в сравнении с другими методиками шкалы Бейли выделяются наличием репрезентативной выборки стандартизации и постоянно обновляемыми нормами [7]. На сегодняшний день существует целый ряд подобных западных методик, не переведенных на русский язык и не стандартизированных на российских выборках, что не позволяет использовать их в отечественной психодиагностической практике.

Еще одной, не менее давней, традицией можно назвать ориентацию на уровень интеллектуального развития ребенка как на основной показатель развития, как это сделано, например, в Cattel Infant Intelligence Scale и ряде других тестов. Однако в последние десятилетия на Западе появилась устойчивая тенденция выделять в качестве базовых направлений развития в младенчестве и раннем возрасте области не познавательного, а эмоционального и социального развития ребенка. Эта тенденция отчетливо проявилась в ходе третьего пересмотра Шкал Бейли в 2006 году, в результате которого в них в качестве самостоятельной шкалы были включены «Карты социально-эмоционального развития» [25]. Диагностика уровня социально-эмоционального развития ребенка базируется на положениях концепции DIR (Development/Individual/Relate, «Развитие/Индивидуальность/Отношения»), предложенной С. Гринспеном, одним из самых признанных авторитетов в области психологии младенчества и раннего детства в современном мире. Согласно DIR, именно эмоции и опыт ранних социальных отношений являются базовыми компонентами развития, влияющими на возможности интеллектуального развития и обучения. В рамках концепции выделено девять стадий эмоционального развития, отражающих способность ребенка к регуляции своего поведения в процессе общения и взаимодействия с людьми, причем шесть из них приходятся на младенческий и ранний возрасты. Так, основным достижением первой стадии (0 - 3 мес.) признается проявление ребенком совместного внимания, т.е. умения направлять свое внимание на то же, что и взрослый. Оно рассматривается как важнейший этап психического развития, поскольку на его основе позже развиваются невербальные и вербальные формы коммуникации, ориентация на реакцию взрослого (так называемая «социальная ссылка»), целенаправленность поведения и т.д. К последующим стадиям социально-эмоционального развития по Гринспену относятся: активный интерес к другому и целенаправленное установление

отношений с ним (3 - 6 мес.), способность к длительному организованному двустороннему взаимодействию (4 - 10 мес.), сложные коммуникативные сигналы и способность к совместным действиям (10 - 18 мес.), использование символов и понятий для выражения мыслей и чувств (18 - 30 мес.), использование причинно-следственных связей (30 - 48 мес.). С более подробным описанием этих стадий и методик оценки развития можно познакомиться в специальной литературе, частично переведенной на русский язык [3; 26]. Здесь важно лишь показать смену парадигм оценки развития в раннем возрасте. Происходит смещение приоритетов от уровней сформированности моторных, речевых или бытовых навыков к эмоциональным и социальным уровням. О прогрессе в развитии судят уже не по умению застегивать пуговицы или срисовывать круг, а, например, по умению доходчиво выразить другому свои потребности или по способности к совместным действиям. Следует также отметить, что отставание в прохождении ребенком стадий социально-эмоционального развития является весьма информативным показателем при диагностике психических расстройств, в частности, раннего детского аутизма, что породило весьма активный интерес к «Картам социально-эмоционального развития» у западных детских психиатров.

В нашей стране в связи с малым количеством проводимых в последние десятилетия работ по разработке, адаптации и стандартизации подобных методик, ощущается серьезный дефицит современного психодиагностического инструментария.

Среди переводных методик, стандартизированных на российских выборках достаточного объема, необходимо отметить шкалы CDI (Child Development Inventory, «Шкала оценки развития ребенка»; в российской адаптации - RCDI) [23] и KID (Kent Infant Development Scale, «Кентская шкала оценки развития младенцев») [22]. Методики были адаптированы Институтом раннего вмешательства г. Санкт-Петербург в 2000 году. Шкала RCDI предназначена для обследования детей в возрасте от года и двух месяцев до трех с половиной лет и дает информацию по областям развития: крупные движения, тонкие движения, речь, понимание языка, социальное развитие и самообслуживание. Шкала KID разработана для детей с двух месяцев и до одного года и четырех месяцев. Обследуемые области развития: когнитивное развитие, движения, язык, самообслуживание, социальное развитие. Обе шкалы рекомендовано применять и при обследовании детей, чей биологический возраст превышает указанный, но фактический возраст развития предположительно ниже. Методики представляют собой опросники для родителей, состоящие из 216-ти и 252-х пунктов соответственно, и не включают в себя никаких тестовых заданий для ребенка. Результатом

применения шкал является оценка возраста развития ребенка и степени отставания от типично развивающихся сверстников по каждой из областей. Методики оснащены компьютерными способами ввода и обработки данных, а также генерации краткого заключения по результатам тестирования, что значительно упрощает их использование. Однако, используя RCDI и KID, следует помнить, что достоверность и надежность результатов, полученных при помощи одних лишь ответов родителя, зачастую не очень высоки. Отношение родителя к поведенческим и эмоциональным проявлениям маленького ребенка может быть подвержено высокой субъективности или ситуативности, особенно при наличии у ребенка проблем с развитием. RCDI и KID могут считаться хорошим инструментом скрининга, задача которого – выявить среди обследуемых детей тех, кто имеет явный риск задержки развития. С помощью этих опросников можно достаточно быстро провести обследование больших групп детей и выявить отстающих в развитии; разработать программу помощи с учетом степени отставания по областям развития; проследить динамику развития и эффективность реализуемых программ помощи. Методики были рекомендованы к использованию в работе российских лекотек. В настоящее время они достаточно широко применяются клиническими психологами с целью выявления уровня развития у детей с нарушениями психического здоровья и развития.

«Денверский скрининговый тест оценки развития детей» был адаптирован и стандартизирован специалистами Ленинградского психоневрологического института еще в 80-е годы прошлого столетия, однако, он до сих пор используется достаточно активно. Тест применим к детям от рождения до пяти с половиной лет, исследуемые области развития - крупная моторика, тонкая моторика, речь и адаптивное поведение. Методика содержит набор тестовых заданий, одну часть которых психолог должен сам провести с ребенком, а по поводу другой части получить сведения от родителей. Вот примеры заданий, результат которых должен быть получен при взаимодействии психолога с ребенком: «балансирует на одной ноге 5 сек», «самостоятельно срисовывает крест», «по просьбе показывает одну часть тела» и т.п. Информация, которую нужно получить от родителей: «ест ложкой, мало проливая», «легко переносит кратковременное расставание с матерью», «в речи использует множественное число» и др. Количество предлагаемых ребенку заданий зависит от возраста ребенка и определяется при помощи специальной схемы, на которой линия, соответствующая возрасту ребенка, пересекает прямоугольники с содержанием заданий. По результатам тестирования в соответствии с приведенным алгоритмом выносятся общие заключения о развитии

ребенка, которое формулируется в виде одного из трех вариантов: «Психомоторное развитие нормальное, соответствующее возрасту», «Умеренное или предполагаемое отставание в психомоторном развитии» или «Выраженное отставание в психомоторном развитии». Несмотря на то, что тест выглядит устаревшим по ряду позиций, с его помощью еще можно получать относительно достоверные сведения об уровне развития ребенка в исследуемых областях и о наличии проблем в них. Непосредственный контакт специалиста с ребенком и его родителем заметно повышает объективность полученных выводов в сравнении с заполнением опросного листа матерью или отцом.

Методика Е.А. Стребелевой «Диагностика познавательного развития детей раннего возраста» (1994 г.) предназначена для выявления нарушений интеллектуального развития у детей от двух до трех лет и разработки коррекционных программ. На сегодняшний день эта методика пользуется высокой популярностью и востребованностью в системе дошкольного образования и в учреждениях по оказанию психолого-педагогической помощи. Методика состоит из 10-ти заданий возрастающей сложности, которые специалист предлагает ребенку выполнить в ходе обследования. Для каждого задания четко определена его цель, перечислено необходимое для проведения оборудование, пошагово описаны действия специалиста. Примеры заданий: «Поймай шарик», «Разбери и сложи матрешку», «Найди парные картинки» и др. Параметры, по которым оценивается уровень умственного развития, достаточно разнонаправлены. Среди них - понимание ребенком словесной инструкции, практическое ориентирование на величину предмета, умение подражать действиям взрослого, умение выделять цвет как признак, понимание указательного жеста, целенаправленность действий, развитие наглядно-действенного мышления и многие другие. Полученные результаты оцениваются в баллах согласно приведенным инструкциям. По числу баллов, набранных по всем десяти заданиям, ребенка относят к одной из трех групп интеллектуального развития: дети с выраженным неблагополучием в интеллектуальной сфере; дети, имеющие определенные проблемы в познавательной сфере и нуждающиеся в проведении дополнительного обследования; дети с нормативным уровнем умственного развития. [17] Методика Е.А. Стребелевой создавалась в русле отечественного культурно-исторического подхода и базируется на его положениях о зоне ближайшего развития и предметной деятельности как ведущей в раннем возрасте. Культурно-историческая теория трактует процесс развития ребенка как присвоение им при посредничестве и помощи взрослого культурно заданных образцов действий. В соответствии с этим пониманием уровень развития ребенка оценивается двояко: как объем

освоенных им знаний и умений и как способность ребенка к продуктивному взаимодействию со взрослым, который является для него носителем культурных образцов. Поэтому при интерпретации результатов тестирования по Е.А. Стребелевой делаются выводы об интеллектуальном развитии ребенка и об особенностях его совместной деятельности со взрослым. Учет зоны ближайшего развития дает специалисту возможность более полно оценивать возможности и перспективы коррекционной работы. В качестве одной из важных характеристик методики выступает возможность работать с «безречевыми» детьми, так как все задания предполагают получение от ребенка невербальных ответов. Необходимым условием для использования методики является наличие стимульного материала к заданиям. Набор материалов можно приобрести через интернет-магазины либо, при необходимости, изготовить самостоятельно.

«Диагностика психического развития детей от рождения до трех лет», разработанная в 2000 году авторским коллективом Психологического института РАО (Е.О. Смирнова, Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю.), также опирается на теоретическую базу отечественной психологической школы. Этот диагностический инструмент создавался с целью исследования целостных форм психической активности ребенка, а не диагностики отдельных сфер развития. Такими целостными формами, по мнению авторов методики, являются общение ребенка со взрослым и соответствующая возрасту ведущая деятельность - предметная. Предметная деятельность может протекать в форме как самостоятельных действий ребенка с предметами, так и совместной деятельности со взрослым, которая предполагает достаточный уровень развития ситуативно-делового общения у ребенка. Авторами определены параметры, по которым проводится оценка уровня развития детей младенческого и раннего возраста. Три из них относятся к развитию общения ребенка со взрослым: уровень инициативности ребенка в общении, уровень его чувствительности к воздействиям взрослого и уровень владения средствами общения. Еще три параметра характеризуют развитие предметной деятельности ребенка: виды действий с предметами, уровень познавательной активности и степень включенности предметной деятельности в общение со взрослым. Обследование проводится исключительно в форме непосредственного общения, взаимодействия и игры психолога с ребенком в ходе специально организуемых диагностических проб. В руководстве к «Диагностике...» предлагается описание диагностических ситуаций, для каждой из них определены цели исследования, описаны предметная среда и процедура проведения пробы. Там же приводятся шкалы для

оценки исследуемых параметров, приведены подробные инструкции по их применению, даны схемы анализа полученных результатов и примеры для составления заключений по результатам обследования [5]. В целом использование «Диагностики...» позволяет собрать богатый эмпирический материал и оценить такие важные параметры развития как инициативность ребенка в общении, его чувствительность к воздействиям взрослого, ориентация на оценку взрослого, стремление действовать по образцу, развитие вербальных и невербальных средств общения, уровень развития игры и многое другое. При этом использование данной диагностической системы в практике требует от психолога, как минимум, тщательного изучения Методического пособия, подготовки стимульных материалов и форм протоколов.

Приведенные западные и отечественные методики иллюстрируют разницу методологических подходов к определению уровня развития детей в раннем возрасте. И те и другие формально являются тестами развития. Однако как само понимание развития, так и выделение его параметров, на оценку которых и направлены методики, существенно различаются в зависимости от научной школы или господствующей традиции. Для психолога, использующего в своей работе тесты развития для детей раннего возраста, бывает полезным ориентироваться в этих различиях; это даст ему возможность осознанно и гибко подходить к диагностике развития.

2. *Нозологически-ориентированные шкалы.*

В последнее время широкое распространение получили шкалы, предназначенные для выявления симптоматики психических расстройств у взрослых и детей. Применительно к раннему возрасту к ним, прежде всего, относятся методики для выявления и оценки тяжести симптомов расстройств аутистического спектра (РАС). Этот класс психических расстройств формируются очень рано – в первые годы жизни ребенка, а появлению явных признаков заболевания часто предшествует период внешне нормального развития. Востребованности таких методик способствуют резкий рост частоты встречаемости РАС у детей, а также принципиальная важность проведения как можно более ранней диагностики для оказания наиболее эффективной помощи ребенку и его семье. В настоящее время за рубежом разработано достаточно большое число скрининговых опросников, в качестве респондентов для которых могут выступать родители, воспитатели, педиатры, психологи, медсестры, социальные работники. Психологу важно помнить, что результаты, полученные с помощью той или иной нозологически-ориентированной шкалы, не являются основанием для постановки клинического диагноза.

Шкала CARS (Childhood Autism Rating Scales, Рейтинговая шкала

аутизма у детей, 1980 г.) известна как один из наиболее широко используемых инструментов. Это количественная шкала для оценки выраженности симптомов детского аутизма. Она применяется при обследовании детей в возрасте от двух до четырех лет. Рейтинговые оценки здесь даются специалистом (а не родителем) и базируются на клинических наблюдениях за поведением ребенка. Тест содержит 15 субшкал: отношение к людям, имитация, эмоциональный ответ, владение телом, адаптация к изменениям и т.д. По каждой субшкале методика предлагает описание четырех градаций проявления нарушений с присвоением соответствующего количества баллов. По общему числу набранных баллов выносятся одно из трех заключений: «нет аутизма», «проявление аутизма от легкого до среднего (высокофункциональный аутизм или синдром Аспергера)» и «тяжелый аутизм». Шкала может быть также использована для контроля за эффективностью лекарственной терапии либо психолого-педагогической коррекции РАС [13; 19].

СНАТ (The checklist for autism in toddlers, Контрольный перечень признаков аутизма у тоддлеров, 1992,) является тестом на самые ранние проявления аутизма у детей. В зарубежной психологии термином «тоддлер» обозначают детей в возрасте освоения навыков ходьбы, т.е. от одного года до двух лет (в дословном переводе *toddler* - «ковыляющий»). Методика СНАТ предназначена для детей от полутора до двух лет и включает в себя 14 вопросов, 9 из которых адресованы родителю и еще 5 - специалисту, работающему с ребенком (врачу общей практики, психологу, соцработнику). Обследование занимает примерно 20 минут и может быть включено в процедуру рутинного профилактического медосмотра ребенка. Существуют более поздние модификации теста М-СНАТ и М-СНАТ-R, описанные в литературе. Согласно результатам одних исследований тест обладает высокой степенью надежности, других – дает достаточно большой процент ложноположительных результатов. [13]. В 2009 году в целях решения этой проблемы авторским коллективом (Robins, Fein, Barton) было разработано дополнительное пошаговое интервью, представляющее собой удобную схему-алгоритм для более точной интерпретации полученных результатов. Версия теста М-СНАТ-R/FTM (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up, Модифицированный Скрининговый тест на аутизм для детей, пересмотренный, с дополнительным пошаговым интервью) переведена на русский язык и размещена в сети в свободном доступе [12].

Методика РЕР-3 (Psychological-Educational Profile, Психолого-образовательный профиль, третье издание, 2004 г.) создан специально для обследования детей с РАС с целью дифференцированной оценки их

способностей к обучению. Развитие при аутизме часто бывает асинхроничным, т.е. одни психические функции могут отставать в своем развитии, другие опережать возрастные нормы, третьи укладываться в них. Методика РЕР-3 выявляет эту неравномерность развития и позволяет специалистам составить представление о состоянии отдельных функций, навыков или поведенческих характеристик ребенка, а также о его сильных сторонах и сохранных способностях. Такая информация бывает очень востребованной при проектировании коррекционного процесса, разработке специальных образовательных программ и отслеживании эффективности интервенций. Тест рекомендован в первую очередь для детей дошкольного возраста, но может быть использован и раньше, начиная с двух лет. Методика состоит из 172-х заданий для ребенка и 38-ми вопросов для родителя. Задания для ребенка включают в себя тесты на вербальный и невербальный интеллект, общую и тонкую моторику, понимание речи, экспрессивную речь, аффективные проявления и социальное взаимодействие. Примеры заданий: сложить паззл, скатать колбаску из пластилина, покормить игрушечную собачку и др. Время выполнения не ограничено, результат оценивается как «выполнено», «не выполнено» и «выполнено с помощью». Последнее показывает, что идея Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития нашла свое отражение в этой разработке. Вопросы для родителя направлены на выяснение состояния навыков самообслуживания, адаптивного поведения и поведенческих проблем ребенка. Кроме того, родитель должен сам оценить развитие ребенка по ряду параметров, что показывает меру адекватности его отношения к ситуации нарушения психического здоровья у ребенка. Итоговый результат может быть представлен в виде описания (качественный результат), показателей возраста развития по семи шкалам (количественный результат) и графика профиля (наглядное представление результата) [13; 16].

Применение нозологически-ориентированных оценочных шкал помогает психологу выявить вероятность наличия психических нарушений у ребенка. При этом обнаруженная при помощи этих шкал сумма дефицитов ребенка не дает ни полной картины его развития, ни возможности сделать заключение по состоянию его психического здоровья. Выявление и квалификация психических нарушений относится исключительно к компетенции детского психиатра. Задачей клинического психолога, как уже отмечалось, является распознавание риска психического расстройства у ребенка и направление его на дальнейшее врачебное обследование. Не менее важны и сами данные, полученные психологом в ходе тестирования, а также наблюдения за поведенческими и эмоциональными проявлениями ребенка, которые

являются чрезвычайно важной информацией при выработке решений относительно содержания терапевтического процесса и образовательного маршрута для ребенка.

3. Методы диагностики детско-родительских отношений

Вследствие принципиальной важности качества отношений с близким взрослым для развития и здоровья ребенка первых лет жизни понимание контекста этих взаимоотношений должно стать обязательной частью клинико-психологической диагностики в этом возрасте. Такая точка зрения уверенно занимает свои позиции в среде современных специалистов по младенчеству и раннему детству. В рамках различных концепций развития был выделен целый ряд характеристик родителя, влияющих на оценку качества его отношений с маленьким ребенком. Это могут быть эмоциональная доступность родителя для ребенка; способность правильно понимать идущие от маленького ребенка сигналы и адекватно отвечать на них; признание индивидуальности ребенка; компетентность в вопросах ухода за ребенком; способность пренебречь частью своих потребностей ради интересов ребенка и т.п. В последнее время появилось новое понятие «адаптивность взаимоотношений», которое позволяет дать интегративную оценку всему разнообразию диагностируемых параметров. Оценка отношений как «низкоадаптивных» отражает плохую приспособленность родителя и ребенка к особенностям друг друга и к существующим условиям семейной жизни. Высокоадаптивные отношения обычно характеризуются способностью родителя и ребенка получать удовольствие от общения, незначительным числом конфликтов между ними и/или привычными способами их разрешения, наличием условий для устойчивого развития обоих членов диады. [11; 28]

Наличие нарушений здоровья или развития у ребенка может поставить под угрозу адекватность родительского отношения к нему. Среди неадекватных типов родительского отношения к ребенку раннего возраста с нарушениями развития наиболее распространенными считаются сверхопека, смирение с отсутствием прогресса в развитии, недостаточная либо избыточная вовлеченность в отношения с ребенком, постоянная тревожная напряженность, враждебность или насильственные проявления. [27]. Сложность родительского отношения и неоднозначность его проявлений обязывают психолога с осторожностью подходить как к процедуре оценки отношений в диаде, так и к интерпретации полученных результатов.

Диагностические подходы к оценке составляющих родительского отношения к ребенку весьма разнообразны. Помимо собственно тестов родительского отношения широкие возможности для нее открывают

методы наблюдения, беседы, формирующего эксперимента, проективные методики, методики с применением видеозаписи и др. Также как и в ситуации с тестами развития можно отметить запаздывание процесса создания российского психодиагностического инструментария для оценки отношения родителя к ребенку раннего возраста.

У нас в стране при исследовании детско-родительских отношений чаще всего используется «Опросник родительского отношения» А.Я. Варга и В.В. Столина (ОРО). Методика выявляет ряд характеристик родительского отношения: степень принятия ребенка, кооперация с ним, симбиоз в отношениях, авторитарная гиперсоциализация и специфическое родительское отношение по типу «маленький неудачник» [14]. Получить данные об этих характеристиках, несомненно, очень полезно, однако существует затруднение для использования данного инструмента: он рекомендован для родителей детей старше трех лет. Более того, стандартизация этого теста проводилась на выборке детей старше семи лет, и потому выводы о границах статистической нормы для исследуемых параметров, строго говоря, не могут быть распространены на родителей детей раннего возраста.

Опросник PARI (Parental Attitude Research Instrument, Шефер Е. С., Белл Р. К., 1959 г.) адаптированный в России Т. В. Нещерет, помимо того, что он выглядит на сегодняшний день явно устаревшим, направлен на выявление установок родителя на супружеские отношения и воспитание детей вообще, а не конкретного ребенка [24].

Методика Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса "Анализ семейных взаимоотношений" (АСВ) интересна тем, что разрабатывалась специально для семей, имеющих детей с нервно-психическими заболеваниями. По результатам тестирования родителя можно получить очень ценные данные о таких чертах родительского отношения как его гиперпротективность (т.е. чрезмерная вовлеченность родителя в процесс воспитания, негативно отражающаяся как на ребенке, так и на самом родителе), гипопротективность (обратная ситуация), эмоциональное отвержение, жестокое обращение, перекладывание на ребенка собственной моральной ответственности [24]. К сожалению, возрастной диапазон детей и в этом случае начинается только с трех лет. Отношение же родителя к совсем маленькому ребенку имеет свою, достаточно яркую, специфику, которую нельзя игнорировать при диагностике.

«Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» (ОДРЭВ) был разработан Е.И. Захаровой для родителей детей раннего и дошкольного возраста. Методика учитывает

параметры родительского отношения, которые важны именно в возрастном плане. Так, оценивается способность родителя воспринимать состояние маленького ребенка, понимать его причины и сопереживать, что характеризует общую чувствительность родителя к ребенку. Отдельно оценивается такая важная характеристика как эмоциональное принятие ребенка. Обращается внимание на некоторые поведенческие проявления родителя маленького ребенка: степень его стремления к телесному контакту, умение оказать эмоциональную поддержку ребенку или умение эффективно воздействовать на его состояние. Практика показывает, что последнее представляет собой достаточно серьезную проблему для многих родителей детей первых лет жизни, и особенно - имеющих детей с нарушениями здоровья и развития. Стимульный материал методики состоит из 66-ти утверждений, степень согласия с которыми родитель должен оценить по пятибалльной шкале. По несложной формуле производится расчет стандартных баллов для каждой из 11-ти характеристик родительского отношения. Результаты соотносятся с критериальными значениями, полученными при стандартизации методики на выборке российских родителей детей раннего и дошкольного возраста [9].

Говоря о детско-родительских отношениях в раннем возрасте, невозможно не упомянуть о теории привязанности. Понятие «привязанность» было введено в научный оборот в середине 20-го века основоположником теории Дж. Боулби. В рамках теории это понятие определялось как особая эмоциональная связь ребенка младенческого и раннего возраста с матерью (или заменяющим ее лицом), которая характеризуется близостью, постоянством, адресованностью конкретному человеку и интенсивностью эмоциональных переживаний ребенка. Этим же термином обозначалось и активное поведение ребенка, направленное на достижение этой связи. Одно из основных положений теории привязанности заключается в том, что поведение привязанности у ребенка резко активизируется в ситуациях угрозы или дискомфорта: в незнакомой обстановке, при разлуке с матерью, в присутствии чужих людей, при состояниях болезни, голода, испуга, усталости и т.п. На основе этого положения была разработана экспериментальная процедура для определения типа привязанности - методика «Незнакомая ситуация». Она применяется для детей от 11 месяцев до полутора лет и представляет собой строгую последовательность из восьми эпизодов, чередующихся таким образом, чтобы искусственно создавать стрессовые ситуации для ребенка. Экспериментатором наблюдаются, фиксируются и оцениваются определенные эмоциональные и поведенческие проявления ребенка, свидетельствующие о сформированности у него того или иного типа

привязанности к матери. Несмотря на то, что тип привязанности является весьма важным показателем при оценке детско-родительских отношений, в отечественной практике методика «Незнакомая ситуация» широкого распространения не получила. Это обусловлено несколькими факторами. Проведение процедуры и интерпретация результатов требуют специальной подготовки экспериментатора – длительной, дорогостоящей и, как правило, зарубежной. Процедура обследования сильно стрессует ребенка, а нередко - и его мать. Методика требует много времени, специально оборудованного помещения, совместной работы сразу нескольких специалистов. Все это делает применение методики «Незнакомая ситуация» дорогим и трудозатратным процессом.

При диагностике семейных взаимоотношений традиционно широко используются проективные методики. Рисуночные методики «Рисунок семьи», «Семья животных», «Я и мой ребенок» [21], методики «Неоконченные предложения», «Письмо родителя к ребенку», «Семейная социограмма» и другие способны дать много полезной информации психологу, умеющему владеть ими. И.Н. Никольская предложила методику «Серийные рисунки и рассказы», использование которой не только дает широкие возможности для диагностики детско-родительских отношений, но и помогает специалисту выстраивать контакт с семьей, а также может выступать частью терапевтического процесса [24].

Исследование детско-родительских отношений с помощью фото-, кино- и видеосъемки давно и успешно используется в мире. Фиксация протекания взаимодействия с последующим поэпизодным и даже пок кадровым разбором дает специалистам чрезвычайно интересный материал для диагностики. Достаточно вспомнить, что большинство данных, на которых были основаны современные положения теории привязанности или представления о взаимодействии матери с новорожденным и младенцем в русле иных научных концепций, было получено при помощи этих методов. В России методики с применением видеосъемки все активнее начинают внедряться в практику психологических центров и применяться в научных исследованиях [1]. При этом необходимо отметить еще недостаточную разработанность как самих процедур наблюдения, так и применяемых для оценки качества отношений критериев.

4. Медицинские, дефектологические и нейропсихологические технологии.

Психологическую диагностику ребенка раннего возраста следует отличать от других видов диагностики здоровья и развития в этом возрасте. Помимо психологов, развитие речи, движений, сенсорных

процессов и т.п. у детей первых лет жизни интересует врачей (педиатров, неврологов, психиатров), педагогов (общих, коррекционных, логопедов, сурдо- и тифлопедагогов), а также психологов со специализацией по нейропсихологии. Эти специалисты пользуются собственными системами оценки состояний ребенка и его навыков, имеющими преимущественно прикладную направленность. Задача врача или педагога - диагностировать заболевание или отставание в формировании конкретных умений, чтобы затем обоснованно применять лечебные или педагогические технологии. Психологу, если он не собирается использовать в своей практике специальные коррекционно-педагогические либо нейропсихологические методики, как правило, нет необходимости проводить глубокую специализированную диагностику или подробно вникать в детали этих оценок. При этом заключения смежных специалистов по результатам их исследований могут дать важную дополнительную информацию.

Тест «Оценка уровня психомоторного развития ребенка» (Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова, Е. Д. Айнгорн, 1981 г.) создавался преимущественно для детских невропатологов. Методика оценивает показатели нервно-психического развития по семи шкалам: голосовые реакции, безусловные рефлексы, мышечный тонус, асимметричный шейный тонический рефлекс, цепной симметричный рефлекс, сенсорные реакции, коммуникабельность. Тесты выявляют наличие патологических движений, неврологических стигм и недостаточности черепно-мозговой иннервации, что помогает выявить детей с повышенным риском задержки психического развития [6].

Тест «ГНОМ» для определения отклонений в психическом развитии детей младенческого и раннего возраста был разработан авторским коллективом детских психиатров Научного центра психического здоровья (Г.В. Козловская, М.А. Калинина, А.В. Горюнова). Методика направлена на диагностику состояния пяти нервно-психических функций: сенсорных (зрительной, слуховой и тактильной чувствительности), моторных (статики, кинетики, мелкой моторики и мимики), эмоционально-волевых (эмоциональных реакций, эмоционального резонанса, произвольности), познавательных (внимания, мышления, речи, игры) и поведенческих (биологического поведения и социального поведения). По результатам тестирования ребенок может быть отнесен к одной из трех групп нервно-психического здоровья: группа здоровых, группа риска по возникновению психической патологии и группа патологии [8].

Ранний возраст ребенка накладывает серьезные ограничения на использование психиатром традиционных методов

психопатологического обследования - клинического наблюдения и клинической беседы. Новым подходом к психиатрической диагностике младенцем и детей раннего возраста стал разработанный С.В. Гречаным метод «ситуативного клинического наблюдения за ребенком, дополненный контекстуальным анализом». Под контекстуальным анализом подразумевается обсуждение с родителями характера и причин детского поведения. Обычная клиническая беседа с родителем ребенка раннего возраста расценивается автором метода как недостаточно информативная, поскольку в ней проявляются гипонозогнозические либо гипернозогнозические установки родителей. С.В. Гречаным предлагается развернутая схема психиатрического обследования ребенка первых лет жизни. Следует подчеркнуть, что центральной проблемой психиатрии раннего возраста автор считает проблему детско-родительских отношений [2].

Специальные (коррекционные) педагоги опираются в своей работе на подробно разработанные диагностические методики, часть которых применима для детей раннего возраста. Сюда относятся приемы педагогического обследования слуха и зрения, оценки восприятия у детей с сенсорными нарушениями и моторного развития - у детей с двигательными нарушениями, обследование мышления, внимания, памяти у детей с интеллектуальной недостаточностью и т.д. [4]. Особую значимость для раннего возраста имеет логопедическая диагностика, включающая в себя обширный набор показателей. Логопед проводит оценку особенностей строения артикуляционного аппарата, сформированности произвольных движений мимической мускулатуры, проблем мышечного тонуса и моторной координации. Выявляется понимание ребенком названий предметов и действий, использование предложно-падежных конструкций, наличие фразовой речи, степень ее развернутости, качество грамматического оформления и т.д. Схемы логопедического и психолого-педагогического обследования приводятся в специальной литературе [4; 18]. Методы нейропсихологического обследования ребенка включают в себя исследование гностических и речевых функций, памяти, пространственных представлений и т.д. [20]. Однако, нейропсихологическое обследование достаточно редко проводится с детьми младше трех лет.

5. Специализированные диагностические системы для проведения междисциплинарной оценки.

Необходимость проведения комплексной оценки ребенка специалистами разных профилей возникает, как правило, в ходе работы консилиумов или экспертных комиссий, в частности – ПМПК (психолого-медико-педагогической комиссии). В основе

междисциплинарной диагностики обычно лежит тот или иной методологический принцип, объединяющий разные направления диагностики под общими целями. Для младенческого и раннего возраста среди таких разработок можно отметить Диагностический пакет на основе Международной классификации функционирования и «Диагностическую классификацию нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве».

Полное название первого документа «Примерный пакет диагностических методик для организации диагностической деятельности специалистов ПМПК для детей младенческого и ясельного возраста (от 0 до 2 лет) и раннего возраста (от 2 до 3 лет) на основе Международной классификации функционирования». Пакет включает различные методические средства для специалистов ПМПК – сбор анамнеза, наблюдение, опросники, скрининги, анализ медицинской и психолого-педагогической документации. В целях проведения качественно-уровневого анализа в соответствии с доменами Международной классификации функционирования оцениваются сферы психического развития: зрительное и слуховое восприятие, познавательная деятельность, пространственные представления, осведомленность, речевое развитие, самообслуживание, коммуникативная сфера, личностное развитие и др. Для каждой методики из набора даны краткая аннотация, цель, материал, методические рекомендации по процедуре проведения и анализу результатов, профиль функционирования, ограничения использования [15].

В основе «Диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» лежит принятый в современной медицине принцип многоосевой диагностики. Ось 1 «Клинические расстройства» адресована психиатрам и содержит описание ранних психических отклонений (42 диагностические единицы), а также критерии для их распознавания. Оси 2 «Контекст отношений», 3 «Нарушения соматического здоровья», 4 «Психосоциальные стрессоры» и 5 «Уровень развития» представляют интерес для клинических психологов, медицинских работников, коррекционных педагогов, социальных работников, работающих с маленькими детьми и членами их семей. В результате применения классификации может быть выстроена развернутая картина заболевания, отражающая важные для организации коррекционно-терапевтических вмешательств характеристики, такие как, например, внутрисемейные отношения или стрессовая нагрузка на ребенка [27; 28].

Таким образом, клиническая психодиагностика детей раннего

возраста представлена весьма разнообразными направлениями и методами. В мире неуклонно растет интерес к этому возрасту, рождаются новые научные концепции и получают свое развитие традиционные, сменяются взгляды на психическое развитие в первые годы жизни и на показатели для его оценки. Самым активным образом идут процессы разработки новых диагностических методик и пересмотра уже имеющихся. При этом для отечественных специалистов, работающих с детьми раннего возраста, сохраняется ситуация слабой обеспеченности современными психодиагностическими инструментами. Такое положение представляет собой серьезную научную и практическую проблему и должно стать объектом внимания для организаторов науки в области психологии, медицины и педагогики.

Литература

1. Галасюк И.Н., Шинина Т.В. Методика «Оценка родительско-детского взаимодействия» Evaluation of child-parent interaction (ЕСPI). – М.: ИТД Перспектива, 2017.
2. Гречаный С.В. Психопатологическая диагностика в раннем детском возрасте. Учебное пособие для последипломного образования. СПб, 2017.
3. Гринспеп С., Уидер С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. М.: Теревинф, 2013.
4. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. М.: «Триада-Х», 2008.
5. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Полиграф сервис, 1998.
6. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет: Методическое пособие для практических психологов / Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю. СПб: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2005.
7. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.: Медицина, 1981.
8. Заримски К. Важнейшие тесты развития и их значение. Ранняя диагностика и коррекция. В 2 т.: практическое руководство / Под ред. Удо Б. Брака. Т.1. М.: Издательский центр «Академия», 2007.
9. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест «Гном». М.: МГИУ, 2012.
10. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи: учебное пособие. М.: Академия, 2006.
11. Марцинковская Т.Д. История детской психологии. М.: «ВЛАДОС», 1998.
12. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего возраста. Санкт-Петербург: «Питер», 2001.
13. Модифицированный Скрининговый Тест на Аутизм для Детей (пересмотренный, с дополнительным пошаговым интервью). [Электронный ресурс] https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2016/12/M-CHAT-R_F_Russian_v2.pdf. Дата обращения 10.10.2021.

14. Морозов С.А. Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра. М., 2014.
15. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2000.
16. Примерный пакет диагностических методик для организации диагностической деятельности специалистов ПМПК для детей младенческого и ясельного возраста (от 0 до 2 лет) и раннего возраста (от 2 до 3 лет) на основе Международной классификации функционирования. [Электронный ресурс] https://iro86.ru/images/documents/CPMPK/Pakety/Paket_10_dlya_vseh_specialistov.pdf. Дата обращения 10.10.2021.
17. Психообразовательный профиль (ПЕР-3), третье издание. [Электронный ресурс] <https://www.wpspublish.com/pep-3-psychoeducational-profile-third-edition> Дата обращения 10.10.2021.
18. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста / Под ред. Стребелевой Е.А. М.: Просвещение, 2004.
19. Разенкова Ю.А. Схема логопедического обследования ребенка 2-3-го года жизни // Альманах ИКП РАО. – 2014. - № 10.
20. Рейтинговая шкала аутизма у детей С.А.Р.С. [Электронный ресурс] https://29apnd.ru/wp-content/uploads/2017/03/Reytingovaya_shkala_autizma_u_detey_CARS.pdf Дата обращения 10.10.2021
21. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Издательский центр «Академия», 2002.
22. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: «Издательство института психотерапии», 2002.
23. Чистович И.А., Рейгер Ж., Шапиро Я.Н. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID. СПб: Институт раннего вмешательства; 2000.
24. Шапиро Я.Н., Чистович И.А. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000. СПб: Институт раннего вмешательства, 2000.
25. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Санкт-Петербург: «Речь», 2003.
26. Bayley Scales of Infant and Toddler Development – 3rd Edition. [Электронный ресурс]. <https://psycentre.apps01.yorku.ca/wp/bayley-scales-of-infant-and-toddler-development-3rd-edition-screening-test-kit-bayley-iii-screening-test/> Дата обращения 10.10.2021.
27. Greenspan S.I., DeGandi G.A., Wieder S. The functional emotional assessment scale (FEAS) for infancy and early childhood: clinical and research applications. Bethesda, 2001.
28. ZERO TO TREE. (2005). Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: ZERO TO TREE press.
29. ZERO TO TREE. (2016). DC:0-5: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington, DC: Author.

Туревская Р.А.
ДИАГНОСТИКА ИЗБИРАТЕЛЬНОСТИ ЭМПАТИЧЕСКИХ
ПЕРЕЖИВАНИЙ В НОРМЕ И ПРИ ОТКЛОНЯЮЩЕМСЯ
РАЗВИТИИ

Аннотация. Статья посвящена разработке теста, нацеленного на диагностику избирательности эмпатических переживаний в детском возрасте. Целью статьи является разработка содержания теста и анализ результатов его апробации. Выдвигаются гипотезы о возрастной динамике эмпатических процессов в дошкольном возрасте. Выделяются и содержательно анализируются параметры – когнитивные атрибуты, опосредующие и имеющие дифференцирующее значение в отношении эмпатических переживаний, результаты исследования выявляют их развитие в детском возрасте. На основе использования статистических методов доказываемая конструктивная и ретестовая надежность разрабатываемого метода. Тест используется для оценки развития эмпатии у аутичных детей.

Ключевые слова: эмпатия, избирательность переживаний, атрибуты, развитие.

Введение

Актуальность исследования эмпатии определяется увеличением количества детей с нарушением эмоционального развития и социализации, и изменением ее механизмов в современном обществе. С развитием богатой образовательной инфраструктуры, информационных технологий и культуры развлечений дети все меньше общаются друг с другом. Общение перестает быть ведущей деятельностью ребенка в переломные моменты развития, а само общение приобретает формальный характер. Проблема развития эмпатии становится не только научной задачей, она входит в практику повседневной жизни и воспитания ребенка и особенно ребенка дошкольного возраста, когда, собственно, формируется эмпатия.

Следует отметить, что в результате недостаточности эмпатии у детей нарушается не только способность к сопереживанию, но и умение адекватно эмоционально реагировать на различные явления окружающего мира, дифференцировать и адекватно интерпретировать экспрессивные выражения и эмоциональные состояния других, снижается вариативность способов эмоционального реагирования, диапазон понимаемых и переживаемых эмоций, интенсивность и глубина переживаний, способность прогнозировать эмоции и реакции людей на определенное поведение [5].

Нарушение развития эмпатии может приводить к широкому спектру

эмоционально-личностных расстройств: нарциссизм, нарушение социального поведения, недоразвитие моральных инстанций, инфантилизм, неуверенность в себе, повышенная тревожность, агрессивность, недоверчивость, эмоциональная холодность и т.п. [10,11, 12].

Однако отечественные исследования в этой области сдерживаются недостаточностью методических средств диагностики и измерения эмпатии. В настоящее время методических инструментов диагностики эмпатии для детей дошкольного возраста очень мало, большинство из них ориентированы на школьный возраст и старше, и предполагает использование опросников, что сдерживает научную разработку этой проблемы [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11]. Это ставит задачу разработки новых методик, позволяющих диагностировать развитие эмпатических переживаний у детей на более ранних возрастах, когда, собственно, закладывается способность к эмпатии. Необходимо при этом найти такие стороны развития эмпатии, которые при операционализации измерения вскрывали наиболее существенные характеристики эмпатии и закономерности ее развития и функционирования в дошкольном возрасте и на младших школьных возрастах. В соответствии с этим предполагается исследовать избирательность эмпатических переживаний и актуализировать их на реальном материале по принципу «здесь и теперь». Избирательность эмпатических переживаний наиболее тесно связана с проблемой выявления механизмов ее обуславливания, и в частности, когнитивного опосредования.

В данном контексте представляет интерес концепция М. Hoffman, который описал уровни развития эмпатии. Проходя эти уровни, дети становятся способными понимать и реагировать соответственно переживаниям других. М. Hoffman выделяет сочувствие в качестве биологической основы для альтруистического поведения [10]. Он предполагает, что эмпатия возникает из-за различных режимов возбуждения и позволяет нам эмпатически ответить на различные «аварийные» сигналы, идущие от другого человека. Hoffman отмечает имитацию, классическое обуславливание, и прямую ассоциацию, связанную с тем, что другой находится в ситуации, напоминающей первому о собственном опыте, воображение себя на месте другого. Эти механизмы быстродействующие и автоматические, именно они продуцируют эмпатический ответ. Hoffman также различает 4 этапа развития эмпатических ответов, начиная от реактивности новорожденного на крик, эгоцентрического эмпатического дистресса, квази-эгоцентрического эмпатического дистресса до настоящего дистресса и сочувствия другому за пределами непосредственной ситуации. Эти этапы дифференцируют степень когнитивной

детерминации и развитие представлений о другом [10], как механизмов, опосредующих эмпатическое возбуждение.

Цель работы: разработать метод диагностики эмпатии и исследовать возрастную динамику эмпатических переживаний у детей с использованием лонгитюдного метода и метода сравнительно-возрастных срезов, использовать метод для оценки развития избирательности эмпатии у детей с РАС.

Гипотезы эмпирического исследования:

1. У детей с возрастом изменяется избирательность эмпатических переживаний;
2. Возрастная динамика эмпатических переживаний связана с развитием когнитивных атрибуций, опосредующих эмпатические переживания;
3. У аутичных детей в сравнении с нейротипичными детьми качественно изменены избирательность эмпатии и когнитивные атрибуции, опосредующие эмпатические переживания;
4. Разработанный метод обладает конструктивной валидностью и ретестовой надежностью.

Описание нормативной выборки

Исследование состояло из двух этапов: на первом этапе исследовались 2 группы детей дошкольного возраста, посещающих детское учреждение. Выборка дошкольников (N = 40) состоит из 2 групп: дети в возрасте 4-5 лет, (n=20), из них - 9 мальчиков, 11 девочек; дети в возрасте 6-7 лет (n=20), из них - 8 мальчиков, 12 девочек.

На втором этапе приняли участие дети младшего школьного возраста 1-го-3-го классов, обучающиеся в школе – 74 человека, из них 36 девочек и 38 мальчиков. На первом подэтапе выборку составили ученики первого класса - 36 человек и ученики второго класса - 38 человек, возраст детей варьирует от 6, 5 до 8 лет. На втором подэтапе проводилось повторное исследование (через год) на этих же испытуемых, количество детей не изменилось, но это были уже ученики второго (36 человек) и третьего класса (38 человек) в возрасте 8-9 лет.

Описание клинической выборки

Выборка детей с РАС – 20 человек в возрасте 6-8 лет - была набрана на базе АНО НППЦ «Туррион», муниципального детского дома г. Москвы. Возраст умственного развития аутичных детей приближался к норме, у всех детей были официально поставленные диагнозы, относящиеся к расстройствам аутистического спектра (официальный диагноз одного ребенка – шизотипическое расстройство). Все дети с РАС обладали речью и способностью к игре, также с ними проводилась коррекционная работа.

Общая выборка составила 134 ребенка.

Описание метода - Эмпатический тест сюжетных ситуаций (ЭТСС)

Эмпатический тест сюжетных ситуаций направлен на выявление избирательности эмпатических переживаний и соответственно типа атрибутивных процессов, опосредующих эмпатические переживания [6]. Для моделирования эмпатических переживаний использовались следующие ситуации, представленные на картинках, и которые известны детям по мультфильмам, сказкам и детским произведениям: (1) «Девочка плачет» - изображение девочки, которая уронила в речку мяч и плачет из-за этого; (2) «Болеющий заяц» - болеющий заяц лежит под одеялом в кровати с градусником; (3) «Укус» - мышонку кусает лису за нос, и лиса морщится от боли, сжимая мышонка; (4) «Утка и лиса» - лиса подкрадывается к утке, чтобы съесть ее («Серая шейка»), (5) «Ослик Иа» - грустный ослик Иа, потерявший хвост, из мультфильма «Винни Пух» стоит около озера, склонив голову вниз, и смотрит на свое отражение; (6) «Носорог в Зоопарке» - одинокий носорог в клетке. На каждой из картинок моделируются дистрессовые ситуации, которые различаются интенсивностью переживаний изображенных персонажей, степенью травматизации и/или страдания, наличием-отсутствием опасности.

Использовались две процедуры. Первая процедура — ранжирование картинок соответственно степени сопереживания. Испытуемого просят объяснить, почему он «жалеет» /сопереживает каждому из выбранных персонажей.

Вторая процедура — попарное сравнение картинок, на которых изображены герои мультфильмов, ребенок должен выбрать ту картинку, которая вызывает в нем наибольшее сопереживание персонажу. Испытуемый получает инструкцию: «Выбери того персонажа на картинках, которого ты больше жалеешь». Во второй процедуре предполагалось 15 попарных сравнений, в результате которых устанавливалась иерархия предпочтений.

Важно отметить, что понимание события и его переживание сложно разделить в детском возрасте. Анализ моделируемых эмпатических переживаний строился на основе выборов, их интерпретаций и вербальных самоотчетов.

На основе анализа результатов и вербальных самоотчетов испытуемых были выделены три атрибутивных параметра, которые опосредуют и дифференцируют эмпатические переживания.

Параметры:

1. Локус ответственности (ответственность за произошедшее событие, представленное на картинке, лежит на

субъекте «Девочка плачет» — страдания не связаны с действиями самого персонажа, которому сопереживаем, он не несет за них ответственности – «болеющий заяц»).

2. Контроль намерений, прогнозирование опасности - в диаде жертва-агрессор необходимо понять, кто на самом деле жертва – лиса или мышонok («укус»). Дети, которые способны понимать и отслеживать намерения, сопереживают мышонку, понимая, что он укусил лису, потому что лиса хотела его съесть. Дети, которые в сопереживании ориентируются на интенсивность эмоциональных реакций, и не отслеживают намерения, сопереживают лисе, т.к. «ей больно». В ситуации «утка и лиса» - потенциальная жертва проявляет минимум страданий, но понимание намерений лисы «заставляет» детей сопереживать потенциальной жертве.

3. Контролируемость причины дистресса, который испытает персонаж, которому мы сопереживаем - возможность контролировать ситуацию («ослик Иа») — невозможность контролировать (изменить) ситуацию («носорог в зоопарке»). Следует отметить, что в обоих случаях персонажи испытывают схожие чувства – сами дети отмечают, что им одиноко.

Фактически, каждая предлагаемая картинка включает в той или иной степени выделенные параметры, которые могут иметь дифференцирующее значение для эмпатического переживания в зависимости от осмысления сюжетной ситуации. Однако, тест разработан таким образом, что каждый из параметров определяет дихотомию и задан двумя прямо противоположными признаками, которые содержатся в картинках. Выбор картинки фактически определяет тип атрибутивных процессов, определяющих эмпатическое переживание.

Результаты эмпатического теста сюжетных ситуаций

В ниже представленной таблице отображены общие суммарные результаты по каждому параметру в определенной выборке (то есть, сколько раз дети в той или иной выборке выбирают ту или иную карточку).

Таблица 1. Количество выборов, совершенных в старшей и младшей группах нормы

	Всего	Количество выборов					
		Девочка плачет	Болеющий заяц	Укус	Утка и лиса	Ослик Иа	Носорог в зоопарке

		Локус ответственности		Намерение, прогнозирование опасности		Контролируемость причины дистресса	
Старшая группа нормы	300	24	82	30	68	25	71
	100 %	8 %	27 %	10 %	23 %	8 %	24 %
Младшая группа нормы	300	68	54	58	34	38	48
	100%	23%	18%	19%	11%	13%	16%

Дети в возрасте 6-7 лет тенденциозно совершают выбор картинки «Болеющий заяц», меньшее предпочтение отдается картинке «Девочка плачет». Дети в возрасте 4-5 лет чаще совершают выбор картинки «Девочка плачет», меньшее предпочтение отдается картинке «Утка и лиса».

Итак, дети в возрасте 4-5 лет почти в 3 раза чаще совершают выбор картинки «Девочка плачет», чем дети 6-7 лет (23% и 8%).

При сравнении картинок по параметрам наблюдается следующее: с возрастом количество выборов, имеющих большую когнитивную и социальную нагруженность, возрастает. В группе детей 6-8 лет наблюдается большая частота актуализации эмпатических переживаний, в основе которых лежат более тонкие и когнитивно сложные атрибуции (существенное и статистически значимое различие показателей внутри параметров). По параметру «Локус ответственности» чаще совершается выбор картинки «Болеющий заяц» (сопереживание в большей степени проявляется к тому персонажу, который не виноват в произошедшем и не несет за это ответственность), по параметру «Контролируемость причины» чаще совершается выбор картинки «Носорог в зоопарке» (невозможность субъекта контролировать ситуацию), по параметру «Намерение, прогнозирование опасности» - «Утка и лиса» (отслеживание намерения, прогнозирование опасной для жизни ситуации). Дети младшей группы внутри параметров выбирают противоположные картинки, в большей степени ориентируясь на интенсивность страданий жертвы.

Статистический анализ результатов эмпатического теста сюжетных ситуаций с использованием критерия χ^2

Для проведения статистического анализа по данным эмпатического теста сюжетных ситуаций были подсчитаны и суммированы индивидуальные показатели по каждому параметру. Сравнение суммарных баллов по каждому параметру между двумя выборками испытуемых с использованием критерия χ^2 выявляет статистически значимые различия. Для наглядного представления результатов

отобразим их на графике (рис.1)

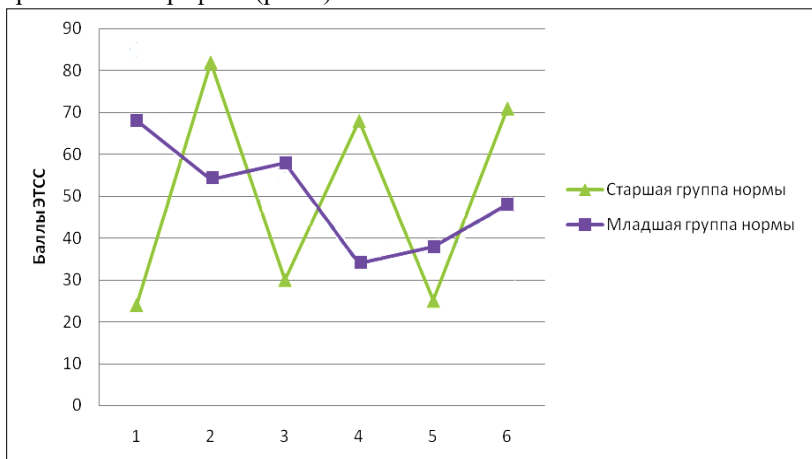


Рис 1. Результаты статистического анализа показателей ЭТСС, где 1-6 ситуации.

Параметры:

- 1 – ответственность «+» («Девочка плачет»)
- 2 – ответственность «-» («Болеющий заяц»)
- 3 - намерение «-» («Укус»)
- 4 –прогнозирование опасности, намерение «+» («Утка и лиса»)
- 5 - контролируемость ситуации «+» («Ослик Иа»)
- 6 – контролируемость ситуации «-» («Носорог в зоопарке»)

Для обеспечения конструктивной валидности и внутренней согласованности проводился корреляционный анализ Пирсона индивидуальных показателей отдельно по группам.

Таблица 2. Результаты эмпатического теста сюжетных ситуаций по индивидуальным показателям в старшей группе нормы с помощью корреляционного анализа Пирсона

	Девочка плачет	Болеющий заяц	Укус	Утка и лиса	Ослик Иа	Носорог в зоопарке
Девочка плачет	1	-,254	-,256	-,288	-,321	-,010
Болеющий заяц	-,254	1	-,225	,175	-,328	-,544*
Укус	-,256	-,225	1	-,081	,348	-,300
Утка и лиса	-,288	,175	-,081	1	-,407	-,508*
Ослик Иа	-,321	-,328	,348	-,407	1	,188
Носорог в зоопарке	-,010	-,544*	-,300	-,508*	,188	1

Обнаруживаются значимые отрицательные корреляции между картинками «Утка и лиса» и «Носорог в зоопарке»; «Носорог в зоопарке» и «Болеющий заяц». То есть, чем чаще дети выбирают картинку «Носорог в зоопарке», тем реже выбирают картинки «Утка и лиса» и «Болеющий заяц» (и наоборот).

Таблица 3. Результаты эмпатического теста сюжетных ситуаций по индивидуальным показателям в младшей группе нормы с помощью корреляционного анализа Пирсона

	Девочка плачет	Болеющий заяц	Укус	Утка и лиса	Ослик Иа	Носорог в зоопарке
Девочка плачет	1	,072	,073	-,083	,139	-,607**
Болеющий заяц	,072	1	-,160	-,217	-,251	-,116
Укус	,073	-,160	1	-,209	,147	-,321
Утка и лиса	-,083	-,217	-,209	1	-,190	-,356
Ослик Иа	,139	-,251	,147	-,190	1	-,443
Носорог в зоопарке	-,607**	-,116	-,321	-,356	-,443	1

Обнаруживается значимая отрицательная корреляция между карточками «Носорог в зоопарке» и «Девочка плачет». Чем чаще дети выбирают карточку «Девочка плачет», тем реже выбирают карточку «Носорог в зоопарке» (и наоборот).

Таблица 4. Результаты корреляционного анализа Пирсона по избирательности эмпатических переживаний по ЭТСС по общим данным двух выборок.

	Старшая группа норма (6-7 лет)	Младшая группа норма(4-5 лет)
Старшая группа норма (6-7 лет)	1	-,316
Младшая группа норма(4-5 лет)	-,316	1

*- уровень значимости 0.05

** - уровень значимости 0.01

Наблюдается отрицательная корреляция по избирательности картинок между детьми старшей и младшей групп. То есть чем чаще совершается выбор при попарном сравнении одних картинок в группе детей 6-7 лет, тем реже совершается выбор этих же картинок в группе детей 5-6 лет (и наоборот).

Исследование гендерных различий по данным эмпатического теста сюжетных ситуаций (ЭТСС)

Для того чтобы сравнить гендерные различия в предпочтении эмпатических переживаний, были построены диаграммы по полученным показателям. Вначале было проведено сравнение между мальчиками и девочками в общей выборке. Далее сделано гендерное сравнение внутри каждой группы.

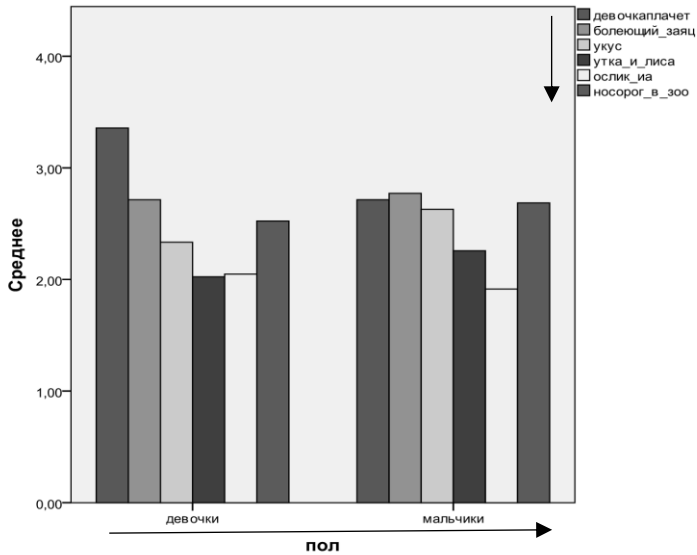


Рис.2. Диаграмма по общей выборке

Данные диаграммы показывают, что значимых различий в выборе картинок между мальчиками и девочками нет. Можно отметить небольшое превалирование показателей по выбору карточки «Девочка плачет» среди девочек.

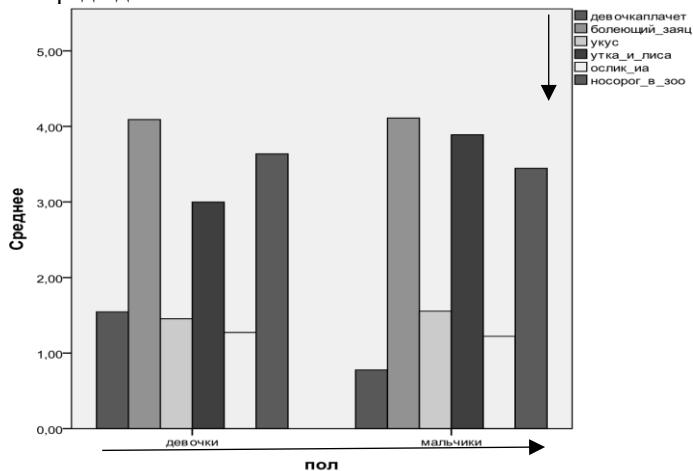


Рис. 3. Диаграмма по старшей группе нормы

Данные диаграммы показывают, что значимых различий в выборе картинок между мальчиками и девочками нет. Можно отметить

небольшое превалирование показателей по выбору карточки «Девочка плачет» среди девочек и «Утка и лиса» среди мальчиков.

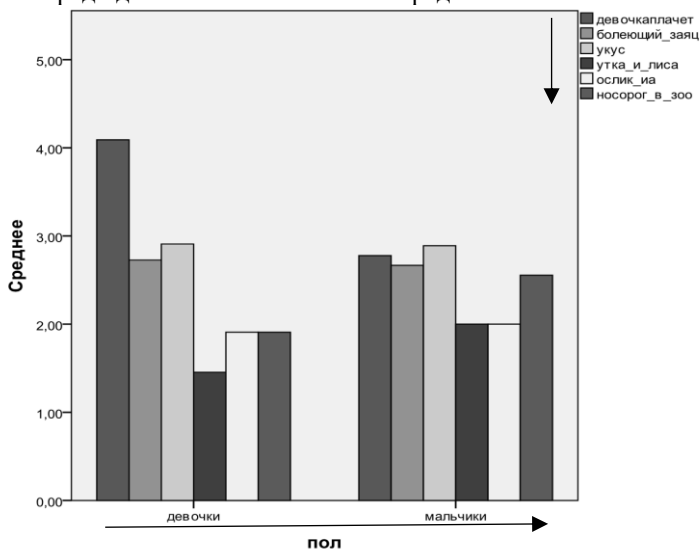


Рис. 4. Диаграмма по младшей группе нормы

Наблюдаются более высокие показатели по карточке «Девочка плачет» в группе мальчиков и девочек. В группе девочек показатели по этой карточке немного выше, чем в группе мальчиков.

Результаты гендерного исследования показали, что в группе детей 6-7 лет мальчики чуть больше демонстрирует признаки сопереживания по отношению к субъекту, который может оказаться в смертельной опасности. Они больше ориентированы на будущий прогноз исхода ситуации. В группе нормы девочки 4-5 лет чаще сопереживают жертве, которая демонстрирует наглядные признаки страдания (слезы).

Исследование ретестовой надежности ЭТСС.

Для исследования ретестовой надежности было проведено специальное исследование на выборке испытуемых 6-8 лет - 74 ребенка, из них 36 девочек и 38 мальчиков. С помощью приема тест-ретест мы проверили ретестовую надежность методики ЭТСС. С этой целью использовался коэффициент стабильности, который рассчитывался по формуле Спирмена. Он позволяет нам сделать вывод о том, что изучаемый признак – избирательность эмпатических переживаний - устойчив и стабилен. Мы наблюдаем высокую ретестовую надежность, так как результаты тестирования на первом и на повторном этапе показал преимущественно схожие результаты. Показатели надежности теста для данной группы статистически достоверны (см. таблица 5).

Таблица 5. Показатели стабильности изучаемого признака в методике ЭТСС с помощью приема тест-ретест

Тест/ретест	Лиса и утка	Укус	Носорог	Ослик Иа	Плачущая девочка	Болеющий заяц
Лиса и утка	,288*	-,019	,126	,118	-,200	,059
Укус	,090	,246*	-,116	,059	-,124	-,119
Носорог	,032	-,084	,250*	,012	-,038	-,103
Ослик Иа	,071	-,214	,118	,294*	-,106	-,143
Плачущая девочка	-,266*	-,015	-,214	-,266*	,486**	-,006
Болеющий заяц	,080	,149	-,162	-,078	-,160	,248*

*Корреляция значима на уровне 0,05 (двусторонняя)

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя)

Актуализация эмпатических переживаний на первом и на втором этапе диагностики детей в исследуемых группах осуществляется фактически с опорой на одни и те же атрибутивные процессы.

Обсуждение результатов

Полученные результаты исследования позволяют дифференцировать детей по уровню развития эмпатических переживаний и возрастным особенностям. Сравнительный анализ обнаруживает, что при переходе от младшего дошкольного возраста к старшему, меняется избирательность эмпатических переживаний, существенным компонентом которой является развитие когнитивных атрибуций. Дети в возрасте 4-5 лет сочувствуют «жертве», дистресс (страдания) которой более наглядно и интенсивно выражен.

У старших дошкольников сопереживание чаще возникает к «жертве», находящейся в условиях и ситуациях, за которые она не виновата и не может нести ответственность, на которые она не может влиять или не может контролировать сложившиеся условия или к «жертве», которая не испытывает страдания, но попала в опасную ситуацию. При эмпатическом переживании они начинают учитывать уже ряд параметров – насколько жертва могла контролировать и/или была ответственна за ситуацию, отслеживают намерения, то есть формируются эмпатические переживания, в основе которых лежат специфические атрибуции и способность к децентрации. То есть чем дети старше, тем чаще они сопереживают «жертве», ориентируются на социальный смысл событий, социальные нормы и правила.

Результаты лонгитюдного исследования выборки детей школьного возраста доказывают ретестовую надежность методики и подтверждают выявленные закономерности - роль когнитивных атрибуций, опосредующих эмпатические переживания усиливается в начальном

школьном возрасте.

В группе детей 4-5 лет выявлены значимые отрицательные корреляции между эмпатическими переживаниями, которые зависят от интенсивности страдания жертвы и теми переживаниями сочувствия, которое строится на понимании ограничения свободы персонажа (ситуация (6)). То есть, чем чаще младшие дошкольники «строят» эмпатическое переживание по отношению к субъекту, на основе интенсивности страданий, тем реже сопереживают субъектам, страдания которых понятны при условии, что дети могут представить себя на месте «жертвы», то есть способны к децентрации при формировании эмпатического ответа.

Обнаруживаются значимые отрицательные корреляции между картинками «Утка и лиса» и «Носорог в зоопарке»; «Носорог в зоопарке» и «Болеющий заяц». То есть, чем чаще дети выбирают картинку «Носорог в зоопарке», тем реже выбирают картинки «Утка и лиса» и «Болеющий заяц» (и наоборот). Указанные факты отрицательных корреляций в обеих группах доказывают внутреннюю согласованность теста, где каждая из ситуаций, представленная наглядно картинкой, задает определенный атрибутивный признак, который проявляется в сопереживании изолировано и не связан с другими.

Использование Эмпатического теста сюжетных ситуаций для оценки развития эмпатии у детей с расстройствами аутистического спектра

В группе аутичных детей по параметру «локус ответственности» значительное предпочтение (практически в 2 раза) отдается картинке «Девочка плачет» (ответственность лежит на субъекте), по параметру «Травматизация, прогнозирование опасности» предпочтение отдается картинке «Укус» (ориентация на переживания боли), по параметру «контроль причины» предпочтение отдается картинке «Носорог в зоопарке» (невозможность изменения ситуации).

Таблица 6. Количество выборов, совершенных в группе аутичных детей

Всего	Количество выборов					
	Девочка плачет	Болеющий заяц	Укус	Утка и лиса	Ослик и Иа	Носорог в зоопарке
	Лokus ответственности		Травматизация, прогноз опасности		Контроль причины дистресса	

300	85	41	54	36	33	51
100	28%	14%	18%	12%	11%	17%

В группе аутичных детей по параметру «локус ответственности» значительное предпочтение (практически в 2 раза) отдается картинке «Девочка плачет» (ответственность лежит на субъекте), по параметру «Травматизация, прогнозирование опасности» предпочтение отдается картинке «Укус» (сильная болезненные ощущения в данный момент), по параметру «контроль причины» предпочтение отдается картинке «Носорог в зоопарке» (невозможность контроля ситуации субъекту).

Таблица 7. Ранжирование предпочтений эмпатических переживаний в группе аутичных детей (N=20)

Номер испытуемого	Последовательность выбора(ранжирование)					
1	Девочка плачет	Болеющий заяц	Ослик Иа	Укус	Носорог в зоо	Утка и лиса
2	Девочка плачет	Ослик Иа	Болеющий заяц	Носорог в зоо	Укус	Утка и лиса
3	Девочка плачет	Болеющий заяц	Укус	Ослик Иа	Утка и лиса	Носорог в Зоо
4	Девочка плачет	Ослик Иа	Болеющий заяц	Носорог в зоо	Укус	Утка и лиса
5	Девочка плачет	Ослик Иа	Болеющий заяц	Носорог в Зоо	Утка и лиса	Укус
6	Болеющий заяц	Девочка плачет	Ослик иа	Носорог в зоопарке	Утка и лиса	Укус
7	Девочка плачет	Ослик Иа	Болеющий заяц	Укус	Носорог в Зоопарке	Утка и лиса
8	Девочка плачет	Ослик Иа	Носорог в Зоопарке	Укус	Болеющий заяц	Утка и лиса
9	Девочка плачет	Болеющий заяц	Ослик Иа	Укус	Носорог в зоо	Утка и лиса
10	Девочка плачет	Ослик Иа	Болеющий заяц	Носорог в зоо	Укус	Утка и лиса

12	Болеющий заяц	Девочка плачет	Ослик иа	Носорог в зоопарке	Утка и лиса	Укус
13	Укус	Ослик Иа	Носорог в Зоо	Девочка плачет	Болеющий заяц	Утка и лиса
14	Девочка плачет	Болеющийз аяц	Укус	Ослик Иа	Носорог в Зоо	Утка и лиса
15	Девочка плачет	Болеющийз аяц	Укус	Ослик Иа	Утка и лиса	Носорог в Зоопарке
16	Девочка плачет	Ослик Иа	Укус	Болеющий заяц	Утка и лиса	Носорог в Зоопарке
17	Болеющий заяц	Девочка плачет	Ослик иа	Укус	Утка и лиса	Носорог в зоопарке
18	Девочка плачет	Болеющий заяц	Укус	Ослик Иа	Утка и лиса	Носорог в Зоо
19	Болеющийз аяц	Девочка плачет	Ослик иа	Носорог в зоопарке	Утка и лиса	Укус
20	Укус	Девочка плачет а	Носорог в зоопарке	Ослик Иа	Болеющий заяц	Утка и лиса

По данным ранжирования выявляется, что аутичные дети чаще всего на первое место ставят картинку «Девочка плачет» (в 13 из 20 случаев), объясняя это тем, что она плачет, значит, ей хуже всего. На последнее место дети помещают картинку «Утка и лиса» (в 10 из 20 случаев), объясняя, что ее (лису) не жалко. Здесь обнаруживается непонимание контекста ситуации, так как лиса не является жертвой, а занимает позицию агрессора.

Сравнительный анализ результатов ЭТСС с использованием критерия χ^2

Мы сравнивали общие полученные показатели по моделированию эмпатических переживаний между выборками нейротипичных детей двух возрастных групп и детей с РАС 6-8 лет. Для сравнения показателей избирательности эмпатических переживаний был использован критерий Хи - квадрат.

Таблица 8. Результаты статического анализа (критерий Хи-квадрат)

	Экспериментальное значение	Критическое значение	Вывод
Старшая группа и дети - аутисты	236	11.1	Есть различия
Младшая группа нормы и дети - аутисты	8.55	11.1	Различий нет

Таким образом, выявляется отсутствие статистически значимых различий между группой нейротипичных детей в возрасте 4-5 лет и аутичными детьми 6-8 лет.

Выводы

1. По результатам методики ЭТСС эмпатические переживания имеют определенную динамику развития от 4-5 к 6-8 летнему возрасту:
 - (а) дети младшего возраста (4-5 лет), сопереживая, чаще ориентируются на внешний признак, то есть когда «жертвой» наглядно демонстрируются страдания с его значимыми атрибутами (слезы на глазах, сильная травма, боль).
 - (б) старшие дети (6-8 лет) имеют тенденцию ориентироваться на социальные нормы и ценности при опосредовании эмпатических переживаний. В основе эмпатических переживаний детей старшего возраста лежат специфические атрибуты (ответственность, контролируемость ситуации, намерения), которые требуют участия более сложных когнитивных процессов и понимания социальной жизни (прогнозирование, понимание ролевых отношений) и способности к децентрации.
2. Методика ЭТСС обладает конструктивной валидностью и ретестовой надежностью.
3. По результатам теста отсутствуют статистически значимые гендерные различия эмпатических переживаний в разных возрастных группах.
4. У детей с РАС 6-8 лет выявляется нарушение избирательности эмпатических переживаний, незрелость опосредствующих их когнитивных атрибуций. Аутичные дети, сопереживая, больше ориентируются на внешние признаки страдания, которые демонстрирует жертва, и меньше - на социальные нормы и правила, опосредующие эмпатические переживания, аналогично детям в возрасте 4-5 лет.

Литература

1. Гаврилова Т.П. Понятие эмпатии в зарубежной психологии // Вопросы психологии. - 1975. - № 2. – С. 147–157.
2. Гаврилова Т.П. Эмпатия и ее особенности у детей младшего и среднего школьного возраста. Дис. канд. псих. наук. – М., 1977.
3. Люсин Д.В. Опросник на эмоциональный интеллект ЭМИн: новые психометрические данные // Социальный и эмоциональный интеллект / под. Ред. Люсина Д.В., Ушакова Д.В.- М: ИП РАН, 2009. С. 264—278.
4. Мехрабиан А., Эпштейн М.. Опросник эмоциональной эмпатии (Emotional Empathic Tendency Scale, EETS,(1972)) //(ред) Психодиагностика толерантности личности./ под ред Г. Солдатовой и др - М, Смысл, 2008.
5. Стрелкова Л.П. Психологические особенности развития эмпатии у дошкольников : диссертация кандидата психологических наук : 19.00.07. - Москва, 1987.
6. Туревская Р.А. К вопросу о смысловой организации переживаний в подростковом и раннем юношеском возрасте//Вестник Московского университета. Серия 14. Психология.-1990,№4,- с57-64.
7. Туревская Р.А.Чувствительность к эмоциональному состоянию у подростков с психопатоподобным синдромом. //Материалы докладов II Международной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения А.Р.Лурии-сентябрь 2002. -с139-143.
8. Туревская Р.А. Восприятие эмоций у подростков в норме и патологии. //Материалы конференции «Нарушения эмоционального развития как клинико-дефектологическая проблема», посвященной 80-летию со дня рождения К. С.Лебединской- 2004. DVD
9. Карягина Т.Д.,Кухтова Н.В. Тест эмпатии М. Дэвиса: адаптация в межкультурном контексте // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 4. С. 33—61.
10. Hoffman M.L. Empathy and moral development: Implications for caring and justice. New York: Cambridge University Press, 2000.
11. Davis M.H. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach // Journal of Personality and Social Psychology. 1983. Vol. 44 (1). P. 113—126.
12. Farrow T.F.D., Woodruff P.W.R. (eds.). Empathy in mental illness. New York: Cambridge University Press, 2007.
13. James R., Blair J.R. Empathic dysfunction in psychopathic individuals // Empathy in mental illness / T.F.D. Farrow, P.W.R. Woodruff (eds.). New York: Cambridge University Press, 2007. P. 3—16.

РАЗДЕЛ 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ДРУГИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Бузина Т.С.

Клинико-психологическое изучение мотивационного уровня зависимости от психоактивных веществ

Аннотация: Мотивационная сфера личности рассматривается как основная мишень психологических вмешательств при аддиктивном поведении и зависимости от психоактивных веществ. В качестве ее высшего уровня анализируются содержательные характеристики - ценностно-смысловая организация личности в виде иерархии ценностных ориентаций и динамические параметры, представленные мотивацией достижений и осмысленностью жизни. Потребность острых ощущений представляет собой базовый, более низшего порядка, уровень мотивационной сферы. Уровневый анализ показывает стратегическую важность работы с мотивацией для профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: зависимость от психоактивных веществ, мотивационные психологические факторы риска, содержательные и динамические аспекты мотивации

В международной классификации болезней (МКБ-10) употребление психоактивных веществ (ПАВ) определяется в разделе «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» и классифицируются в зависимости от вида вещества. Так, выделяются психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, опиоидов, каннабиоидов, седативных или снотворных веществ, кокаина, других стимуляторов, включая кофеин, табак, летучие растворители, а также психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ. Тяжесть данных расстройств варьирует от неосложненного опьянения и употребления с вредными последствиями до выраженных психотических расстройств и деменции. В рамках этой рубрики употребление психоактивных веществ диагностируется как заболевание при наличии «синдрома зависимости» [18]. В новой классификации МКБ-11 употребление ПАВ рассматривается в разделе «Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ или аддиктивного поведения» со следующим определением: Психические и поведенческие расстройства, которые возникают в результате 1)

употребления преимущественно психоактивных веществ, включая лекарственные средства, или 2) специфического повторяющегося вознаграждаемого и подкрепляемого поведения. Понятие зависимости от ПАВ в новой классификации определяется в разделе «Расстройства вследствие употребления ПАВ», как вариант патологического употребления ПАВ [12].

Зависимость от ПАВ относится также к группе социально значимых заболеваний, так как характеризуется не только тяжелыми последствиями для здоровья, но и приводит к проблемам социального характера. Образ жизни потребителей ПАВ провоцирует различные формы асоциального и криминального поведения. Употребление ПАВ также связано и с риском инфицирования инфекциями, передаваемыми через кровь и половым путем, в том числе ВИЧ и гепатитом С, что представляет угрозу широкого распространения этих социально значимых инфекций не только среди данного контингента, но и в общей популяции [4;10]. В последние десятилетия наркологическая служба наблюдает постоянный рост уровня ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков: в 2009 г. этот показатель составлял 13,2%, в 2015 г. – 21,2%, в 2019 г. – 27,3% [11].

Как на уровне профилактики, так и при оказания медицинской помощи пациентам с такими заболеваниями одной из основных задач является необходимость изменения поведения, связанного с риском заболевания, осложнения его течения или рецидива, на более безопасные, способствующие выздоровлению формы. Решение этой задачи невозможно без понимания психологических механизмов и факторов, определяющих и структурирующих поведение в данных процессах.

Существует большое количество эмпирических данных о психологических факторах риска, приводящих к формированию зависимости. Так, Jessor R.(1992) выделяет следующие личностные факторы риска - плохое видение жизненных шансов, низкая самооценка, склонность к риску. Так же принято рассматривать протективные факторы, которые могут компенсировать факторы риска. Тот же Jessor R.(1992) выделяет среди психологических факторов защиты следующие характеристики личности: отношение к достижению как ценности, отношение к здоровью как ценности, нетерпимость к девиантности [1;24].

Большинство современных моделей профилактики, лечения и реабилитации строится на основе адаптационных концепций, где человек рассматривается как объект воздействий (обычно речь идет о социально-средовых и стрессовых факторах), влияние которых вынуждает его действовать для их преодоления или приспособления к ним [19,23,25,26,28]. При этом за скобками оставляется собственная активность и внутренняя мотивация человека и недостаточно внимания

уделяется ценностно-смысловому уровню организации личности. В рамках наиболее популярного когнитивно-поведенческого подхода уделяется внимание мотивации на изменение проблемного поведения, но именно мотивационные мишени, работа с которыми могла бы помочь принять новый стиль поведения как результат изменения ценностно-смысловых установок личности отсутствуют.

В рамках деятельностного подхода способы адаптации производны от мотивации субъекта. Понять человеческое поведение можно только через порождающиеся в его деятельности смыслы. Мотивы и потребности не равноправны, а иерархически организованы, смыслообразование определяется широким спектром устойчивых мотивационных структур: ценностными ориентациями, смысловыми образованиями, динамическими смысловыми системами и другими аспектами личностной регуляции [8;13;16;20].

Мотивационную сферу личности мы предлагаем рассматривать как определяющий, мотивационный уровень деятельности по преодолению зависимо от ПАВ поведения. На этом уровне можно выделить содержательные и динамические мотивационные факторы.

Прежде чем, мы начнем рассматривать исследования в этой области важно также понимать, что при изучении любых состояний, наблюдающихся при том или ином заболевании, возникает вопрос о том, какие состояния явились следствием болезни, а какие являлись факторами риска. Эта же проблема возникает и при изучении психологических особенностей зависимых от ПАВ пациентов. Так как лонгитюдные исследования в этой области значительно затруднены и встречаются редко, мы попытались решить эту проблему исходя из поэтапного принципа формирования зависимости ПАВ от единичных проб к постоянному употреблению, рассмотрев исследования разных группы лиц: подростков и молодых лиц с эпизодическим употреблением ПАВ, но не имеющих зависимости от ПАВ; пациентов наркологических стационаров, имеющих диагноз зависимости от ПАВ и пациентов на этапе реабилитации, имеющих успешный опыт участия в психотерапевтических мероприятиях.

Итак, в качестве содержательных факторов мотивационной сферы мы рассматривали ценностные ориентации личности [14]. Исследователи в области психологии зависимости указывают на то, что у большинства потребителей ПАВ преобладает гедонистически ориентированная система ценностей [7;22].

В наших исследованиях ценностных ориентаций подростков [2] было показано, что иерархии терминальных ценностей молодых людей, имеющих опыт употребления ПАВ, и не пробовавших подобные вещества, похожи. Приоритетными ценностями во всех группах являются

любовь, дружба, счастливая семейная жизнь, здоровье, материальная обеспеченность и интересная работа. Но у подростков, не употреблявшие наркотические вещества, достоверно более значимые позиции в иерархии занимают ценности как познание, развитие, творчество. Большая значимость этих ценностей указывает на большее развитие мотивации достижения у подростков, предпочитающих более здоровый образ жизни.

Изучение иерархии терминальных ценностных ориентаций взрослых пациентов с зависимостью от ПАВ и здоровых людей [2;5;6] не имеют существенных различий и также, как и у подростков разных групп. Но у зависимых от ПАВ имеется больший, по сравнению со здоровыми, разрыв между «реальной» и «идеальной» иерархиями ценностей, что может быть источником внутриличностного конфликта и снижать мотивацию достижения субъекта.

При сравнении ценностных иерархий зависимых от ПАВ пациентов на ранних этапах лечения с теми, кто имел опыт успешной психотерапии и реабилитации, можно видеть сдвиг в приоритетную область ценностей познания и активной деятельности, а также уменьшение значимости дружбы, семейного счастья и развлечений, что свидетельствует о большей ориентированности на личностную автономию (в противовес аффилиативной мотивации), и усиление мотивации достижения.

Что касается инструментальных ценностей, то наибольшие различия наблюдаются по ценностям «эффективность в делах» и «исполнительность». Хотя эти ценности не попали в приоритетные в обеих группах, в группе пациентов, получавших психотерапевтическую помощь, они занимают более высокие места в ценностной иерархии. Таким образом, иерархические структуры инструментальных ценностей в группах сравнения в целом согласуются с направленностью терминальных ценностей. Пациенты, преодолевающие зависимость в процессе реабилитации, больше ориентированы на конструктивное взаимодействие и результативную деятельность, а пациенты, не имеющие опыта психотерапевтического вмешательства, больше ориентированы на комфортное межличностное взаимодействие и на самих себя.

Таким образом, содержательное изучение ценностей показало значимость для развития зависимости от ПАВ пассивной, гедонистически ориентированной жизненной позиции как проявления низкой мотивации достижения, которую мы понимаем как стремление субъекта прилагать усилия и добиваться лучших результатов в области, которую он считает важной или значимой.

Мотивация достижения определяется тенденцией увеличивать или сохранять максимально высокими способности человека к видам деятельности, ориентированным на определенный результат, и

выполнение подобной деятельности может, следовательно, привести или к успеху, или к неудаче.

Для мотивации достижения характерен постоянный пересмотр целей, т.к цепь действий может прерываться на значительные периоды времени. В связи с этим, еще одной характеристикой мотивации достижения является постоянное возвращение к чему-то прежде оставленному, возобновление основной направленности действий. Так, создаются сложные и долгое время существующие структуры из основной, побочной и входящей в их состав деятельности, которые ведут посредством достижения серии «субцелей» к главной, пусть даже очень отдаленной. Планирование становится необходимым для достижения упорядоченной последовательности и функциональной организации цепи действий [21].

В связи с этим, мы сочли возможным рассматривать мотивацию достижения как динамический мотивационный фактор зависимости от ПАВ.

Исследования показывают [2,5,6], что у лиц, зависимых от ПАВ, обнаруживается тенденция к снижению мотивации успеха, как направленности личности, по сравнению с контрольной группой здоровых. Снижение мотивации успеха также наблюдалось среди подростков и молодых людей с эпизодическим употреблением ПАВ. При этом у пациентов в успешном реабилитационном процессе характеристики мотивации достижения изменяются в позитивную сторону, т.е. усиливается мотивация достижения успеха и снижаются показатели мотивации избегания неудач.

В качестве динамического показателя мотивации может быть рассмотрен также феномен осмысленности жизни. Этот психологический конструкт представляет собой переживание индивидуумом насыщенности и значимости жизни, компонентами которого являются временная перспектива жизненного процесса, его эмоциональная насыщенность, ответственности Я за происходящие события и ощущение управляемости жизни [15]. Исследования показывают [2;4], что болезненный процесс как правило снижает ощущение полноты жизни, в том числе при зависимостях от ПАВ. Сниженные показатели осмысленности жизни также наблюдаются при эпизодическом употреблении ПАВ. Обычно восприятие жизни при таких показателях характеризуется стремлением довольствоваться текущей ситуацией, нежеланием планировать свою жизнь, ставить перспективные цели и в отсутствии ощущения выбора в своей жизни и ее управляемости.

В то же время в результате эффективных психотерапевтических вмешательств у зависимых от ПАВ происходит повышение показателей осмысленности жизни. При этом усиливается восприятие жизни как

эмоционально насыщенной, наполненной смыслом и мотивирующей к достижениям.

Таким образом, мотивацию достижения и осмысленность жизни можно рассматривать как определенный динамический показатель мотивационной сферы личности или мотивационный потенциал личности. Низкие показатели данных компонентов мотивации могут быть индикаторами риска формирования зависимости от ПАВ, а высокие показатели могут выступать как факторы защиты. Динамические изменения этих показателей могут указывать на состояние процесса формирования зависимости или ее преодоления в результате психологических вмешательств.

Предлагаем также рассмотреть психологические феномены, которые можно отнести к мотивационным факторам более низкого уровня мотивационной сферы личности.

На этом уровне прежде всего следует рассмотреть склонность к риску как поиск острых ощущений.

Изучение лиц с аддиктивным поведением и пациентов с зависимостью от ПАВ показали значимость для них потребности в острых ощущениях [1;2;9; 27;29;30;31]. У них наблюдается поиск ощущений («sensation seeking») в различных асоциальных формах, в том числе им свойственны социальная расторможенность, поиск новых впечатлений, нетерпимость к скуке. Также у лиц с различными формами зависимости от ПАВ высокие показатели «поиска ощущений» сочетаются с дефицитом волевой и эмоциональной регуляции, снижением показателей мотивации достижение и общей осмысленности жизни. Это создает препятствия для удовлетворения потребности в острых переживаниях в социализированных формах в виде профессиональной или иной структурированной и целенаправленной деятельности и приводит к удовлетворению ее с помощью приема ПАВ. Импульсивность проявления этого вида мотивации и игнорирование опасности позволяет также рассматривать поиск ощущений как фактор формирования рискованного поведения в отношении таких социально значимых заболеваний как зависимость от ПАВ и сочетанные с ней парентеральные инфекции (ВИЧ и ВГС).

В то же есть данные о том, что в процессе эффективных психологических вмешательств у пациентов с зависимостью от ПАВ снижаются показатели выраженности поиска ощущений при увеличении показателей мотивации достижения и осмысленности жизни [2].

В противоположность импульсивной потребности в острых ощущениях можно рассмотреть понятие «*принятие риска*» (challenge), как компонент жизнестойкости [17]. Принятие риска в контексте жизнестойкости представляет собой готовность действовать в отсутствие

надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, но при этом в основе принятия риска лежит активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование. Эта форма риска контролируется индивидуумом на сознательном уровне с учетом имеющегося опыта и знаний.

Изучение динамики компонентов жизнестойкости в процессе коррекционного тренинга с подростками с аддиктивным поведением показало, что показатели «принятия риска» у участников тренинга значительно изменились в большую сторону. Можно предположить, что формирование этой формы поведения в ситуации риска может выступать индикатором эффективности психологических вмешательств при зависимости от ПАВ [3].

Подводя итоги, можно отметить, что уровневое рассмотрение мотивационной сферы позволяет определить приоритетные направления профилактической и лечебно-реабилитационной деятельности в отношении зависимости от ПАВ. Стратегической задачей этих видов деятельности должно быть формирование ценностно-смыслового отношения к жизненным процессам и мотивации достижения, направленной на освоение социальных форм активности, при которой импульсивная и непосредственная потребность в острых ощущениях должна занять свое подчиненное место в иерархии потребностей, преобразовавшись в формы сознательного и контролируемого принятия риска. Склонность к поиску ощущений, принятие риска, мотивацию достижений и иерархию ценностных ориентаций можно рассматривать также как индивидуальные психологические индикаторы динамики изменений отношения к ПАВ и проблемного поведения в результате психологических вмешательств.

Литература

1. Бузина Т.С. Склонность к риску как фактор проблемного поведения в отношении здоровья. // Руководство по психологии здоровья. Под редакцией А. Ш. Тхостова, Е. И. Рассказовой; Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова. Москва, 2019. С. 294-322.
2. Бузина Т.С. Психологическая профилактика наркотической зависимости. Москва, 2015.
3. Бузина Т.С., Колпаков Я.В., Волчкова Ю.В. Динамика жизнестойкости старших подростков в программе профилактики употребления алкоголя // Вопросы наркологии. 2018. № 6 (166). С. 44-45.
4. Бузина Т.С. Подосинова Т.В. Многоуровневое исследование внутренней картины болезни (ВКБ) больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложненным вирусным гепатитом С // Вопросы наркологии. 2010. № 5. С. 76-83.
5. Бузина Т.С., Шаталов П.Н. Мотивация достижения в реабилитационном процессе при лечении зависимости от психоактивных веществ // в сборнике: школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности. материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием,

- посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. 2017. С. 269-271.
6. Бузина Т.С., Шаталов П.Н. Специфика ценностно-смысловой сферы наркозависимых // Психология и психотехника. 2011. № 7. С. 33–45.
 7. Васильева Ю.А. Особенности смысловой сферы личности при нарушениях социальной регуляции поведения // Психологический журнал. 1997. № 2. С. 58-75.
 8. Вилюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. М.: Изд-во Московского университета, 1990.
 9. Гульдан В.В., Корсун А.М. Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам // Вопросы наркологии. 1990. № 2. С. 40–44. URL: <http://www.medicus.ru/narcology/specialist/poisk-vpechatlenij-kak-faktor-pri-obshcheniya-podrostkov-k-narkotikam-22578.phtml>.
 10. Должанская Н.А., Бузина Т.С., Клименко Т.В. ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, COVID-19 и проблемы их профилактики в наркологии // Вопросы наркологии. 2020. № 5 (188). С. 5-20.
 11. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2018-2019 годах: Аналитический обзор. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020.
 12. Кулыгина М.А. Нововведения МКБ-11: этапы пересмотра и значение для клинической практики.
 13. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1972.
 14. Леонтьев Д.А. Методика изучения ценностных ориентации. — М.: "СМЫСЛ", 1992.
 15. Леонтьев Д.А. Тест смысловых ориентаций (СЖО). М.: Смысл, 2006.
 16. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2003.
 17. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. — М.: Смысл, 2006 .
 18. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — СПб.: Оверлайд, 1994.
 19. Сирота Н.А., В.М. Ялтонский. Мотивационная работа с лицами, употребляющими наркотики и зависимыми от них // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М.: Медицинское информационное агентство, 2008. С. 369-406.
 20. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.
 21. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. СПб.: М.: Смысл, 2003.
 22. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А. Я. Гриненко. — СПб: Лань, 2000.
 23. Gossop M., Stewart D., Browne N., Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses // Addiction. 2002. Vol. 97. P. 1259–1267.
 24. Jessor R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action // Journal of adolescent Health. 1991. Vol. 12. № 8. P. 597-605.

25. Miller W.R. Motivation enhancement therapy: description of counseling approach. Approaches to drug abuse counseling // NIDA. 2000. P. 99–106.
26. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change. New York: Guilford, 1991, 2002.
27. Roberti J.W. A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking / Journal of Research in Personality 38 (2004) 256–279.
28. Sklar S.M., Turner N.E. A brief for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users // Addiction. 1999. Vol. 94. № 5. P. 723–729.
29. Zuckerman M. Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal. Erlbaum. Hillsdale. N.Y., 1975.
30. Zuckerman M. Sensation Seeking the endogenous deficit theory of drug abuse // National Institute on Drug Abuse: Research Monography Series. 1986. Mono 74. P. 59–70.
31. Zuckerman M. Sensation Seeking and risk-taking: cognition and biology // 2nd European congress of psychology. Budapest. 8–12 July 1991. Abstracts, V. 1. Budapest, 1991. P. 20.

Горячева Т.Г., Седова Е.О.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОИЗВОЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ В РАМКАХ СЕНСОМОТОРНОЙ КОРРЕКЦИИ

Аннотация. В статье раскрываются особенности методики сенсомоторной коррекции, позволяющей через определенным образом организованное воздействие на сенсорную и моторную сферы ребенка сформировать навыки произвольной саморегуляции. Особое внимание уделяется описанию схемы совместной деятельности ребенка и специалиста. Подчеркиваются преимущества групповой работы, создающей оптимальную обстановку для детей, нуждающихся в освоении навыков саморегуляции поведения, а также в выстраивании социальных контактов.

Ключевые слова: сенсомоторная коррекция, саморегуляция, психический дизонтогенез.

На резкое повышение числа детей с перинатальным поражением ЦНС в современной детской популяции указывают многие исследователи. А.В.Семенович [13, стр. 32] подчеркивает, что если до 1991 года основным дизонтогенетическим механизмом, определяющим девиации развития, было запаздывание функционального созревания височных и лобных структур левого полушария, как наиболее поздно формирующихся, то в нынешней ситуации вне зависимости от наличия или отсутствия у ребенка диагноза у более 70% детей на первый план выступает дисфункциональное состояние подкорково-стволовых структур, созревающих в более раннем периоде. Ж.М.Глоzman [6, стр. 147] указывает, что «превалирование несформированности подкорковых

структур при большей сформированности коры у детей семи-восьми лет с проблемами обучения в начальной школе может рассматриваться как некоторое искажение в структуре ВПФ современных школьников».

Н.Н.Полонская [12], а также М.С.Ковязина и Е.Ю.Балашова [10] указывают, что школьная неуспеваемость (с позиций нейропсихологического подхода) связана прежде всего с дефицитом произвольной регуляции и динамической организации психической деятельности. Среди главных причин, вызывающих трудности обучения, выделяемых Н. М. Пылаевой [цит. по 1], на первом месте стоят сниженная работоспособность и колебания внимания, обеспечиваемые I блоком мозга (в нашем исследовании характеризуемые показателем непроизвольной саморегуляции), и недостаточное развитие функций программирования и контроля, обеспечиваемых III блоком мозга, (определяемое показателем произвольной саморегуляции).

Закладка регуляторных систем начинается во внутриутробный период. В этот момент данные системы наиболее зависимы от биологических факторов: проблемная экологическая обстановка в регионе; высокий уровень стресса, который будущие матери испытывают особенно в конце беременности, неоправданное применение вспомогательных средств во время родов, а также абдоминального родоразрешения, приводят к нарушениям функционирования стволовых и субкортикальных систем, которые находятся в сензитивном периоде и, следовательно, наиболее подвержены влиянию таких вредных факторов, как родовые травмы, внутриутробная гипоксия и гипотрофия, интоксикации и пр. Дальнейшее развитие индивидуальной системы саморегуляции может происходить как стихийно, так и направленно. Стихийное формирование навыков саморегуляции часто приводит к преобладанию пассивных способов, возникающих шаблонно, без личного участия и отражающих зависимость от внешних обстоятельств, над активными, применение которых требует от личности значительных усилий.

Формирование произвольной саморегуляции связано с созреванием лобных долей головного мозга. К 7-8 годам имеются предпосылки для эффективного функционирования лобных долей в рамках возрастного статуса. В 9-10 лет, когда фронтальные зоны коры активно включаются в деятельность, можно говорить о начале истинной произвольности. В 11-12 лет данные структуры являются достаточно зрелыми, хотя их окончательное созревание может длиться до 15 лет.

Работы А.Н. Бернштейна связывают исследование в области физиологии и психологии двигательной сферы [2]. А.Н. Бернштейн предложил уровневую теорию организации движений, согласно которой движения человека не появляются одномоментно, а имеют свою историю развития в филогенезе и онтогенезе. Каждое движение

направлено на решение каких-либо задач. Весь этот процесс происходит на различных уровнях, которые имеют свою иерархию, и характеризуется морфологической локализацией, ведущей афферентацией, специфическими свойствами движений. Современные исследования показывают, что отсутствие должной двигательной активности приводит к нарушениям в познавательной сфере: детям сложно воспринимать категориальные различия, синтезировать и анализировать информацию. В результате чего даже у нормально развивающегося ребенка начинает снижаться академическая успеваемость [11].

В теоретическую основу метода сенсомоторной коррекции заложено положение о том, что воздействие на базовый сенсомоторный уровень развития вызывает активизацию в развитии всех ВПФ. Это согласуется с теорией А.Р. Лурии о трех функциональных блоках мозга. Данный метод направлен в первую очередь, не на коррекцию моторики, а на нормализацию работы первого энергетического блока мозга через движение, т.к. это единственная функция, которая имеет представительство, практически во всех трех блоках [9].

Таким образом, не только создается некоторый потенциал для будущей коррекционной работы, но и активизируется, восстанавливается и «простраивается» взаимодействие между различными уровнями и аспектами психической деятельности.

На каждом этапе развития сенсомоторная сфера будет проявляться на новом уровне и каждый раз «решать» новые интегративные задачи. Поэтому цель сенсомоторной коррекции состоит не просто в формировании сенсомоторного базиса высших психических функций, а и в интеграции разных уровней развития психических функций и, как следствие, в обеспечении более высокой степени саморегуляции психики при решении актуальных задач в жизни человека.

Основной принцип метода сенсомоторной коррекции – оптимизация хода психического онтогенеза через определенным образом организованное воздействие на сенсорную и моторную сферы ребенка. Особый акцент делается на работу с первым блоком мозга (дыхательные и глазодвигательные упражнения, а также направленные на нормализацию активационных процессов, снятие тонических нарушений, повышение работоспособности). Также включаются методы, направленные на улучшение произвольного контроля – упражнения для развития динамического праксиса, игры с правилами, в т.ч. стоп-игры и др. Вводится специальная форма внешнего контроля, которая позволяет ребенку не только выполнять нужную последовательность действий, но и самому участвовать в регуляции своей деятельности – контроль не вместо ребенка, а вместе с ребенком. Сенсомоторная коррекция является

эффективным средством преодоления и профилактики проявлений дизонтогенеза, возникающих в результате функциональной недостаточности субкортикальных структур головного мозга ребенка.

Данные коррекционные программы используются в работе как с детьми, имеющими различные нарушения психического онтогенеза (ЗПР, РДА, СДВГ и пр.), так и с нормально развивающимися детьми, имеющими отдельные проблемы в сфере саморегуляции.

Выработку навыков произвольной саморегуляции обеспечивают следующие особенности занятий.

1. В процессе освоения упражнений вводится контроль выполнения тех движений, которые обычно протекают на неосознаваемом уровне: дыхательные движения, различные виды ползания и др.

2. На занятиях ребенок осваивает навыки саморегуляции своего психического состояния – элементы самомассажа и релаксации.

3. В течение всего коррекционного курса ребенок выполняет дома предложенные ему упражнения, а также получает другие домашние задания.

4. В качестве дополнительного элемента занятий вводятся игры, способствующие развитию произвольной саморегуляции: игры на внимание, игры с правилами, решение задач на конструирование, развивающие навыки планирования и самоконтроля.

5. В течение курса занятий детям и их родителям предлагаются домашние задания, так же способствующие развитию навыков планирования и самоконтроля: вначале дети учились планировать свое внешкольное время – распределять время на занятия и отдых, определять очередность выполнения домашних заданий и следить за соблюдением составленного графика – совместно со взрослыми, затем отдельные элементы планирования и контроля ребенок начинает выполнять сам, впоследствии привыкая делать это самостоятельно.

Вводится система поощрений и наказаний, являющаяся важным фактором управления деятельностью ребенка. Правильное выполнение инструкций детьми регулируется с помощью поощрений. Примером может служить наклеивание стикеров в блокнотик с обозначенными датами занятий. Наказанием могло послужить получение штрафных очков в течение занятия, и, как результат, лишение приза-наклейки и дополнительных двигательных упражнений в конце, что является особенно значимым в условиях группы.

Формирование саморегуляции представляет собой четкую технологичную программу комплекса сенсомоторных занятий для детей с неравномерностью развития ВПФ, имеющих трудности в поведении. Взаимодействие происходит с учетом закономерностей процесса интериоризации, используемом во всей

нейропсихологической коррекции. Предварительно, на диагностике выделяется структура работы функциональных систем ребенка и в дальнейшем реализуется созданная коррекционная программа при обязательном эмоциональном вовлечении ребенка в процесс взаимодействия. Согласно учению Выготского Л.С. [4] и Гальперина П.Я. [5] происходит первоначальное взаимодействие ребенка со специалистом. Специалист в начальной стадии работы берет на себя регулирующую функцию, а затем постепенно происходит передача ребенку контроля за движением и деятельностью. Предлагаемые задания даются ребенку от самых простых двигательных упражнений, постепенно усложняясь. Первоначально психолог предлагает задание, помогает его выполнять и контролирует выполнение. Помощь со стороны специалиста усиливается или уменьшается в зависимости от успехов ребенка. Адекватные по сложности двигательные задачи, предъявляются ребенку строго последовательно. Оптимальная помощь со стороны специалиста и контроль за выполнением, которые постепенно уменьшаются, являются необходимыми условиями данной модели коррекционной работы. Как и в других методиках нейрокоррекции [2] предлагается строгая схема совместной деятельности ребенка со специалистом, которая включает следующие этапы: 1. совместное выполнение задания по речевой инструкции психолога (на этом этапе контроль за выполнением обеспечивает специалист); 2. выполнение задания по программе, когда программирование и контроль разделяются между взрослым и ребенком: специалист организует последовательное выполнение программы и частично контролирует его); 3. совместное выполнение с переходом к более свернутым формам выполнения (при выполнении этого этапа сокращается роль психолога в реализации программы и контроле);

4. самостоятельное выполнение задания по интериоризованной программе с опорой на вспомогательный материал при возникших затруднениях (ребенок самостоятельно выполняет и контролирует свои действия, психолог фиксирует обращение ребенка к вспомогательному материалу при трудностях, и при необходимости напоминает об этом); 5. полностью самостоятельное выполнение задания по внутренней программе и возможность переноса на новые двигательные программы (возможности переноса пока контролируются специалистом).

Важным фактором коррекции является организация домашних занятий. Дети должны ежедневно выполнять предложенный им комплекс упражнений. С одной стороны, это важно для достижения основного эффекта коррекции – нормализации мозговой деятельности, что оказывает влияние на произвольную саморегуляцию, с другой –

регулярность занятий способствует развитию произвольной саморегуляции. Необходимо отметить, что в организации домашних занятий, особенно в самом начале, ведущая роль отводится взрослым (родителям или тем, кто проводит с ребенком основную часть времени – няне, бабушке и др.). Для того чтобы познакомиться с комплексом упражнений каждого этапа, родители приглашаются на каждое занятие, на котором вводятся новые упражнения. Постепенно контроль за ежедневным выполнением всего комплекса, а также правильным выполнением отдельных упражнений должен постепенно переходить к ребенку, способствуя выработке навыков самоконтроля.

Особо нужно отметить эффективность групповой работы при формировании саморегуляции [6,7]. Групповая работа создает оптимальную обстановку для детей, нуждающихся в освоении навыков саморегуляции поведения и социальных контактов. Кроме того, некоторые приемы коррекционной работы оказываются особенно эффективными в условиях группы, где ребенок может сравнить свое выполнение задания и упражнений с другими участниками, где можно показать удачные и неудачные способы поведенческих паттернов, ввести игровые и соревновательные элементы. В группах детей любого возраста действуют механизмы подражания, и то, как упражнения выполняются отдельным ребенком, имеет существенное значение для других детей, работающих в группе. В группе ребенок может осознать, как он взаимодействует с другими детьми, получить от них «обратную связь», опробовать новые формы усвоения знаний и моделей поведения. Очевидно, что каждый ребенок нуждается в связи с другими детьми, чтобы убедиться, что и другие дети испытывают сходные чувства и сталкиваются со сходными проблемами в поведении. Можно сказать, что у работы в группе имеется целый комплекс преимуществ: например, повышение самооценки, уверенности в себе, преодоление трудностей в общении. Максимальный эффект от коррекционной работы по становлению процессов саморегуляции достигается спустя 6-7 месяцев после окончания нейропсихологического коррекционного воздействия. Диагностика, проведенная в этот период, показывает стабильность достигнутых результатов в отдаленные сроки после завершения коррекции.

Таким образом, сенсомоторная коррекция является эффективным средством при работе с нарушениями формирования саморегуляции у детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза. Метод сенсомоторной коррекции позволяет улучшить функционирования уровня непроизвольной саморегуляции, а также способствует развитию саморегуляции произвольной. При использовании данного метода в работе с нарушениями саморегуляции целесообразно

включать дополнительные упражнения, направленные на развитие навыков планирования и самоконтроля.

Более эффективной коррекционная работа становится при участии в коррекционном процессе родителей ребенка. В случае выявления в семье нерешенных воспитательных проблем, целесообразно параллельно с занятиями ребенка по методу сенсомоторной коррекции работать с родителями, помогая разрешить имеющиеся конфликты, что повысит эффективность коррекции.

Литература

1. Ахутина, Т. В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. [Текст] / Т.В.Ахутина, Н.М.Пылаева. – СПб.: Питер, 2008. – 320 с.
2. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Методология нейропсихологического сопровождения детей с неравномерностью развития психических функций. / Т.В.Ахутина, Ж.М.Глоzman (ред.)А.Р.Лурия и психология XXI века (доклады 2 международной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения А.Р.Лурия) – М.: изд. «Смысл», М, 2003, с.181-189.
3. Бернштейн Н.А. О ловкости и ее развитии. М., Физкультура и спорт, 1991.
4. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 томах. Тт.4,5 – М. Педагогика,1984.
5. Гальперин П.Я. Развитие исследований по формированию умственных действий / Психологическая наука в СССР. Т.1.-.:изд-во АПН РСФСР, 1959,с.441-469.
6. Глоzman, Ж.М. Нейропсихология детского возраста [Текст] / Ж.М.Глоzman. – М.: Изд. «Академия», 2009. – 272 с.
7. Горячева Т.Г. Программа групповой работы с детьми при проведении сенсомоторной коррекции.// Ж-л «Психолог в детском саду», М., 2006,№3, с37-51.
8. Горячева Т.Г. Применение сенсомоторной коррекции при работе с детьми-дошкольниками, имеющими отклонение в развитии. Ж-л Медицинские науки,2007, №3, с.76-78.
9. Горячева Т.Г., Султанова А.С. К теоретическому обоснованию сенсомоторной коррекции при дизонтогенезе и различных патологических состояниях у детей// Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии к 90-летию Ю.Ф.ПоляковаМ., 2018, с.177-190.
10. Ковязина, М.С. Пространственные представления и межполушарное взаимодействие у младших школьников [Текст] / М.С. Ковязина, Е.Ю.Балашова // Вопросы психологии. – 2009. – № 5. – С. 40-53.
11. Мамина, Т.М. Формирование сенсомоторной интеграции на основе познавательно-исследовательской активности // Петербургский психологический журнал, №30, 2020.
12. Полонская, Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста [Текст] / Н.Н.Полонская. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 192 с.
13. Семенович, А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста [Текст] / А.В.Семенович. – М.: Изд. «Генезис», 2005. – 319 с.

Лиманкин О.В., Ханько А.В., Исаева Е.Р.
ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ
БОЛЬНЫХ

Аннотация. В работе представлены современные взгляды на проблему реабилитации психически больных. Рассмотрены подходы к психосоциальной работе, принципы её построения, формы и методы реинтеграции пациентов с психическими расстройствами в общество. Описаны модели взаимодействия участников полипрофессиональной бригады, роль и место психотерапии в реабилитационном процессе. Представленные данные могут быть использованы для обучения специалистов в области охраны психического здоровья, а также в практической деятельности врачей и медицинских психологов, оказывающих психиатрическую помощь.

Ключевые слова: реабилитация, психические расстройства, психосоциальная работа, мультидисциплинарная бригада.

Введение

Понятие «реабилитация» происходит от латинских слов «re-» – восстановление и «habilis» – способность. Наиболее полное определение понятия «реабилитация» было дано на IX Советании министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран (Прага, 1967), в резолюции которого говорится о реабилитации как о системе различных мероприятий (государственных, экономических, медицинских, психологических, социальных и других), направленных не только на оптимальное приспособление больного (инвалида) к жизни и труду, но и на предупреждение того или иного дефекта (инвалидности).

В последние два десятилетия реабилитация пациентов с психическими расстройствами, или психосоциальная реабилитация, является одним из наиболее динамично развивающихся направлений психиатрии. Психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация играют важную роль в профилактике повторных обострений заболеваний, позволяют предотвратить или уменьшить частоту госпитализаций [52] и способствуют реинтеграции пациентов в общество.

Современные определения и принципы психосоциальной работы в психиатрии. В отечественной психиатрии наибольшее развитие идеи психосоциальной реабилитации получили в трудах М.М. Кабанова и его последователей, которые определили суть реабилитации психически больных – в их ресоциализации, восстановлении/сохранении индивидуальной и общественной ценности, личного и социального статуса.

М.М. Кабановым были разработаны принципы реабилитации: 1) единство биологических и психосоциальных методов воздействия; 2) разносторонность усилий и воздействий в различных сферах реабилитации; 3) партнерство врача и пациента (апелляция к личности); 4) ступенчатость (постепенность) в осуществлении реабилитационных мероприятий [22,24]. Также автором были определены этапы реабилитации: I этап - восстановительное лечение (в стационаре); II этап – реадaptация (в амбулаторном психиатрическом звене); III этап – собственно реабилитация (в сообществе). Были выделены формы реабилитации, адресованные больным с различными стадиями течения заболевания и выраженности психопатологических и дефицитарных расстройств: ранняя реабилитация (пациентов с начальными проявлениями болезни); последовательная реабилитация (больных с текущим заболеванием); поздняя реабилитация (больных с выраженными дефицитарными проявлениями вне фазы обострения психоза, с порочными формами адаптации к среде).

Современное определение психосоциальной работы (лечения и реабилитации), её этапов дали И.Я. Гурович и А.Б. Шмуклер (2002). Психосоциальную работу они определяют как восстановление нарушенных (или формирование в случае изначальной недостаточности) когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности (включая навыки, знания, умение взаимодействовать, решать проблемы и пр.) у психически больных, которые обеспечивают интеграцию в общество [13]. С этой целью используется комплекс психосоциальных воздействий, направленных на восстановление потенциала самого пациента для достижения им более полного или равного с другими положения в обществе. Психосоциальная работа, по мнению авторов, включает три этапа:

1. Активные психосоциальные воздействия (психосоциальная терапия), направленные на восстановление у больных когнитивных, эмоциональных, мотивационных ресурсов (проводится в стационарных условиях).

2. Практическое восстановление прежних или освоение новых для пациента ролевых функций и социальных позиций (происходит в звеньях – промежуточных между психиатрическим учреждением и обществом).

3. Закрепление и поддержка неполного или полного социального восстановления.

И.Я. Гурович (2007) подчеркивает, что в настоящее время стимулирование реабилитационной активности сдвигается к начальным этапам заболевания [10].

Как указывают В. Энтони и соавт. (2001), во взглядах большинства

специалистов сформировался консенсус относительно целей психосоциальной реабилитации: она помогает лицам с длительно протекающими психическими заболеваниями улучшить состояние и добиться успеха при минимальном содействии профессионалов [49]. R. Barton (1999) определяет психосоциальную реабилитацию как взаимосвязанные в единое целое психосоциальные интервенции, направленные на усиление активности пациентов, их восстановление и достижение комплаентности: выработка социальных навыков, взаимная поддержка, подготовка к трудовой занятости, развитие источников помощи для лиц с тяжелыми и продолжительными психиатрическими ограничениями [53]. Основной адресной группой психосоциальной реабилитации являются инвалиды вследствие психических заболеваний, в составе которых могут выделяться отдельные подгруппы – молодые пациенты; пожилые; бездомные; инвалидизированные вследствие коморбидных психических и соматических заболеваний; инвалиды с детства; лица, злоупотребляющие психоактивными веществами.

Современные подходы к реабилитации психически больных. В настоящее время подходы к лечению и реабилитации психически больных в разных странах имеют много общего. Доминирующей является биопсихосоциальная парадигма, которая объединяет биологические, психологические и социальные факторы при соответствующем внимании к каждой категории. Целостную философию психосоциальной реабилитации формируют две ключевых стратегии: первая, пациент-центрированная [60], направлена на восстановление у пациентов эмоциональных, интеллектуальных и социальных навыков, утраченных в результате болезни и необходимых для жизни, учебы и работы в обществе [14]; вторая стратегия направлена на адаптацию среды и развитие внешних ресурсов. Большинство лиц, страдающих хроническими психическими заболеваниями, нуждаются в комбинации обеих стратегий [51].

Практика развития реабилитационного направления в разных странах позволила выработать общие принципы организации психосоциальной работы [13,17,66]:

1. Процесс реабилитации может быть начат на любом этапе оказания психиатрической помощи, но чем раньше начинаются психосоциальные мероприятия по отношению к началу заболевания, тем скорее можно рассчитывать на более благоприятный исход.

2. Необходимо формулировать цель каждого вмешательства и определить временной период, в течение которого указанную цель предполагается достигнуть. Психосоциальное вмешательство должно

быть дифференцированным, вместе с тем персонифицированным и определенным по времени.

3. Выбор форм вмешательств для конкретного больного происходит с учетом особенностей его психосоциального дефицита (социальной дезадаптации). В связи с этим каждое психиатрическое или реабилитационное учреждение должно практиковать несколько реабилитационных программ, адресованных разным по проблемам группам пациентов.

4. Последовательность психосоциальных вмешательств должна строиться с учетом все большего приближения к обычным жизненным требованиям и достижения социальной состоятельности.

5. При завершении каждого этапа или всей программы необходимо поддерживающее психосоциальное воздействие (непрерывное или периодическое).

Мультидисциплинарное бригадное обслуживание и комплексный подход. Стержневыми принципами реабилитации психически больных, способствующими оптимальной организации психосоциальных вмешательств, являются мультидисциплинарный подход к формированию комплекса реабилитационных мероприятий и полипрофессиональное ведение пациентов, а также групповая работа.

Мультидисциплинарная бригада объединяет специалистов, которые работают как единая команда на основе совместно согласованных принципов и действий, объединены решением одной цели – восстановления оптимального уровня психического и социального функционирования пациента, что обеспечивает комплексный и целенаправленный подход в реализации задач реабилитации. Королевская Комиссия при службе национального здравоохранения Великобритании дала определение мультидисциплинарной бригаде как группы коллег, признающих общую причастность к делу оказания помощи и проведения лечения данному больному. Эффективность реабилитации во многом зависит от правильной координации и согласованности действий специалистов, участвующих в реабилитационной мультидисциплинарной бригаде. Бригада создает условия для обмена знаниями и навыками между специалистами, демонстрирует модель разнообразных и открытых отношений – как пациенту, так и членам бригады, способствует их личностному росту.

Состав бригад, как правило, определяется лечебно-реабилитационными задачами и включает, как минимум, врача-психиатра, медицинского психолога и социального работника (специалиста по социальной работе). По возможности и при необходимости решения специальных задач бригаду могут дополнить

врач-психотерапевт, специалист по трудовой терапии, медицинская сестра, культработник, специалист по лечебной физкультуре, социолог, педагог, юрист и даже священник [7,14,15,22]. В отечественной психиатрии утвердилось представление о том, что бригадное обслуживание должно осуществляться под руководством врача [23], однако его лидирующие функции должны быть скорее координирующими, а не властными. Такой подход сохранит автономию каждого специалиста-участника бригады и оптимальное выполнение им своих обязанностей [14].

По модели междисциплинарного (полипрофессионального) бригадного обслуживания работают психиатрические службы практически всех развитых стран. В «Европейской декларации по охране психического здоровья» постулируется необходимость планирования и внедрения специализированных служб, укомплектованных многопрофильными бригадами. Отдел психического здоровья ВОЗ указывает, что комплексность медицинской и социальной помощи требует сотрудничества и бригадной формы работы.

Таким образом, только в рамках мультидисциплинарной бригады специалистов (МДБ) возможна реализация помощи на основе биопсихосоциальной модели психического расстройства [3,5,15,35].

Комплексный биопсихосоциальный подход к реабилитации психически больных подразумевает включение клинико-психопатологических, социально-средовых и личностных показателей функционирования пациентов при постановке целей и задач реабилитации. Выбору реабилитационных стратегий предшествует всестороннее обследование больного, проводимое всеми специалистами мультидисциплинарной бригады, результатом которого является оценка психического статуса и уровня социального функционирования пациента в текущей ситуации. На основании полученных данных участниками МДБ определяется реабилитационный потенциал пациента (с учетом его сохранных и нарушенных функций) [1,21,26,43]. Затем бригада специалистов совместно с пациентом и его родственниками обсуждают цели, стратегии и формы осуществления реабилитационной программы, составляется индивидуальный план психосоциальной реабилитации, который включает различные виды психосоциальных мероприятий [31]. Специалисты, исследовавшие результативность бригадной модели психосоциальной реабилитации, подчеркивают, что такой подход позволяет уменьшить инвалидизацию пациентов, сроки госпитализаций и уровень регоспитализаций, число общественно опасных действий, совершаемых психически больными, а также повысить качество жизни

пациентов и создать возможности для их более успешной интеграции в общество [13].

Формы и методы психосоциальной работы

Групповая работа в той же мере, что и бригадный подход, является основополагающим принципом организации психосоциального лечения и реабилитации. Её смыслом является изменение отношений, установок и диапазона возможностей пациента; при этом предполагается стимуляция активности, формирование ответственности больного за своё социальное поведение, повышение его социальной компетентности. По мнению многих авторов, форматом психосоциальной работы, наиболее отвечающей задаче общения, является групповая работа, т.к. трудности эмоционального проявления больных (особенно больных шизофренией) легче преодолеть в рамках группы, нежели в диадическом контакте с пациентами [34,50].

В настоящее время психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии представлена различными формами и методами, целью которых является повышение микросоциальной активности пациента, восстановление ресурсов личности и максимальная интеграция пациента в общество – психообразование (психически больных и/или членов их семей), тренинги социальных и когнитивных навыков, социально-восстановительная работа, индивидуальная и групповая психотерапия, трудовая терапия и/или трудовая занятость, поддержка трудоустройства, терапия средой (милие-терапия), различные формы организации досуга, клубная работа, различные формы «жилья с поддержкой» [9,11,16,27,37,38,39,49].

Какой-либо исчерпывающей и общепринятой классификации психосоциальных вмешательств не существует. Одни являются скорее организационными модулями, другие – видами психосоциального лечения и психотерапии; некоторые можно определить как консультирование и просвещение.

Делая обзор наиболее широко используемых за рубежом форм психосоциальной терапии и реабилитации, И.Я. Гурович и соавт. (2012) ссылаются на последнюю версию Рекомендаций по психосоциальному лечению Группы исследования исходов при шизофрении (PORT) [12]. Она включает 7 основных и 5 новых методов, которые, по мнению исследователей, соответствуют критериям значимости для клинических рекомендаций:

1. Ассертивная помощь в сообществе (АСТ).
2. Поддерживаемое трудоустройство.
3. Тренинги навыков социального взаимодействия, независимого проживания, функционирования внутри общества.

4. Когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) – как в групповом, так и в индивидуальном формате.
5. Методы жетонной системы вознаграждения (позитивное подкрепление поведения).
6. Службы семьи (в т.ч. психообразование семей).
7. Психосоциальные вмешательства в отношении расстройств, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков.
8. Психосоциальные вмешательства при избыточном весе.
9. Когнитивное восстановление («когнитивная коррекция»).
10. Поддержка со стороны пациентов и службы с их участием.
11. Вмешательства, повышающие соблюдение режима терапии (комплаенс-терапия).
12. Психосоциальные методы при недавно начавшейся шизофрении.

В рекомендациях указывается, что перечисленные методы демонстрируют отсутствие согласованных подходов для классификации психосоциальных вмешательств, что не исключает того, что различные вмешательства могут использовать общие элементы в клинической практике.

Психообразование – это осуществляемая поэтапно система психотерапевтических воздействий, направленных на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучение их методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания. Его основные задачи: 1) восполнение имеющегося у пациента и членов его семьи информационного дефицита медицинских знаний; 2) снижение уровня стигматизации и самостигматизации пациента и членов его семьи; 3) обучение пациента и членов его семьи умению оперативно опознавать первые признаки обострения заболевания; 4) обучение больного навыкам совладания с болезнью; 5) коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациента; 6) уменьшение возможности рецидивирования болезни [30].

Психообразование является одним из важных подходов к обучению и психосоциальному лечению психически больных и значимой частью реабилитационных программ для больных шизофренией и их родственников. В настоящее время разработаны различные его модели. Психообразовательный процесс должен включать строго определенную последовательность ступеней: от формулировки и понимания проблемы, к тренингу навыков, и далее – к применению этих навыков в повседневной жизни. Эффектом программы должно быть удовлетворительное функционирование пациента, оснащенного средствами психологической самозащиты.

При проведении психообразования отчетливо формулируются две задачи, которые тесно связаны между собой. Это собственно «образование», когда пациент получает информацию о психическом заболевании, и обеспечение «психологической поддержки», когда группа для больных является терапевтической средой и постоянным источником поддержки, где в эмоционально безопасных условиях пациенты обучаются адекватным навыкам поведения, общения и совладания со сложными ситуациями. Методами, используемыми при проведении психообразования, являются: преподавание, консультирование, варианты коммуникативных тренингов, проблемно-ориентированные дискуссии в группах, техники модификации поведения. Обычно психообразование проводит врач-психиатр или психотерапевт, часто при содействии медицинского психолога, в ряде случаев – медсестра или социальный работник. Занятия проводятся в закрытых группах с фиксированной датой начала и окончания курса и ограниченным числом участников. Для оптимального функционирования группу составляют из пациентов, однородных по нозологии, но гетерогенных по социальным характеристикам [13,44].

Оценка эффективности психообразования проводится по его влиянию на социальную адаптацию, характеризующую уровень успешности пациента в основных сферах социального функционирования – производственной, межличностной, семейной, сексуальной и т.п. По мнению многих авторов, психообразование позволяет добиться положительной динамики в сфере производственных отношений, улучшения понимания членами семьи болезни и усиления их толерантности к больному, что способствует использованию имеющихся в семье индивидуальных навыков. Оно улучшает комплаентность больных и их родственников, что служит основой для соблюдения режима терапии и своевременного обращения к врачу, способствует установлению партнерских отношений с врачом, формированию ответственного поведения, стимулирует активную позицию пациента в преодолении заболевания и его последствий, способствует восстановлению нарушенных из-за болезни социальных контактов [33].

Тренинги социальных навыков рассматриваются в настоящее время как важнейшая часть программ реабилитации психически больных [12]. Данные тренинги направлены на повышение устойчивости уязвимых в психологическом отношении хронически психически больных к различным стрессовым воздействиям (требованиям общества, семейным конфликтам и др.), способствуют формированию навыков межличностного взаимодействия – беседы, дружбы, семейных отношений. Диапазон этих форм вмешательств варьирует от

восстановления навыков самостоятельного проживания (элементарные навыки гигиены и самообслуживания); через обучение более сложным навыкам повседневной жизни (ведение домашнего хозяйства, стирка, глажение, ремонт одежды, приготовление пищи, пользование транспортом, распределение бюджета, планирование деятельности в течение дня, проведение свободного времени); до преодоления дефицита социальных навыков, важных для успешного социального функционирования (улучшение общения, социально приемлемого поведения, обучение навыкам уверенного поведения и самоуправления). Весь широкий диапазон социальных навыков должен быть объектом структурированной поведенческой технологии поэтапного научения: сначала усвоение простых, затем все более сложных навыков, закрепление их путем многократных повторений [14].

В последние годы считается, что в основе нарушений социального функционирования при психических расстройствах лежат нарушения когнитивных функций [18,20,55,64]. Для коррекции когнитивных нарушений применяются когнитивный тренинг и когнитивная ремедиация. Основной задачей данных методов психосоциальной реабилитации является усиление произвольной регуляции внимания и памяти, улучшение дифференцированности, критичности и селективности мышления, повышение его гибкости, развитие способности к самонаблюдению и самоинструированию, а также обучение пациента с последующим использованием полученных когнитивных навыков в социальной сфере [18,59]. Отечественные авторы разрабатывают программы комплексных вмешательств, включающих также мотивацию пациента к участию в реабилитации и тренинг социальных навыков [45].

Занятия по тренировке социальных и когнитивных навыков обычно проводят в малых группах, используя моделирование соответствующих ситуаций, с применением ролевых игр и многократных повторений для закрепления эффективных форм поведения, положительным их подкреплением со стороны ведущего и других участников группы, последовательным выполнением домашних заданий. Проводить занятия может психотерапевт или медицинский психолог, а также специалист по социальной работе, обученный техникам поведенческой психотерапии и групповой работы. Результатом применения тренингов является улучшение познавательных функций пациента, активизация общения, улучшение взаимопонимания с ближайшим окружением, повышение самооценки и уверенности в том, что его активная деятельность может быть успешной. У хронически психически больных с длительными госпитализациями использование тренингов позволяет

выработать (или активизировать имевшиеся) социальные навыки, необходимые для самостоятельного проживания в сообществе после выписки из больницы.

Психотерапия используется практически во всех психосоциальных программах, включая различные виды индивидуальной и групповой работы, тренинги социальных навыков и психообразование [1]. Наиболее распространенными в реабилитации пациентов с психическими расстройствами являются методы когнитивно-поведенческой психотерапии, различные варианты арт-терапии, семейная психотерапия [46,65], а также развивающийся в последние годы относительно новый для отечественных специалистов метод комплаенс-терапии, базирующийся на когнитивно-поведенческой модели психотерапии и мотивационном интервьюировании [4].

Когнитивно-поведенческая терапия – широко распространённая комплексная форма психотерапии, исходящая из предположения, что психологические проблемы и нервно-психические расстройства вызваны нелогичными или нецелесообразными мыслями и убеждениями человека, а также дисфункциональными стереотипами его мышления [35]. При их изменении многие проблемы можно решить. Поведенческий подход, основанный на теории бихевиоризма, предполагает изменение поведения человека путём поощрения и подкрепления желаемых форм поведения и отсутствия подкрепления нежелательных форм.

Арт-терапия, соединяющая искусство с психотерапией, представлена разными направлениями и формами, подчас довольно противоречивыми [6]. Эффективность их использования зависит от условий проведения и контингента больных. Выделяют несколько вариантов групповой арт-терапии: студийная открытая группа, аналитическая (динамическая) закрытая группа, тематически ориентированная группа [29]. Ведущими студийных групп обычно выступают художники или лица, имеющие какие-либо профессиональные навыки. Соответственно, определенную роль играет элемент обучения навыкам рисования, лепки и т.п. Длительность занятий фактически не ограничена (от 15-20 минут до 6 часов) и определяется возможностями пациента провести то или иное время в студии, а не в больничной палате. Подобные группы проводятся во многих психиатрических учреждениях. Достоинством студийной открытой группы является то, что пациент получает опыт художественного творчества и улучшает свои коммуникативные навыки. И хотя главным фактором являясь художественная экспрессия, действуют и факторы психотерапевтических отношений, и вербальная обратная связь. По данным исследователей, результатом использования арт-терапии является снижение уровня

аутостигматизации, повышение самооценки, активизация общения, лучшая адаптация к имеющейся симптоматике, улучшение формирования навыков самостоятельного проживания, а также создание неформальной группы поддержки [29].

Аналитические и тематические арт-группы строятся на иных принципах. Они сочетают изобразительную деятельность и вербальную коммуникацию и фактически близки к другим формам групповой психотерапии. Их эффективность помимо отреагирования и креативности, связана с такими терапевтическими факторами как самораскрытие, конфронтация, осознание, межличностное научение и др. Ведущие — обычно подготовленные врачи-психотерапевты и/или психологи. Предъявляются значительно более жесткие требования к количественному составу группы, продолжительности занятий и всего курса.

При участии в *театральной терапии* больной, выбирая роль, нередко проецирует собственные болезненные переживания. Терапия позволяет изжить в себе эти ролевые шаблоны и дистанцироваться от них. В психиатрических больницах театральные студии организуются или в виде «домашнего театра», с постановкой форматных спектаклей, или театральных, драматических кружков, в которых пациенты занимаются сценическим чтением, пантомимой, танцами, постановкой этюдов [23].

Целью *семейной терапии* является привлечение родственников больного к сотрудничеству в лечении [58]. Она осуществляется с помощью психообразовательной техники (описанной выше) и поведенческой. Поведенческая семейная терапия включает структурированные директивные поведенческие техники — такие, как постановка целей, моделирование, повторение, подкрепление и домашние задания. Эффективны программы большой длительности с большим количеством сессий. Существует методика ведения мультисемейных групп и совместно групп для больных и их родственников [57]. Эффективность семейной терапии доказана в отношении снижения частоты обострений заболевания и регоспитализаций, сокращения сроков стационарного лечения, улучшения соблюдения режима медикаментозной терапии [14].

Трудовая терапия традиционно считается важнейшим элементом психосоциальной реабилитации психически больных, фактором, влияющим на показатели инвалидности, социальной адаптации и социального функционирования больных в сообществе [31,32]. Социально-экономические явления, начавшиеся в России в начале 1990-х годов, привели существовавшую в стране систему социально-трудовой реабилитации в состояние кризиса. В настоящее время в России отсутствует какая-либо научно обоснованная концепция

социально-трудовой реабилитации. Вопросы организации трудовой терапии мало отражаются в научной печати, редко используется сам термин «трудовая терапия».

Ряд новых предложений по совершенствованию трудовой терапии вызывает споры. Так, предлагается отказаться от трудотерапии в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ), ориентированных на экономические показатели, а перейти к «эрготерапии», которая осуществляется на основе выбора пациентом того занятия, которое может отвлечь его от болезни, пробудить «созидательное начало». Предлагается создавать кабинеты эрготерапии вместо ЛТМ на базе психиатрических учреждений, т.к. занятия различными видами трудовой деятельности (изготовление поделок, игрушек, кондитерских изделий, шитье одежды и т.п.) способствует появлению у больных чувства радости, сознания своего достоинства, уверенности в себе [36]. Ряд специалистов предлагают перейти к частичному бюджетному финансированию лечебно-трудовых предприятий, ссылаясь на опыт некоторых зарубежных стран [47].

Терапия средой (milieu therapy) – группа методов социотерапевтического воздействия, близко примыкающая к психотерапии, целью которых Б. Рихарц и М. Дворжак (2003) считают создание такой системы взаимоотношений в терапевтическом коллективе, в которой сотрудничеству между больным и персоналом придается первостепенное значение [42].

М.М. Кабанов определял терапевтическую среду как характер взаимоотношений, складывающихся в лечебном учреждении между больным и его непосредственным окружением, персоналом, другими больными, а также с семьей [25]. При этом важным является и «вещественное окружение» (уютный интерьер, комфорт, возможность пользоваться личной одеждой и бытовыми услугами), но главным, подчеркивает автор, является характер взаимоотношений. Организационной предпосылкой для создания терапевтической среды служит система дифференцированного наблюдения, включая режимы открытых дверей и частичной госпитализации, а затем уже организуются различные виды групповой терапии.

Создание терапевтической среды происходит в несколько этапов. На первом организуется психотерапевтическая работа с психически больными, расширяется контингент пациентов, которым оказывается психотерапевтическая помощь. На втором – при участии мультидисциплинарных бригад специалистов формируется терапевтическая среда, когда каждый сотрудник участвует в лечении и реабилитационной работе. Наиболее важными составляющими терапевтической среды являются партнерские отношения больных с

персоналом и творческая организация досуга (театр, музыкальные и танцевальные вечера, художественная самодеятельность, клубная деятельность, групповая лечебная физкультура и т.д.) [25,41,42].

Не бесспорным, но важным аспектом психосоциальных программ является участие в них представителей *церкви*. Клинико-психопатологическое изучение верующих душевнобольных (на примере шизофрении) показало благотворное влияние личной веры на отношение к болезни, в том числе при объективной тяжести заболевания [8]. Восприятие болезни в русле христианских представлений приносило большое облегчение, клинически это выражалось в более ответственном отношении пациентов к лечению в стационаре, смягчению поведенческих расстройств [8]. По мнению многих зарубежных специалистов, участие в работе мультидисциплинарной бригады священника определяется как профессиональная помощь, необходимая для удовлетворения духовных потребностей больных.

Еще одной формой психосоциальной реабилитации является резидентный уход за больными, предоставление им *жилья с супервизией и поддержкой*: отделения для длительного пребывания пациентов в психиатрических больницах; дома сестринского ухода; общежития; групповые дома с круглосуточным проживанием; дома индивидуального ухода; патронажные дома; квартиры в клубных домах; квартиры для индивидуального проживания [33,40,61]. Необходимость такого рода поддержки определяется важностью создания аккомодационных форм психиатрической помощи, промежуточных между стационарным содержанием и самостоятельным проживанием больных [49]. Такие программы предназначены для больных, которые по своему психическому состоянию могут быть выписаны из психиатрических стационаров, но не могут самостоятельно проживать в сообществе без соответствующей медицинской и социальной помощи из-за утраты навыков самостоятельного проживания и низкого уровня социального функционирования, потери социальных связей [56]. Однако в РФ система защищенного жилья для людей с психическими расстройствами не развита.

Распределение обязанностей в мультидисциплинарной бригаде

Целесообразным является распределение различных обязанностей между специалистами, участвующими в реабилитации психически больных. Так, если психообразовательные группы проводит врач-психиатр, то в качестве ко-терапевта (второго ведущего) может выступать медицинский психолог или специалист по социальной работе. В виде исключения вести психообразовательные группы может

медицинская сестра, но только после специальной подготовки и под контролем врача.

Такие формы психосоциальной работы, как группы социальной поддержки с элементами коммуникативного тренинга, тренинги социальных навыков осуществляют специалисты по социальной работе и/или медицинские психологи. Эти группы являются недирективными, центрированными на проблеме клиента, для их проведения необходима специальная профессиональная подготовка.

Социальные работники и/или младший медицинский персонал привлекаются к ведению и более директивных, четко структурированных, центрированных на руководителе групп, таких как тренинги навыков планирования дневной активности, тренинги взаимодействия пациентов с официальными лицами, финансовые и юридические тренинги, тренинги независимого проживания, использования (восстановления) бытовых навыков и т.п. Специалист по социальной работе организует и контролирует проведение подобных групп.

Таким образом, в каждом подразделении выделяется конкретное лицо (врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, социальный работник, медицинская сестра), отвечающее за ту или иную форму работы. При этом разнообразие специалистов и интервенций позволяет включить в процессы психосоциальной терапии и психотерапии фактически всех пациентов, независимо от их психического состояния.

Соотношение психосоциальной работы и психотерапии

В настоящее время специалисты разделяют лечение, задачей которого является редукция патологических проявлений, и реабилитацию, цель которой – развитие возможностей и сохранившегося потенциала пациента.

В. Энтони и соавт. (2001) замечают, что терапевтические и реабилитационные мероприятия должны проводиться непосредственно одно за другим или одновременно [49]. При этом фармакотерапию можно рассматривать как подготовку пациента к реабилитации [28,64].

Цель психосоциальной реабилитации – вернуть больного в социум, обеспечить конструктивную коммуникацию в своей микросоциальной среде и следование установленным правилам. Понятие психосоциального вмешательства значительно шире, чем понятие психотерапии (в плане медицинской модели) и включает в себя психологический, социальный (общественно ориентированный) и социальная психиатрия и т. п.) и организационный (бригада) компоненты.

В большинстве случаев реабилитационная работа сочетает в себе

разные психотерапевтические стратегии и тактики в зависимости от клинического состояния и индивидуальных особенностей пациента [26]. Целью психотерапии является помощь пациенту в разрешении индивидуальных, внутренних или ситуационных конфликтов, научении самоконтролю, укреплении и расширении системы компенсаторных механизмов личности. Первоначальной задачей является установление психотерапевтического контакта больного и медицинского работника, в результате которого улучшается комплаентность. На следующем этапе специальной задачей психотерапии (индивидуальной или групповой) является работа, направленная на осознание больным собственных личностных особенностей и психологических проблем, а также работа с выявленной проблематикой для гармонизации личности больного; коррекция нарушенных отношений, которые возникли до болезни или в её процессе. Важной является роль психотерапии в социальной активизации больного, вовлечении его в трудотерапию, устранении или смягчении негативных переживаний и нерациональных установок, препятствующих включению больного в производственный труд и социальную деятельность.

Таким образом, психотерапия сопровождает реабилитационный процесс на всех его этапах, делает его более доступным для пациента, позволяет улучшить и стабилизировать его результаты. Именно в психосоциальной реабилитации психически больных наиболее полно проявляется все разнообразие психотерапевтических моделей (подходов).

Оценка эффективности реабилитационных программ

Оценка эффективности реабилитационных программ является одной из наиболее актуальных проблем, связанных с их внедрением в практику. Как указывают И.Я. Гурович и Я.А. Сторожакова (2010), такая оценка достаточно сложна и для ее осуществления важно, чтобы психосоциальное вмешательство было максимально специфичным, т.е. нацеленным на определенные области социального функционирования [11]. Авторы предлагают выделять три кластера показателей, которые могут использоваться для оценки эффективности психосоциальных программ на индивидуальном уровне: сфера клинических оценок; сфера социального функционирования; сфера субъективного опыта, самооценки самих пациентов.

Н.Б. Захаров (2009) предлагает разделять оценки эффективности реабилитации с позиций объективности: на субъективные (качество жизни, удовлетворенность пациентов) и объективные (экономические показатели – учет прямых и косвенных затрат; уровень социальной адаптации, количественные оценки клинического состояния, статистические показатели) [19]. Объективные оценки, считает автор,

могут быть более пригодны для выявления лечебных эффектов, а субъективная информация позволяет полнее описать качество жизни и лучше интерпретировать объективные данные.

Существующие мнения относительно зависимости качества жизни пациентов от успешной психосоциальной реабилитации разноречивы. Одни авторы полагают, что в результате эффективной реабилитации у пациентов повышается самооценка и удовлетворенность жизнью, другие авторы такой связи не находят [43]. К.Т. Mueser и соавт. (1997), J.S. Brekke и J.D.Long (2000) указывают, что в процессе психосоциальной реабилитации повышается самооценка больных, но при этом отмечают отсутствие влияния реабилитационных изменений на показатель удовлетворенности жизнью [54,63]. По мнению этих и ряда других авторов, изменения показателей субъективного опыта пациентов больше связаны с динамикой клинических показателей, результатами фармакотерапии и купированием психопатологических расстройств [43].

Обобщая современные исследования, касающиеся эффективности реабилитации, можно выделить следующие параметры её оценки [34]:

1) в отношении трудовой занятости: её констатация, вид трудоустройства, доходы, удовлетворенность работой, производительность труда;

2) в отношении рецидивов: частота рецидивов, количество дней, проведенных вне стен стационара;

3) в отношении социального приспособления: количество друзей и видов активности, уровень независимости в быту, удовлетворенность бытовым и социальным приспособлением, уровень социальных навыков;

4) в отношении образования: статус, получение диплома, окончание учебных курсов, повышение квалификации, приобретение и совершенствование профессиональных навыков, академическая успеваемость, результаты тестирования знаний;

5) в отношении эмоционального состояния и когнитивного функционирования: показатели выполнения различных психометрических шкал и психологических тестов.

Говоря в целом об оценке эффективности психосоциальной реабилитации, важно различать действенность и эффективность, понимая под действенностью результат определенной психосоциальной интервенции в контролируемых условиях, а под эффективностью – наличие результата в неконтролируемой ситуации. Й. Друсес (2005), на основании метаанализа большого числа работ, делает вывод о том, что действенность в выработке различных навыков изучена лучше эффективности, и почти нет научных исследований о

действенности источников помощи и посреднической помощи [17].

Заключение

Обобщая вышеизложенные данные, можно утверждать, что реабилитация психически больных в настоящее время является неотъемлемой частью современной психиатрической помощи. Высокая результативность психосоциальных вмешательств стала возможной благодаря созданию комплексной и интегрированной системы и выделению в ее рамках различных моделей этих воздействий, многие из которых основаны на серьезных методологических и концептуальных разработках. Однако теоретический и практический базис психосоциальной реабилитации нуждается в дальнейшем развитии. Очевидно, что для оценки количественных и иных параметров эффективности реабилитации необходима разработка интегрированных показателей; в то же время существующие методы и инструменты такой оценки не позволяют в полной мере охватить все многообразие оцениваемых характеристик.

Литература

1. Бабин С.М. Психотерапевтическая помощь в психиатрическом стационаре // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: В 2 т. / Под ред. О.В. Лиманкина. СПб.: Ковчег, 2009. – Т. II. – С. 38-47.
2. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 335 с.
3. Бабин С.М., Случевская С.Ф. Основы психотерапии в психиатрии: учебное пособие. СПб.: Издательство ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016. – 72 с.
4. Бабин С.М., Шлафер А. М. Комплаенс-терапия больных шизофренией. Практическое руководство. — М.: ИД Городец, 2020. – 160 с.
5. Бурбиль И. Терапия и психологическая диагностика в клинике динамической психиатрии (Методическое пособие). Пер. с англ. — Оренбург, 2002. – С. 12-25.
6. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. М.: Академический Проект; Деловая книга, 2006. – 800 с.
7. Вид В.Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. Т. 5, № 8. С. 102-105.
8. Воскресенский Б.А. Некоторые аспекты клинического подхода к душевно-больным-верующим // Московский психотерапевтический журнал, 2004. – № 4.
9. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. – Том 15, №4. – С.12-17.
10. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России и направления ее развития к психиатрии с опорой на сообщество // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфелдта. М.: Медпрактика-М, 2007. – С. 44-56.

11. Гурович И. Я., Сторожакова Я.А. К вопросу о значении понятия жизнестойкости в психиатрии. Социальная и клиническая психиатрия. 2010;20(3):81-85.
12. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 5-19.
13. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М. : Мед-практика - М, 2002.
14. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М. : Медпрактика-М, 2004. 342 с.
15. Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. Учебное пособие по психиатрии и психотерапии. Пер. с нем. — СПб. : Институт им.В.М. Бехтерева, 1997. — С.49-50.
16. Дженкинс Р., МакКаллок Э., Фридли Л., Паркер К. Вопросы разработки национальной политики в области психического здоровья. — М.: Мед-практика-М, 2005. — 228 с.
17. Друес Й. Эффективная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — Т. 15, №1. — С. 100-104.
18. Зайцева Ю.С., Корсакова Н.К., Гурович И.Я. Нейрокогнитивное функционирование на начальных этапах шизофрении и когнитивная ремедиация // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — Т. 23, № 4. — С. 76-82.
19. Захаров Н.Б., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Гендерные особенности назначения психотропных препаратов при лечении шизофрении в психиатрическом стационаре. Психическое здоровье. 2010; 7: 47—50.
20. Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Современные подходы и методы коррекции нарушений когнитивного и социального функционирования больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2008. — № 1. — С. 4-7.
21. Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В. Выбор стратегий и оценка эффективности в системе психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Научное издание. Коллективная монография /под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. - М.: ООО "Сам Полиграфист", 2016. - с.222-239.
22. Кабанов М.М. Некоторые методологические и методические вопросы реабилитации больных // Актуальные вопросы медицинской психологии — Л., 1974, — т. LXXII. - С.26-40.
23. Кабанов М.М. Очерки динамической психиатрии: транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2003. — С. 339-340.
24. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — том 11, №1. — С. 22-27.

25. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1985. – 216 с.
26. Казаковцев Б.А. Современная психиатрическая реформа и реорганизация сети психиатрической помощи (продолжение) // Психич. здоровье. – 2009. – № 10. – С. 3-20.
27. Казаковцев Б.А. Современные тенденции в организации психиатрической помощи // Российский психиатрический журнал. — 2001. №1. – с. 57.
28. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: Учебник. 3-е издание, С-Пб.: Питер, 2007. – 672 с.
29. Копытин А.И. Ранние аналоги и современные методы арт-терапевтической работы с психиатрическими пациентами // Социальная и клиническая психиатрия, 2005. – Т. 15, № 2. – С. 90-102.
30. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Зуйкова Н.В. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами. Пособие для врачей. - СПб., 2004. - 26 с.
31. Круглова Л.И. Восстановление трудоспособности больных шизофренией в условиях промышленного производства. – Л. : Медицина, 1981. – 132 с.
32. Лившиц А.Е. Концепции реабилитации в социальной психиатрии // Руководство по социальной психиатрии (под ред. Т.Б. Дмитриевой). М.: Медицина, 2001. – С. 497-516.
33. Лиманкин О.В., Лаптева К.М. Опыт организации реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, вып. 2. – С. 99-104.
34. Лиманкин О.В. Современные тенденции развития общественно-ориентированной психиатрической помощи. – СПб.: Таро, 2015. – 228 с.
35. Лиманкин О.В., Трушелёв С.А. Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения // Российский психиатрический журнал. 2019. – №6. – С. 4-15.
36. Макаренко Э.Н., Виноградова Р.Н. Эрготерапия как составная часть реабилитации психически больных // Материалы XIII Съезда психиатров России. М.: Медпрактика-М, 2000. – С. 24-25.
37. Мьюджин М. Психическое здоровье в Европе: новый консенсус // Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения: Материалы научно-практической конференции (Москва, 16 ноября. 2005 г.). М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2006. – С. 4-14.
38. Новак П. Реабилитация психически больных в Западной Германии: ориентация на общество // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. – Том 9, №1. – С. 34-48.
39. Ньюфельдт О. Г. Принципы и практика общественной психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. – Т.12, № 3. – С. 5-13.
40. Пулкинен А. Дома социальной поддержки - система реабилитации психически больных // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии / Под ред. О.В. Лиманкина, В.И. Крылова. СПб.: СЗПД, 1999. – С. 110-114.
41. Риттер С. Руководство по сестринской работе в психиатрической клинике. Принципы и методы. Пер. с англ. Киев : Сфера, 1997. – 214 с.

42. Рихарц Б., Дворжак М. Терапия средой в психиатрии, психотерапии и реабилитации. Пер. с нем. Оренбург, 2000. – 33 с.
43. Савельева О.В., Петрова Н.Н. Критерии оценки эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией в амбулаторной практике / О.В. Савельева, Н.Н.Петрова // Практическая медицина. Выпуск 2 (78), 2014. С. 83-87.
44. Семенова Н.Д. Исследования в области групповых психосоциальных подходов к лечению шизофрении: современное состояние и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 3. – С. 96-100.
45. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. – Т. 17, № 4. – С. 67-77.
46. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. В сб. // Основные направления современной психотерапии. М.: Когито, 2000. – С. 224–267.
47. Шаломайко Ю.В. Социально-трудовая реабилитация психически больных в новых российских реалиях // XIII съезд психиатров России. 10-13 октября 2000 г. (Материалы съезда). - М.: Медпрактика, 2000. – С. 40-41.
48. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: дис. . д-ра мед. наук / А.Б. Шмуклер. М., 1999. – 432 с.
49. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. Пер. с англ. Киев: Сфера, 2001. — 318 с.
50. Ялом И. Дар психотерапии. - М.: Эксмо, 2011. – 352 с.
51. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А. и др. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии. 2008. – № 6. – С. 4-10.
52. Anthony W.A., Jansen M.A. Predicting the vocational capacity of the chronically ill : Research and policy implications // Am. Psychologist. 1984. — vol. 39.-p. 537-548.
53. Barton R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations // Psychiatric Services. 1999. Vol. 50. P. 525-534.
54. Brekke J.S. Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical and subjective experience variables inschizophrenia / J.S. Brekke, J.D. Long // Schizophr. Bull. 2000. - Vol.26, №3. -P.667-680.
55. Carrion R.E., Goldberg T.E., McLaughlin D. et al. Impact of neurocognition on social and role functioning in individuals at clinical high risk for psychosis // Am. J. Psychiatr. 2011. Vol. 168, N 8. P. 806–813.
56. Corvinos F. The impact of environmental factors on outcome in residential programs // Hospital and Community of Psychiatry. 1987. Vol. 38. P. 848-852.
57. Fallon I.R.H., Boyd J.L., Mc Gill C.W. et al. Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a controlled study // New England Journal of Medicine. 1982. Vol. 306. P. 1437-1440.
58. Hatfield A.B. The role of the family in the rehabilitation process // Proceeding of the 1988 Switzer memorial seminar on rehabilitation support systems for

- persons with long-term mental illness / L. Perlman (Ed.). Washington: National Rehabilitation Association, 1988. P. 48-65.
59. Krabbendam L., Alleman A. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation // *Psychological Medicine*. 2003. Vol. 33, № 4. P. 756-758.
 60. Laine C., Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution *Journal of the American Medical Association*, 275, 152-156.
 61. Macpherson R., Shepherd G., Edwards T. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004. Vol. 10. P. 180-188.
 62. Mortimer A.M. First-line atypical antipsychotics for schizophrenia are appropriate with psychosocial interventions // *Psychosocial Bulletin*. 2001. Vol. 75. P. 287-288.
 63. Mueser K.T. Psychosocial treatment approaches for schizophrenia / K.T. Mueser, G.P. Bond // *Curr. Opin. Psychiatry*. 2000. - Vol.13. - P.27-35.
 64. Murthy N.V., Mahnacke H., Wexler B.E. et al. Computerized cognitive remediation training for schizophrenia: An open label, multi-site, multinational methodology study // *Schizophr. Res.* 2012. Vol. 139. P. 87-91
 65. Pharoah, F.M. Family intervention for schizophrenia: Cochrane Database of Systematic reviews [Text] / F.M. Pharoah, J.J. Mari. – New York, 2000. – P. 75.
 66. Wing J.K., Morris B. (Eds.). *Handbook of psychiatric rehabilitation practice*. New York-Toronto: Oxford University Press, 1981. - 188 p.

**Митихин В.Г., Солохина Т.А., Кузьмина М.В., Тюменкова
Г.В., Лиманкин О.В., Бабин С.М.
ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМАМ ОЦЕНКИ
ТЯЖЕСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ**

Аннотация. Разработана инновационная методология и алгоритмы на основе метода анализа иерархий для оценки тяжести психических расстройств и эффективности вмешательств в рамках реализации различных реабилитационных стратегий. Фундаментальное отличие предлагаемого подхода от ранговых методов обработки исходной информации – формирование результатов обработки экспертной информации в шкале отношений (числовой шкале), что обеспечивает корректную интеграцию психометрических и нейробиологических характеристик при рассмотрении процедур диагностики, психосоциальной терапии и реабилитации.

Ключевые слова: психометрия, оценка, эффективность, метод анализа иерархий

Введение. На современном этапе изучения тенденций в области

исследований психических расстройств, можно говорить о том, что совершенствование психиатрической помощи связано с внедрением системных подходов к развитию научных основ диагностики, терапии и реабилитации этих расстройств. Это обусловлено тем, что причинные факторы или факторы риска психической патологии могут относиться к различным уровням: генетическому, нейрональному и средовому, вовлекая индивидуальные особенности человека, а также семейный и социальный контекст. Подобное понимание мультифакторной и многоуровневой природы психических расстройств вмещает в себя представления о том, что воздействия на каждом из этих разных уровней могут повлиять на начало и течение заболевания, и, следовательно, должны учитываться при первичной профилактике, лечении, последующей психосоциальной терапии и реабилитации пациентов [1, 13].

Для повышения валидности диагностики на современном этапе исследования психических расстройств предлагается (DSM-5, МКБ-11) использовать дименсиональные оценки, которые являются дополнением к диагностике категориальной. Дименсиональные оценки – это ранговые оценки, полученные с помощью психометрических инструментов (шкал, опросников) и отражающие степень выраженности соответствующих симптомов.

Ранговые (дименсиональные) шкалы широко используются в психиатрии и неврологии для сравнительной оценки тяжести расстройств в динамике (например, в процессе психофармакотерапии или психосоциальной реабилитации), для оценки выраженности нейрочугнитивных и социальных нарушений. К наиболее известным относятся такие шкалы, как шкала PANSS, шкала оценки медикаментозного комплаенса, оценки психического статуса (PSE), шкала социального функционирования, шкала Гамильтона, шкала комы Глазго и десятки других шкал.

В 2008 г. Национальный Институт психического здоровья США (NIMH) представил проект по «Исследовательским критериям доменов» (RDoC) с целью: «Создание новых подходов к классификации психических расстройств для научных исследований на основе дименсий поведения и нейробиологических показателей» [14].

Динамику подходов к классификации психических расстройств можно кратко описать следующим образом: *клинические (категориальные) системы классификации → дименсиональные модели классификации → перспективные нейробиологические модели классификации* (эндофенотипы в рамках проекта RDoC).

Корректно интегрировать и согласовать эти подходы в указанной цепочке мешают в настоящее время, по крайней мере, *два*

фундаментальных противоречия.

А именно: 1) для проведения исследований в рамках RDoC *необходимы надежные классификации расстройств, но для создания надежных классификаций нужны данные нейробиологических исследований*; 2) *некорректная обработка ранговой (порядковой, дименсиональной) информации, полученной в рамках нейропсихиатрических исследований, ведет к противоречиям при оценке тяжести психических расстройств* (см., например, [5]).

Без устранения второго противоречия невозможно разрешить и первое противоречие. Действительно, при оценке состояния и поведения пациента, необходимо принимать решения (оценка состояния, постановка диагноза и др.) на основе *разнородной информации*. Эта информация иерархически организована и включает как *количественные* характеристики (например, возраст, длительность заболевания, нейробиологические характеристики и др.), так и *качественные (ранговые)* (например, выраженность психопатологических симптомов, характеристики эмоционального, когнитивного, социального поведения и др.). С учетом того факта, что эти характеристики (количественные и качественные) измеряются в разных шкалах (ранговые шкалы и шкалы отношений), решающим обстоятельством будет использование предложенной нами [5] инновационной процедуры обработки разнородного набора данных (числовых и нечисловых) на основе метода анализа иерархий (МАИ).

Ситуация осложняется для случаев (распространенных в практике диагностических исследований, психофармакологических и реабилитационных вмешательств), когда нечисловые характеристики измеряются в ранговых шкалах с различным числом уровней. Напомним, что математико-статистическую обработку без ограничений можно применять только к числовой информации, представленной в шкале отношений.

Для ранговых (дименсиональных) шкал *не имеет смысла вычисление* простейших статистических характеристик ранговых выборок, таких, как среднее (средний балл), дисперсия и т.д. Это хорошо известные факты из теории измерений и теории шкал, которые вошли в учебники по математическим методам обработки данных (см., например, [3, 4]).

Цель работы:

- 1) анализ проблем оценивания тяжести психических расстройств и эффективности последующей психосоциальной реабилитации (ПСР).
- 2) разработка алгоритмов обработки исходной ранговой информации с целью получения соответствующих числовых оценок в шкале отношений на основе МАИ [8].

Материал и методы: совокупность публикаций отечественных и зарубежных авторов, результаты собственных исследований по проблемам оценки тяжести психических расстройств, а также оценке эффективности ПСР. Для обработки информации использованы клинико-психологические и статистические методы, а также методы суммарного анализа и анализа иерархий (МАИ).

Результаты. Анализ проблем оценивания тяжести психических расстройств на основе категориальных и психометрических (ранговых) шкал и субшкал показывает, что эти проблемы могут быть представлены в виде соответствующих иерархий [5, 15], структуру которых необходимо учитывать при обработке исходной информации.

В настоящее время наиболее естественным и эффективным методом решения многокритериальных проблем, в которых должна обрабатываться разнородная информация (количественная и качественная), является метод анализа иерархий (МАИ) [5, 8]. К основным достоинствам МАИ относится использование шкалы отношений (фундаментальной шкалы) для обработки разнородных данных на основе экспертной, клинической информации. Эта шкала была разработана на основе базовых соотношений модели нервного возбуждения (известный закон «стимул-реакция» – закон Вебера-Фехнера) и апробирована (в течение более 40 лет) в разнообразных по сфере приложениях метода МАИ к проблемам принятия решений [5, 8].

Перспективность использования иерархических моделей для классификации психических расстройств показывает пример разработки «Иерархической таксономии психопатологий» (HiTOP) представительным консорциумом психиатров [15]. В настоящее время HiTOP лучше, чем традиционные диагностические системы, согласуется с генетической архитектурой психических расстройств и с влиянием факторов среды.

Основная проблема, связанная с традиционной обработкой данных, полученных с помощью ранговых шкал и опросников, заключается в некорректной обработке этих данных. Действительно, традиционно, полученные в рамках этих шкалах оценки подвергаются стандартным *математическим операциям, несмотря на то, что это нечисловая информация, без учета весомости соответствующих субшкал, а также самих ранговых оценок.*

Заметим, что еще в 1978 г. М.М. Кабанов в своей концептуальной работе [2, с.135] сделал следующую примечательную ремарку об использовании данных, полученных в рамках «Оценочной шкалы основных клинико-психопатологических характеристик»: *«Трудности точной количественной оценки различных симптомов (т.е. «веса» симптомов) как в пределах одного признака, так и по отношению к*

различным признакам обуславливают тот факт, что количественная оценка симптома приобретает характер простого ранжирования. В связи с этим может быть выдвинуто возражение против использования общей шкальной оценки, так как она получается при суммировании совершенно различных по своему характеру болезненных проявлений без учета их относительного значения в данной клинической картине».

Примечательность этой клинической ремарки состоит в том, что, не являясь математиком, М.М. Кабанов предвидел фундаментальный факт из теории измерений и шкал о нечисловой природе рангов, доказанный практически в то же самое время известным математиком J. Pfanzagl [16]. Из этого факта вытекает, что ранговая информация не допускает использование стандартных математических операций, в частности операций вычисления среднего арифметического, а также средств регрессионного, дисперсионного и факторного анализов.

1. Методология разработки инструментария для оценки тяжести состояний пациента и эффективности ПСР

Проблему оценки состояний пациентов при выборе и реализации процедур ПСР, в общем случае, можно представить в виде следующей иерархии (рис. 1).

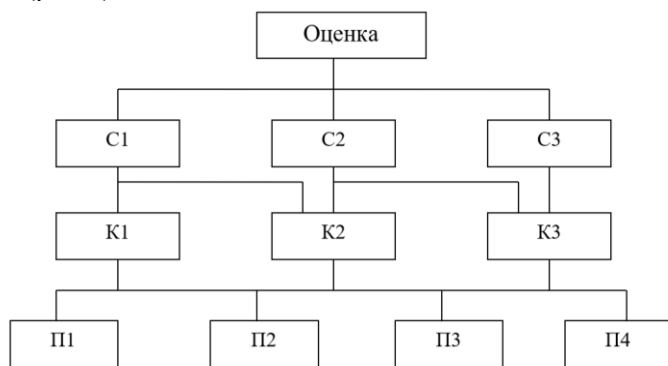


Рисунок 1. Иерархическая модель проблемы оценки состояния пациентов

Здесь элементы иерархии распределены по уровням, которые опишем, начиная снизу: **1-ый уровень** – представлены возможные пациенты (или один пациент, состояния которого: П1, ..., П4 соответствуют различным стадиям проведения ПСР); **2-ой уровень** – представлены наборы критериев оценки соответствующих нарушений функционирования больного: K1 – психопатологические проявления болезни и соматические расстройства; K2 – личностные проблемы, интерперсональные проблемы, экзистенциальные проблемы; K3 –

нарушения социального функционирования и качества жизни; **3-ий уровень** – представлены специалисты: С1 – психиатр (психотерапевт); С2 – психолог; С3 – социальный работник; **4-ый уровень** – фокус иерархии соответствует процедуре получения окончательной, интегральной оценки с учетом весомости критериев и весомости специалистов.

Количество критериев на практике обычно может меняться от 1 до 10 (случай больше 10 могут быть изучены на основе выделения групп критериев). Кроме того, наборы критериев могут пересекаться (на рис. 1 этот случай соответствует связям между критериями), например, психолог может оценивать как интерперсональные, так и социальные аспекты нарушения поведения, а психиатр может иметь психотерапевтическую квалификацию.

Таким образом, наборы критериев оценки нарушений (K_i) можно гибко подстраивать не только в количественном плане, но и за счет детализации структуры соответствующей иерархии в соответствии с индивидуальной квалификацией специалистов (число специалистов также может увеличено в разумных пределах до 10).

Фундаментальное отличие оценок на основе МАИ от ранговых оценок связано с тем, что *получаются числовые оценки весомости критериев и соответствующих изменений состояния пациента*, которые зависят от квалификации специалистов, характеристик используемых шкал измерения нарушений в соответствующих областях и процедур ПСР.

Такие оценки в отличие от ранговых оценок (см. работу [5]) можно использовать для любой математической обработки и формирования соответствующих количественных (регрессионных) моделей зависимости эффективности ПСР от исходного состояния пациента, шкал измерения нарушений и других факторов (социодемографических характеристик пациента и его окружения).

Оценки изменений состояний пациента (в рамках рассматриваемой иерархии) можно получать, используя аппарат МАИ, по каждому критерию, поэтому используемые критерии следует рассматривать как частные критерии оценки эффективности ПСР (например, это оценки состояний для основных областей нарушения функционирования пациентов).

Для получения окончательной, интегральной оценки состояния пациента в рамках этой модели (на основе процедур МАИ) в общем случае должны учитываться: 1) сами оценки изменения состояний; 2) весомость соответствующих областей нарушений и, в общем случае, 3) уровень квалификации специалистов.

Рассмотрим сравнение результатов простых примеров, имеющих

общемедицинскую интерпретацию, с инновационным подходом к обработке ранговой (порядковой, размерной) информации на основе метода анализа иерархий [5].

1.1. Традиционные подходы к обработке ранговой информации

Пример 1. Случай одной шкалы (одномерное ранжирование).

В табл. 1 приведены оценки состояния по одному симптому для двух пациентов П1, П2, полученные в 5-балльной шкале (ранговые уровни шкалы: от 1 до 5 – по возрастанию степени выраженности симптома) по итогам экспертной оценки, в которой принимали участие 11 специалистов равной квалификации.

Таблица 1

Оценки экспертов состояния пациентов в 5-балльной шкале

Эксперты \ Пациенты	П1	П2
7 экспертов	4	3
4 эксперта	3	5

А. Из таблицы 1 следует, что абсолютное большинство экспертов (7 из 11) считает, что ранговая оценка состояния пациента П1 (равна 4) больше, чем у пациента П2 (равна 3). Такие же результаты получаются с использованием медианных оценок, которые являются корректными при обработке ранговой информации [3, 4].

Поэтому окончательные ранговые оценки состояния пациентов П1 и П2 (соответственно 4 и 3) имеют достаточно надежное обоснование, как на основе принципа «абсолютного большинства» теории принятия решений, так и с точки зрения использования корректных (медианных) статистических оценок при обработке ранговой информации.

Б. Допустим теперь, что ранговые оценки из таблицы 1 являются числами (3, 4, 5), которые можно обрабатывать с помощью любых математико-статистических операций.

Вычислим среднее арифметическое оценок для П1 и П2. Обозначая С1 и С2 средние оценки для П1 и П2, получаем (с точностью до 0,01):

$$C1 = (7 \cdot 4 + 4 \cdot 3) / 11 = 3.64; \quad C2 = (7 \cdot 3 + 4 \cdot 5) / 11 = 3.73$$

С учетом стандартной ошибки вычисления среднего получаем:

$$C1 = 3.64 \pm 0.15; \quad C2 = 3.73 \pm 0.30$$

Сравнение средних оценок приводит в лучшем случае к неопределенной ситуации, а в худшем к противоположному выводу по сравнению с пунктом А: средняя оценка состояния у П2 больше, чем у П1.

В итоге получаем противоречие как с общепринятым принципом «абсолютного большинства» принятия решений, так и с

результатами, полученными на основе корректной статистической обработки ранговой информации (медианные оценки).

Выходом из этого противоречия является отказ от допущения пункта Б, т.е., ранговая информация из табл. 1 – является нечисловой информацией, для которой операция вычисления среднего арифметического является некорректной.

Пример 2. Случай трех шкал (трехмерное ранжирование).

Рассмотрим оценку состояния одним специалистом трех пациентов П1, П2, П3 по трем симптомам S1, S2, S3, которые имеют общую 3-х балльную шкалу (уровни шкалы, например: 1 – удовлетворительно, 2 – средняя тяжесть, 3 – тяжелое) для каждого симптома. В таблице 2 приведены оценки состояния пациентов.

Таблица 2
Оценки состояния пациентов в 3-балльной шкале по симптомам S1, S2, S3

Пациенты \ Симптомы	S1	S2	S3
П1	1	3	2
П2	2	2	2
П3	3	1	2

В предположении, что симптомы S1, S2, S3 имеют равную весомость (случай разной весомости обсудим далее), попробуем найти обобщенные, интегрированные оценки состояния пациентов.

В рассматриваемой ситуации медианные оценки для каждого пациента равны 2, поэтому *корректно ранжировать* пациентов по тяжести состояния не удастся. Не снимает неопределенность и «числовая» интерпретация ранговой информации из табл. 2., так как, «средние оценки» для П1 и П3 равны: 2 ± 0.58 , а для П2: 2 ± 0.00

Анализ этих простых примеров приводит к следующим выводам:

1) пример 1 подтверждает недопустимость интерпретации ранговой информации как числовой информации;

2) пример 2 демонстрирует слабую разрешающую способность ранговых методов для простейших ситуаций.

1.2. Подходы и алгоритмы обработки ранговой информации на основе МАИ

Решение примера 1.

Рассмотрим соответствующую иерархию проблемы оценивания состояния пациентов П1 и П2 группой из 11 экспертов (Э1 – Э11) по одному симптому, для которого используется 5-балльная шкала (рис. 2).



Рисунок 2. Иерархия процедуры получения интегральной оценки для пациентов П1, П2 по одному симптому в группе из 11 экспертов

Реализация процедур МАИ в этом примере основана на использовании нормативного подхода МАИ (см., например, [8, с. 45-46]). Нормативный подход в МАИ основан на использовании экспертных парных сравнений (в рамках фундаментальной шкалы) отметок ранговой шкалы для формирования шкалы интенсивностей уровней (отметок) ранговой шкалы.

Приведем матрицу (таблица 3) парных сравнений отметок ранговой шкалы («1»,..., «5»), используя для фиксации результатов парных сравнений основные уровни фундаментальной шкалы МАИ, а также свойство неравномерности отметок «закрытой» ранговой шкалы (см., например, [10] – шкала называется «закрытой» если в ней присутствует минимальная (здесь «1») и максимальная отметка («5»)).

Таблица 3

Матрица парных сравнений отметок («1», ..., «5») ранговой шкалы на основе коллективного соглашения экспертов (Э)

Э	«5»	«4»	«3»	«2»	«1»
«5»	1	2	3	5	7
«4»	1/2	1	3	5	7
«3»	1/3	1/3	1	3	5
«2»	1/5	1/5	1/3	1	3
«1»	1/7	1/7	1/5	1/3	1

Оценка качества полученной матрицы парных сравнений основана в МАИ на величине коэффициента «отношения согласованности», который вычисляется по матрице парных сравнений [8, с.66]. Критическое значение коэффициента равно 0.1, а идеальное значение равно 0.

Будем считать, что матрица сравнений (таблица 3) получена в

результате коллективного соглашения всех экспертов. Это не является ограничением, в рамках МАИ аналогичные индивидуальные матрицы парных сравнений может сформировать каждый эксперт и дальше использовать в расчете интенсивностей отметок, а затем, полученные интенсивности усреднить.

Элементы матрицы в табл. 3 представляют собой оценки экспертных предпочтений для отметок ранговой шкалы и сформированы с помощью *основных числовых уровней фундаментальной шкалы* (шкалы отношений) МАИ. Эти числовые уровни [8] имеют соответствующую лингвистическую (смысловую) интерпретацию: 1 – равная важность; 3 – слабое предпочтение; 5 – предпочтение; 7 – сильное предпочтение; 9 – абсолютное предпочтение; 2, 4, 6, 8 – промежуточные случаи. Шкала содержит и соответствующие обратные значения (для измерения результатов обратных парных сравнений): 1/2, 1/3, 1/4, 1/5, 1/6, 1/7, 1/8, 1/9. Так как матрица (табл. 3) имеет хороший коэффициент согласованности (он равен 0.04, что меньше критического значения 0.1), то расчет нормированных весов w отметок («1», «2», ..., «5») ранговой шкалы можно выполнить с помощью простых арифметических алгоритмов (см., например, [7-8, 12]). Далее, с помощью деления полученных нормированных весов отметок на максимальный вес оценки «5» (равный 0,415) получим значения интенсивностей отметок: $i(«1»)$, $i(«2»)$, ..., $i(«5»)$. Результаты вычислений представлены в таблице 4:

Таблица 4

Значения нормированных весов w и значений интенсивностей i отметок («1», «2», ..., «5») ранговой 5-балльной шкалы

$w(«1»)$	$w(«2»)$	$w(«3»)$	$w(«4»)$	$w(«5»)$
0,038	0,075	0,157	0,315	0,415
$i(«1»)$	$i(«2»)$	$i(«3»)$	$i(«4»)$	$i(«5»)$
0,092	0,180	0,378	0,758	1,000

Заключительный этап решения примера 1 состоит в расчете весов оценок состояния пациентов П1, П2 на основе данных таблицы 4 с учетом нормированных весов экспертов Э1 – Э11. В рассматриваемом случае (эксперты равной квалификации) веса экспертов (w_1, \dots, w_{11}) равны, т.е., $w_1 = 1/11, \dots, w_{11} = 1/11$, поэтому, используя ранговые оценки из таблицы 1, получаем веса ($W_{п1}, W_{п2}$) оценок состояния пациентов:

$$W_{п1} = (7 * i(«4») + 4 * i(«3»)) / 11 = \mathbf{0,779};$$

$$W_{п2} = (7 * i(«3») + 4 * i(«5»)) / 11 = \mathbf{0,705}.$$

С учетом стандартной ошибки получаем:

$$\mathbf{0,779} \pm 0,17 \text{ и } \mathbf{0,705} \pm 0,17 \text{ соответственно.}$$

Таким образом, следует считать состояние пациента П1 более тяжелым, что совпадает с корректным *ранговым решением* примера 1.1.

Фундаментальное отличие полученного решения на основе МАИ от рангового решения связано с тем, что найдены числовые (кардинальные) оценки, которые можно использовать для любой математической обработки и построения соответствующих числовых моделей связи и прогнозирования состояния пациентов от других факторов.

Для случая разной квалификации экспертов в рамках МАИ реализуется иерархическая процедура оценки кардинальных весов экспертов (см., например, [6]) в зависимости от квалификационных показателей и факторов, влияющих на уровень квалификации.

Решение примера 2.

Рассмотрим соответствующую иерархию (рисунок 3) оценивания состояния пациентов П1, П2, П3 одним экспертом по 3-м симптомам S1, S2, S3, имеющим общую 3-балльную ранговую шкалу.

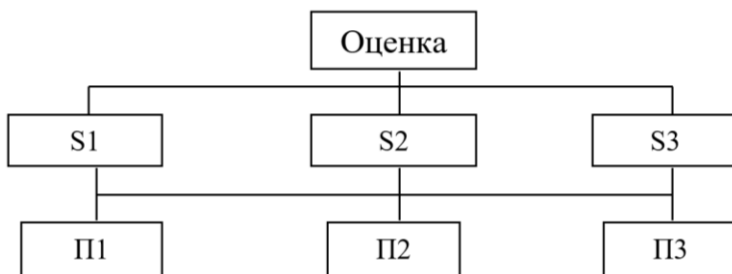


Рисунок 3 Иерархия процедуры получения интегральной оценки для пациентов П1, П2, П3 по 3-м симптомам S1, S2, S3.

Матрицу парных сравнений отметок ранговой 3-балльной шкалы: «1», «2», «3», составим аналогично матрице парных сравнений отметок ранговой 5-балльной шкалы (см. табл. 3). При этом согласованность матрицы парных сравнений отметок 3-балльной шкалы оказывается почти идеальной (показатель согласованности равен 0,003). Результаты вычислений нормированных весов w и значений интенсивностей i отметок представлены в таблице 5:

Таблица 5

Значения нормированных весов w и значений интенсивностей i отметок («1», «2», «3») ранговой 3-балльной шкалы

$w(«1»)$	$w(«2»)$	$w(«3»)$
0,109	0,309	0,582

$i(\langle 1 \rangle)$	$i(\langle 2 \rangle)$	$i(\langle 3 \rangle)$
0,188	0,531	1,000

Заключительный этап решения примера 2 состоит в расчете весов оценок состояния пациентов П1, П2, П3 на основе данных таблицы 5 с учетом нормированных весов симптомов S1, S2, S3.

В рассматриваемом случае симптомы S1, S2, S3 (по условию примера) имеют равную весомость, т.е., нормированные веса симптомов равны: $w_1 = 1/3$, $w_2 = 1/3$, $w_3 = 1/3$. Поэтому, используя ранговые отметки пациентов из табл. 2, а также их интенсивности из табл. 5, получаем веса ($W_{п1}$, $W_{п2}$, $W_{п3}$) оценок состояния пациентов:

$$W_{п1} = (i(\langle 1 \rangle) + i(\langle 3 \rangle) + i(\langle 2 \rangle)) / 3 = \mathbf{0,573} ;$$

$$W_{п2} = (i(\langle 2 \rangle) + i(\langle 2 \rangle) + i(\langle 2 \rangle)) / 3 = \mathbf{0,531} ;$$

$$W_{п3} = (i(\langle 3 \rangle) + i(\langle 1 \rangle) + i(\langle 2 \rangle)) / 3 = \mathbf{0,573} ;$$

С учетом стандартной ошибки получаем:

для П1 и П3: $\mathbf{0,573} \pm 0,023$ а для П2: $\mathbf{0,531} \pm 0,023$ соответственно, что позволяет ранжировать пациентов на основе интегральной числовой оценки. Совпадение оценок состояния для П1 и П3 – очевидное следствие равной весомости симптомов S1, S2, S3. Для случая разной весомости симптомов в рамках МАИ реализуется иерархическая процедура оценки числовых весов симптомов (см., например, [7]) на основе парных сравнений симптомов, где результаты парных сравнений основаны на клинической экспертной информации.

Таким образом, на примерах 1 и 2 продемонстрирована инновационная эффективность подхода МАИ при обработке ранговой информации.

2. Технология оценки эффективности психосоциальной реабилитации по результатам изменения состояния и поведения пациентов с шизофренией в основных сферах их функционирования на основе МАИ

2.1. Области нарушений функционирования пациентов с шизофренией и оценка их весомости

На основе анализа отечественной и зарубежной литературы, данных ранее проведенных собственных исследований [9], результатов экспертной оценки на основе матрицы парных сравнений и исследований, проведенных в рамках базовой программы ПСР в различных формах помощи для пациентов, страдающих шизофренией (НКО, стационар, дневной стационар), выявлены основные области

нарушения функционирования пациентов, подвергавшиеся оценке эффективности ПСР и влияющие на нее:

О₁ – мотивационная сфера (побуждение к действию; осознанное или неосознанное стремление).

О₂ – осознание болезни (осознание человеком причин своего состояния или проблемы, признание, принятие болезни).

О₃ – отношение к лечению (комплаентность).

О₄ – принятие ответственности (осуществляемый в различных формах контроль над деятельностью с точки зрения выполнения индивидуумом принятых норм и правил; возможность выбора или сознательное предпочтение определенной линии поведения с учетом возможных последствий).

О₅ – ролевые нарушения (невыполнение предписанных ролевых обязанностей в силу субъективных причин, в частности, из-за отсутствия высокой или устойчивой положительной мотивации, или неумения, отсутствия или нехватки знаний и навыков к выполнению роли, например, отца, мужа/жены, кормильца и др.).

О₆ – когнитивный дефицит (специфические нарушения, происходящие в познавательной сфере индивида и включающие снижение памяти, интеллектуальной работоспособности, в частности, способности усваивать новое, снижение других когнитивных процессов мозга в сравнении с персональной нормой/исходным уровнем каждого индивида).

О₇ – навыки (автоматизированные, хорошо освоенные человеком, сознательно, полусознательно или бессознательно выполняемые компоненты деятельности, выполняемые быстро, точно и безошибочно).

О₈ – семья (члены семьи, объединенные общими целями и задачами, находящиеся в непосредственном устойчивом личном контакте друг с другом, что является основой для возникновения эмоциональных отношений и особых групповых ценностей и норм).

О₉ – ближайшее окружение (включает трудовую, учебную, производственные, спортивные и другие группы, занятые каким-либо общим делом и находящиеся в прямых взаимоотношениях друг с другом).

О₁₀ – копинг-стратегии (когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, которые используются, чтобы совладать со стрессами, и с психологическими трудными ситуациями обыденной жизни).

Изменения в указанных областях нарушения функционирования для каждого из пациентов после программы ПСР, по сравнению с начальным уровнем, являются основой вывода об эффективности ПСР.

В случае отсутствия изменений в этих областях (или отрицательных изменений), на которые было направлено вмешательство с учетом целей и выбранных мишеней, циклическое воздействие реабилитационной программы должно быть продолжено с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Показатели нарушений для областей функционирования в данном случае, а также по рекомендациям других авторов [11] оцениваются по 7-балльной шкале (оценочная шкала с описанием промежуточных уровней представлена ниже:

1 – отсутствие изменения показателя / признака;

2 – очень глубокое нарушение показателей – очень низкий уровень социального функционирования в целом, определяющийся выраженным нарушением всех сфер: отсутствует мотивация ко всем видам деятельности, социальная активность резко ограничена, имеются признаки дисфункциональной семейной системы (81% и более от исходного/желательного уровня);

3 – тяжелое нарушение показателей – низкий уровень социального функционирования, который проявляется существенным нарушением мотивационной сферы, пациент не осознает свою болезнь и не понимает необходимость лечения, выраженное ограничение социальной активности (61 – 80% от исходного/желательного уровня);

4 – выраженное нарушение показателей – сниженный уровень социального функционирования, низкая мотивация, уровень деформации смысложизненных ориентаций ниже среднего, плохо выполняет традиционные ролевые обязанности, недостаточный уровень когнитивных функций, семейные взаимоотношения нарушены, имеются затруднения в установлении контактов с окружающими, повышение напряженности копинг-стратегий (кофронтация, дистанцирование, бегство-избегание), ограничение социальной активности (41– 60% от исходного/желательного уровня);

5 – умеренное нарушение показателей – ухудшение социального функционирования, частичная мотивация к некоторым видам деятельности, навыки сохранены, взаимопонимание с близкими в семье и установление контактов с окружающими практически не нарушено, но при этом отмечаются личностные нарушения (эгоизм, агрессивность и подозрительность), некоторое ограничение социальной активности, что, чаще всего, не мешает повседневной деятельности (21– 40% от исходного/желательного уровня);

6 – легкое нарушение показателей – незначительное снижение социального функционирования, принятие ответственности и контроль своей жизненной ситуации в пределах нормы или незначительно снижен, принятие болезни, осознание необходимости лечения,

активный самостоятельный прием лекарств, в целом позитивная оценка своего состояния здоровья и перспектив лечения, положительная жизнеспособность, когнитивные нарушения слабо выражены и не влияют существенно на деятельность пациента, автоматизированные навыки сохранны, взаимопонимание в семье и с окружающими не нарушено, социальная активность практически не нарушена (11–20% от исходного/желательного уровня);

7 – наличие незначительных нарушений, которые затруднительно однозначно определить, как болезненные, или отсутствие каких-либо признаков нарушения социального функционирования, эмоциональное состояние чаще не мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, существует достаточно выраженная мотивация к преодолению болезни, больной активно принимает лечение, способен принимать ответственность, справляется со своими ролевыми функциями, сохранны познавательные способности, повседневные навыки, взаимоотношения с близкими и ближайшим окружением не нарушены, могут быть эпизодические легкие колебания работоспособности, не приводящие к нарушению функционирования.

Используя алгоритмы МАИ (см., например, [5, 7]), на основе экспертных данных получаем нормированные весовые оценки $W(O_i)$ для областей нарушений $O_1 - O_{10}$, которые приводятся в таблице 6 (аналогично табл. 3, 4, 5).

Таблица 6

Оценки весомости для областей нарушений O_1-O_{10}

$W(O_1)$	$W(O_2)$	$W(O_3)$	$W(O_4)$	$W(O_5)$	$W(O_6)$	$W(O_7)$	$W(O_8)$	$W(O_9)$	$W(O_{10})$
Мотивация	Осознание болезни	Отношение к лечению	Принятие ответственности	Ролевые нарушения	Когнитивный дефицит	Навыки	Семья	Ближайшее окружение	Копинг-стратегии
0,088	0,217	0,244	0,150	0,034	0,122	0,070	0,034	0,020	0,022

Наиболее значимыми, с точки зрения экспертов, оказались следующие сферы: отношение к лечению (коэффициент весомости 0,244), затем осознание болезни (0,217), принятие ответственности (0,150) и нейрокогнитивный дефицит (0,122). На пятом месте по значимости оказалась мотивационная сфера (0,088), на шестом – навыки (0,07), седьмое и восьмое места принадлежат семье и ролевым нарушениям (коэффициент весомости 0,034), за ними идут копинг-

стратегии (0,022) и ближайшее окружение (0,02).

Полученные веса будут дальше использованы при формировании интегральных оценок нарушений функционирования для каждого пациента и получения соответствующих оценок эффективности ПСР.

Указанный подход для выделения основных областей нарушений (в общем случае можно использовать название – *области исследования функционирования пациента*), очевидно, распространяется на другие проблемы (не обязательно психопатологические). При этом, очевидно, состав этих *областей исследования* зависит от целей и задач исследования, а также от компетентностей исполнителей.

2.2. Перевод ранговой шкалы для измерений нарушений в рассматриваемых областях функционирования пациентов с шизофренией в шкалу отношений

Как отмечалось выше, в каждой области *оценка выраженности нарушений оценивается по 7-балльной шкале (ранговой шкале)*. Заметим, что это важный (для психиатрии) случай ранговой шкалы, например, в субшкалах PANSS при измерении выраженности нарушений также используют 7-балльную шкалу.

Приведем матрицу (табл. 7) парных сравнений отметок ранговой шкалы («1», ..., «7»), используя для фиксации результатов парных сравнений основные уровни фундаментальной шкалы МАИ, а также свойство неравномерности отметок «закрытой» ранговой шкалы.

Таблица 7

Матрица парных сравнений отметок («1», ..., «7») ранговой шкалы на основе коллективного соглашения экспертов (Э)

Э	«1»	«7»	«6»	«5»	«4»	«3»	«2»
«1»	1	2	3	4	5	6	7
«7»	1/2	1	2	3	4	5	6
«6»	1/3	1/2	1	2	3	4	5
«5»	1/4	1/3	1/2	1	2	3	4
«4»	1/5	1/4	1/3	1/2	1	2	3
«3»	1/6	1/5	1/4	1/3	1/2	1	2
«2»	1/7	1/6	1/5	1/4	1/3	1/2	1

Данные таблицы 7 имеют отличную оценку согласованности [7, 8] экспертной информации (с надежностью 98%).

Используя алгоритмы МАИ, на основе данных таблицы 7 получаем нормированные веса оценок для 7-балльной ранговой шкалы, которые

приводятся в таблице 8.

Таблица 8

Нормированные веса уровней для 7-балльной ранговой шкалы

$w(\langle 1 \rangle)$	$w(\langle 7 \rangle)$	$w(\langle 6 \rangle)$	$w(\langle 5 \rangle)$	$w(\langle 4 \rangle)$	$w(\langle 3 \rangle)$	$w(\langle 2 \rangle)$
0,354	0,240	0,159	0,104	0,068	0,045	0,031

Далее, с помощью деления полученных нормированных весов отметок на максимальный вес оценки «1» (равный 0,354) получим значения интенсивностей отметок: $i(\langle 1 \rangle)$, $i(\langle 2 \rangle)$, ..., $i(\langle 7 \rangle)$. Результаты вычислений представлены в таблице 9.

Таблица 9

Значения интенсивностей i отметок ($\langle 1 \rangle$, $\langle 2 \rangle$, ..., $\langle 7 \rangle$) ранговой 7-балльной шкалы

$i(\langle 1 \rangle)$	$i(\langle 7 \rangle)$	$i(\langle 6 \rangle)$	$i(\langle 5 \rangle)$	$i(\langle 4 \rangle)$	$i(\langle 3 \rangle)$	$i(\langle 2 \rangle)$
1,000	0,677	0,448	0,292	0,191	0,127	0,088

Полученные интенсивности оценок будут дальше использованы при формировании частных и интегральных оценок нарушений функционирования для каждого пациента и получения соответствующих оценок эффективности ПСР.

2.3. Примеры вычисления частных (критериев по областям нарушений) и интегральных оценок эффективности психосоциальной реабилитации для пациентов с шизофренией

Вычисления оценок проводились по двум пациентам (мужчина и женщина, для них выбраны нечетные и четные коды).

В таблице 10 приводятся исходные балльные (ранговые) оценки (на основе 7-балльной шкалы) по 10 областям нарушений ($O_1 - O_{10}$) до и после проведения ПСР для двух пациентов.

Таблица 10

Исходные (начальные **O-н** и конечные **O-к**) ранговые оценки по 10 областям нарушений для 2-х пациентов

Код	$O_1-н$	$O_1-к$	$O_2-н$	$O_2-к$	$O_3-н$	$O_3-к$	$O_4-н$	$O_4-к$	$O_5-н$	$O_5-к$
№1	4	6	5	5	5	6	4	6	3	4
№2	5	6	6	6	5	6	3	5	3	5
Код	$O_6-н$	$O_6-к$	$O_7-н$	$O_7-к$	$O_8-н$	$O_8-к$	$O_9-н$	$O_9-к$	$O_{10}-н$	$O_{10}-к$
№1	3	4	3	4	5	5	3	4	4	5

№2	4	6	5	6	3	4	4	5	4	5
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Используя таблицу 9 для замены ранговых оценок на соответствующие интенсивности этих оценок, получаем из таблицы 10 (напомним, что в табл. 10 содержатся нечисловые оценки) числовые оценки для соответствующих рангов, указанные в таблице 11.

Таблица 11

Числовые (начальные **О-н** и конечные **О-к**) оценки по 10 областям нарушений для 2-х пациентов

Код	О1-н	О1-к	О2-н	О2-к	О3-н	О3-к	О4-н	О4-к	О5-н	О5-к
№1	0,19 1	0,44 8	0,29 2	0,29 2	0,29 2	0,44 8	0,19 1	0,44 8	0,127	0,191
№2	0,29 2	0,44 8	0,44 8	0,44 8	0,29 2	0,44 8	0,12 7	0,29 2	0,127	0,292
Код	О6-н	О6-к	О7-н	О7-к	О8-н	О8-к	О9-н	О9-к	О10-н	О10-к
№1	0,12 7	0,19 1	0,12 7	0,19 1	0,29 2	0,29 2	0,12 7	0,19 1	0,191	0,292
№2	0,19 1	0,44 8	0,29 2	0,44 8	0,12 7	0,19 1	0,19 1	0,29 2	0,191	0,292

Далее на основе таблицы 11 для каждой области нарушений по всем пациентам вычисляется *относительная* эффективность (Э) ПСР с помощью простой формулы:

$$\mathcal{E}_i = (O_{i-k} - O_{i-n}) / O_{i-n} \quad (1)$$

Например, для пациента №1 и области нарушений O_1 (мотивация), используя формулу (1), получаем:

$$\mathcal{E}_1(1) = (0,448 - 0,191) / 0,191 = 1,345$$

Аналогично, для пациента №2 и области нарушений O_1 (мотивация) используя формулу (1), получаем:

$$\mathcal{E}_1(2) = (0,448 - 0,292) / 0,292 = 0,534$$

В результате вычислений для всех областей $O_1 - O_{10}$ и 2-х пациентов получаем результаты, приведенные в таблице 12.

Таблица 12

Числовые оценки эффективности ПСР по 10 областям нарушений для 2-х пациентов

O_i / \mathcal{E} №2	О1/Э	О2/Э	О3/Э	О4/Э	О5/Э	О6/Э	О7/Э	О8/Э	О9/Э	О10/Э
№1	1,34	0	0,534	1,345	0,504	0,504	0,504	0	0,504	0,529

	5									
№2	0,53 4	0	0,534	1,299	1,299	1,345	0,534	0,504	0,529	0,529

Можно стандартным путем (умножением на 100) перевести эти оценки в процентный вид, например,

$$\begin{aligned} \mathcal{E}_1(1) &= 1,345 * 100 = 134,5\%, & \mathcal{E}_1(2) &= \\ 0,534 * 100 &= 53,4\% \end{aligned}$$

Интегральные оценки эффективности ПСР для каждого пациента получим с помощью оценок весомости областей нарушений (табл. 6), а также данных из таблицы 12 (*это частные оценки эффективности ПСР для каждой области нарушений по пациентам*), получаем на основе полилинейного сворачивания данных таблиц 6 и 12.

Например, эта процедура получения интегральной эффективности (ЭИ) ПСР для пациента №1 описывается следующей лингвистической формулой:

каждую оценку (частной эффективности) из 1-ой строки таблицы 12 умножаем на соответствующую величину весомости (оценка весомости области нарушений) из таблицы 6 и все полученные значения произведений суммируем.

Реализация этой формулы в алгебраической форме для пациента №1:

$$\begin{aligned} \text{ЭИ}(1) &= \mathcal{E}_1(1) * W(O_1) + \mathcal{E}_2(1) * W(O_2) + \mathcal{E}_3(1) * W(O_3) + \\ &\mathcal{E}_4(1) * W(O_4) + \mathcal{E}_5(1) * W(O_5) + \mathcal{E}_6(1) * W(O_6) + \mathcal{E}_7(1) * W(O_7) + \\ &\mathcal{E}_8(1) * W(O_8) + \mathcal{E}_9(1) * W(O_9) + \mathcal{E}_{10}(1) * W(O_{10}) \end{aligned} \quad (2)$$

Подставляя в формулу (2) соответствующие значения из таблиц 6 и 12, получаем:

$$\begin{aligned} \text{ЭИ}(1) &= 1,345 * 0,088 + 0,0 * 0,217 + 0,534 * 0,244 + 1,345 * 0,150 + \\ &0,504 * 0,034 + 0,504 * 0,122 + 0,504 * 0,070 + 0,0 * 0,034 + 0,504 * \\ &0,020 + 0,529 * 0,022 = \mathbf{0,586} \end{aligned}$$

Для пациента №2 вычисления по формуле (2) дают значение интегральной эффективности ПСР: ЭИ(2) = **0,657**.

Можно записать значения ЭИ для этих пациентов в процентах:

$$\text{ЭИ}(1) = 58,6\% \quad \text{и} \quad \text{ЭИ}(2) = 65,7\%$$

Заключение

Разработана инновационная методология и алгоритмы на основе метода анализа иерархий для оценки тяжести психопатологических состояний пациентов и эффективности вмешательств в рамках реализации различных реабилитационных стратегий.

Фундаментальное отличие предлагаемого подхода от ранговых методов обработки исходной информации – формирование

результатов обработки экспертной информации в шкале отношений (числовой шкале), что обеспечивает корректную интеграцию психометрических и нейробиологических характеристик при рассмотрении процедур диагностики, психосоциальной терапии и реабилитации.

Подход обеспечивает широкое применение математических операций, построение адекватных моделей соответствующих процессов и корректное использование получаемых оценок в клинической практике и научных исследованиях.

Литература

1. Гурович И. Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Мед-практика, 2004.
2. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1978.
3. Купцов М.И., Филипова Е.Е., Слободская И.Н. и др. Математические методы в психологии. М.: Горячая линия – Телеком; 2017.
4. Новиков Н.Ю. Теория шкал. Принципы построения эталонных процедур измерения, кодирования и управления. – М.: Физматлит; 2009.
5. Митихин В.Г., Солохина Т.А. Обработка полученных при использовании психометрических шкал ранговых данных на основе метода анализа иерархий. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019; 119(2): 49-54. doi:10.17116/jnevro201911902149
6. Митихин В.Г., Солохина Т.А. Оценка весомости и согласованности взаимодействия специалистов в составе полипрофессиональных бригад. // Неврологический вестник им В.М. Бехтерева, 2020, № 1: с.30-33.
7. Митихин В.Г., Алиева Л.М., Ениколопов С.Н. Применение метода анализа иерархий для обработки данных исследования телесного образа «Я» у больных психическими расстройствами. // Психиатрия. 2015, № 1: с. 29-32.
8. Саати Т. Л. Принятие решений при зависимостях и обратных связях: Аналитические сети / Пер. с англ. – М.: Изд. ЛКИ; 2008.
9. Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Алиева Л.М. Многофакторные регрессионные модели приверженности лечению больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и их родственников // Психиатрия. 2021; 19(1): 34-44. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-34-44>
10. Хайтун С.Д. Количественный анализ социальных явлений. Проблемы и перспективы. М.: ЛИБРОКОМ; 2014.
11. Шмуклер А.Б. Внебольничная психиатрическая помощь в психоневрологическом диспансере (практическое руководство). Москва: ИД «Медпрактика». 2016.
12. Ястребов В.С., Митихин В.Г. Оценка деятельности и перспектив развития психиатрических служб на основе иерархического анализа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005; 105 (4): 61-67.
13. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Митихин В.Г., Михайлова И.И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008; 108(6): 4-10.
14. Cuthbert B. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to

- dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry. 2014; 13 (1): 28–35. doi.org/ 10.1002/wps.20087
15. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. World Psychiatry. 2018; 17(3): 282-93. doi:10.1002/wps.20566
16. Pfanzagl J. Theory of measurement. In cooperation with Baumann V. and Huber H. 2nd revised edition. Wurzberg – Wien: Physica-Verlag; 1971.

Селезнева Н.Д., Рошина И.Ф.
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ДИНАМИКИ МИНИМАЛЬНОЙ КОГНИТИВНОЙ
ДИСФУНКЦИИ У РОДСТВЕННИКОВ 1-Й СТЕПЕНИ РОДСТВА
ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Аннотация. В статье представлены результаты клинико-психологического исследования когорты родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью альцгеймера, которые амбулаторно наблюдались в отделе гериатрической психиатрии фгбну нцпз в течение 10 лет. Катамнестическая оценка различных параметров когнитивных функций проводилась с использованием клинико-психопатологического, психометрического и нейропсихологического методов. Клинико-психологическая оценка когнитивной сферы через 5 и 10 лет показала значимое ухудшение различных параметров психической деятельности у обследованных родственников и необходимость применения нейрометаболической терапии и программ когнитивной тренировки для профилактики у них когнитивного снижения.

Ключевые слова: родственники 1-й степени родства больных болезнью альцгеймера (ба); минимальная когнитивная дисфункция (мкд); клинико-психологическое исследование; динамика когнитивной сферы

Введение

Актуальность настоящей работы определяется полученными ранее данными о выявлении легкой когнитивной недостаточности у кровных родственников пациентов с болезнью альцгеймера (ба) задолго до развития у них клинически диагностированной ба, что предположительно может свидетельствовать о наиболее ранних проявлениях начинающегося нейродегенеративного процесса. Исследование является фрагментом мультидисциплинарного исследования когорты кровных родственников пациентов с ба в отделе гериатрической психиатрии фгбну нцпз. При изучении когнитивной сферы кровных родственников больных ба (по сравнению с

контрольными группами соответствующего возраста, не являющимися родственниками больных ба) получены доказательства наличия у них мнестической дисфункции [1]. Обнаружены сниженные когнитивные способности [2], дефицитарность исполнительной деятельности, вербальной и зрительной памяти, недостаточность абстрактного мышления и способности к обучению [3], недостаточность зрительной и слухоречевой памяти, оптико-пространственной деятельности и произвольной регуляции деятельности, а также дефицитарность пространственной и кинетической организация праксиса [4].

Результаты приведенных исследований указывают на необходимость разработки мер, направленных на профилактику нарастания дефицита когнитивного функционирования у лиц с высоким риском развития ба.

Цель исследования – изучение динамики минимальной когнитивной дисфункции (мкд) у родственников 1-й степени родства пациентов с ба.

Участники исследования. В исследовании приняли участие 58 родственников 1-й степени родства пациентов с ба (13 мужчин и 45 женщин), 47 из которых являлись детьми больных ба и 11 – сибсами (братьями или сестрами). Средний возраст составил 57,0±11,6 г.

Дизайн исследования: открытое клинико-психопатологическое изучение динамики когнитивного функционирования родственников с мкд на протяжении 10-летнего периода.

Диагностика мкд основывалась на субъективных жалобах родственников на легкие мнестические затруднения, касающиеся событий текущего времени и новой, особенно цифровой, информации, на трудности усвоения мануальных навыков и пространственных взаимоотношений; на объективном выявлении легкого снижения показателей зрительной и слухоречевой памяти, кинетической и пространственной организации праксиса, оптико-пространственной деятельности, а также легких трудностей произвольной регуляции деятельности, обнаруживаемых при комплексном нейропсихологическом обследовании; их социальная, профессиональная и повседневная активность оставались полностью сохраненными [5].

Методы исследования. Для оценки показателей когнитивного функционирования применялись клинико-психопатологический нейропсихологический, психометрический и статистический методы.

Нейропсихологические обследование проводилось с использованием «экспресс-методики оценки мнестико-интеллектуальной сферы в пожилом возрасте» с количественной и качественной оценкой различных составляющих психической деятельности (корсакова н.к. И соавт., 2009) [6].

Психометрическое обследование включало шкалы, оценивающие когнитивные функции: мини-тест оценки когнитивных функций (mmse – mini-mental state examination) (folstein m. Et al., 1975), монреальская шкала оценки когнитивных функций (моса – montreal cognitive assessment); шкала общего клинического впечатления (cgi-i – clinical global impression scale). Применялись психометрические тесты, дифференцированно оценивающие различные когнитивные функции: тест произвольного запоминания 10 слов (а.р. Лурия, 2003); бостонский тест называния (bnt – boston naming test); субтест 6 теста векслера (david wechsler's scale, subtest 6); тест рисования часов (cdt – clock drawing test); тест запоминания 5 геометрических фигур (е.д. Хомская, 2007); тест бентона (benton visual retention test, bvrt); субтесты «звуковые» ассоциации и «категориальные» ассоциации (drs – Mattis dementia rating scale: verbal fluency); тест мюнстерберга (munsterberg test).

Метод оценки. Исходные показатели когнитивного функционирования родственников сравнили с показателями через 5 и через 10 лет наблюдения.

Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ statistica 6 фирмы statsoftink. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

У всех обследованных было получено информированное согласие на участие в исследовании.

Исследование соответствует положениям хельсинской декларации 1975 года, ее пересмотренному варианту 2000 года и одобрено локальным этическим комитетом фгбну нпцз.

Результаты

Через 5 лет после первичного обследования у 10 человек (17,2%) с мкд наблюдалось формирование синдрома мягкого когнитивного снижения (мкс) (по мкб-10 рубрика f06.7). У 48 человек когнитивное состояние оставалось на исходном уровне. Через 10 лет синдром мкс диагностирован в 22 случаях (38,0%), в 5 случаях (8,6%) поставлен диагноз ба. У 31 родственника (53,4%) состояние не ухудшилось и соответствовало мкд.

По шкале cgi-i через 5 лет минимальное ухудшение отмечено в 9 случаях (17,2%), в 49 случаях (15,5%) состояние не изменилось (таб.1). Через 10 лет минимальное ухудшение наблюдалось у 15 родственников (25,9%), умеренное ухудшение – у 21 родственника (36,2%), ухудшение выраженной степени – в 5 случаях (8,6%). В 17 случаях (29,3%) состояние по сравнению с исходным не изменилось.

Таблица 1. Оценка общего клинического впечатления (по шкале cgi-i) до начала исследования (0 день), через 5 и через 10 лет наблюдения

Шкала cgi-i	Время оценки					
	0 день		5 лет		10 лет	
	N	%	N	%	N	%
Отсутствие изменений	58	100	49	84,5	17	29,3
Минимальное ухудшение	0	0	9	15,5	15	25,9
Умеренное ухудшение	0	0	0	0	21	36,2
Выраженное ухудшение	0	0	0	0	5	8,6

Через 5 лет наблюдения по большинству применявшихся шкал и тестов отмечено статистически значимое ухудшение исходных средне-групповых оценок. Исключение составили 3 теста, ухудшение оценок по которым не достигало значимой величины: тест рисования часов, тест маттиса (звуковые и категориальные ассоциации) и тест мюнстерберга (таб. 2).

Спустя 10 лет наблюдения исходные средне-групповые оценки значимо ухудшились по всем шкалам и тестам.

Таблица 2. Динамика средне-групповых показателей (в баллах) по шкалам и тестам до начала исследования (0 день), через 5 и через 10 лет наблюдения

Шкалы и тесты	Время оценки				
	0 день	5 лет	P	10 лет	P
Шкала mmse	28,5+1,1	28,0+1,4	*	26,9+2,2	*
Шкала моса	26,6+1,5	26,0+1,8	*	24,2+2,7	*
Запоминание 10 слов	6,6+0,8	6,1+1,0	*	5,5+1,28	*
Отсроченное воспроизведение 10 слов	5,7+1,2	5,2+1,3	*	4,5+1,4	*
Бостонский тест называния 55 слов	48,8+2,9	47,6+3,5	*	45,4+4,1	*
Субтест 6 теста векслера – повторение цифр в прямом порядке	6,5+0,9	6,1+1,0	*	5,4+1,4	*
– повторение цифр в обратном порядке	5,0+0,9	4,6+1,0	*	3,8+1,3	*
Тест рисования часов	9,9+0,4	9,7+0,8		9,2+1,3	*
Тест запоминания 5 фигур	3,7+0,7	3,3+0,9	*	2,7+1,1	*
Тест бентона	11,6+1,4	11,0+1,6	*	9,5+2,2	*

Тест маттиса:				
– звуковые ассоциации	18,1+3,0	17,2+4,1		15,1+4,9 *
– категориальные ассоциации	19,7+4,2	18,6+4,7		16,6+5,3 *
Тест мюнстерберга	20,3+2,7	19,2+3,4		16,9+4,9 *

* – различия статистически значимы ($p < 0,05$)

Результаты нейропсихологической оценки через 5 и через 10 лет наблюдения представлены в таблице 3.

Таблица 3. Динамика средне-групповых показателей (в баллах) по результатам выполнения проб «экспресс-методики» до начала исследования (0 день), через 5 и через 10 лет наблюдения

Субтесты экспресс-методики	Время оценки				
	0 день	5 лет	Р	10 лет	Р
Непосредственное запоминание вербальных стимулов	1,4+0,2	1,5+0,2		1,9+2,2	*
Конструктивная деятельность	0,5+0,5	0,8,0+0,6	*	1,1+0,7	*
Динамический праксис	0,6+0,8	1,1+0,7	*	1,7+0,2	*
Отсроченное воспроизведение Вербальных стимулов	1,3+0,2	1,8+0,3	*	2,5+0,4	*
Зрительная память	4,8+1,2	5,6+1,5	*	6,4+1,1	*
Семантическая память	0,9+0,3	1,1+1,1		1,9+1,4	*
Понимание логико-грамматических Конструкций	1,2+0,3	1,7+0,8	*	2,2+1,1	*
Вербальное мышление	0,3+0,1	0,5+0,2		1,1+0,1	*
Регуляторный праксис	0,7+0,4	0,9+0,2		1,4+0,1	*
Пространственный праксис	0,8+0,3	1,5+0,4	*	2,3+0,2	*
Сумма	12,5+0,4	16,4+0,5	*	22,5+0,5	*

* – различия статистически значимы

Результаты нейропсихологической оценки через 5 показали значимое ухудшение по 5 субтестам и общему баллу экспресс-методики. Наблюдалось ухудшение кинетической и пространственной организации произвольных движений, увеличение тормозимости

следов при запоминании вербальных стимулов, сужение объема зрительной памяти, недостаточность квазипространственной организации речи (понимания логико-грамматических конструкций языка). При этом значимо не ухудшались показатели непосредственного запоминания в слухоречевой модальности и семантической памяти, конструктивной деятельности, вербального мышления и произвольной регуляции праксиса.

Результаты нейропсихологического обследования через 10 лет после первичного исследования обнаружили значимое ухудшение показателей по всем 10 шкалам и общему баллу экспресс-методики, что соответствовало значимому ухудшению результатов выполнения психометрических методик. Однако, следует отметить, что наблюдались достаточно выраженные индивидуальные особенности нарастания дефицитарности и снижения различных параметров психической деятельности.

Заключение

Анализ результатов настоящей работы показал статистически значимую отрицательную динамику когнитивного функционирования родственников 1-й степени родства больных ба, имеющих минимальную когнитивную дисфункцию, уже через 5 лет наблюдения, которая продолжала нарастать к 10 году наблюдения. На это указывает снижение средне-групповых оценок по шкалам и психометрическим тестам, свидетельствующее о значимом ухудшении в обследованной группе родственников конструктивной деятельности, номинативной функции речи, зрительной памяти, произвольного внимания и вербального мышления. Результаты комплексной нейропсихологической оценки за 10-летний период наблюдения когорты родственников 1-й степени родства пациентов с ба также обнаружили значимое постепенное ухудшение у них когнитивных возможностей.

Полученные данные указывают на необходимость как можно более раннего (уже на этапе минимальной когнитивной дисфункции) применения нейрометаболической терапии, а также когнитивной стимуляции (тренингов), направленной на предупреждение мнестико-интеллектуального снижения у кровных родственников пациентов с ба.

Литература

1. La Rue a., O'hara r., Matsuyama s.s., Jarvik l.f. Cognitive changes in young-old adults: effect of family history of dementia. J clin exp neuropsychol. 1995; 17: 60–70. <https://doi.org/10.1080/13803399508406582>.
2. Small g.w., okonek a., mandelkern m.a. La rue a., chang l., khonsary a., ropchan j.r. And blahd w.h. Age-associated memory loss: initial neuropsychological and cerebral metabolic findings of a longitudinal study. Int psychogeriatr. 1994;6:23–44. <https://doi.org/10.1017/s1041610294001596>.

3. Jarvik lf, Brazer d. Children of alzheimer parents: an overview. J geriatri psychiatry neurol. 2005;18:181–186. <https://doi.org/10.1177/0891988705281859>.
4. Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б., Гантман М.В., Коровайцева Г.И., Кунижева С.С., Рогаев Е.И. Психические нарушения когнитивного и некогнитивного спектра у родственников 1 степени родства пациентов с болезнью альцгеймера. Журнал неврологии и психиатрии им. С.с. Корсакова. 2012;112 (10):8–13.
5. Селезнева Н.Д., Кольхалов И.В., Гаврилова С.И. Сравнительное проспективное мультидисциплинарное исследование эффективности холина альфосцерата в профилактике прогрессирования когнитивного дефицита у родственников пациентов с болезнью альцгеймера. Психиатрия. 2020;18(1):6–15. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-1-6-15>.
6. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении. Журнал неврологии и психиатрии. 2009;2:44–50.

РАЗДЕЛ 5. НОВОЕ В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Алфимова М. В.

ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ В СОВРЕМЕННЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Аннотация. Генетические влияния на психологические признаки представлены совокупностью очень малых эффектов очень большого числа генов. Их анализ требует выборки в сотни тысяч испытуемых. Обследовать такие выборки, придерживаясь традиционных требований к валидности и надёжности измерения, - невыполнимая миссия, что вынуждает исследователей искать новые способы оценки психологических свойств. Статья описывает подходы, которые использовались в самых крупных генетических работах: приведение разных оценок признака к одной шкале; минимальное фенотипирование и применение суррогатных показателей психологических конструкторов; исследование латентных свойств; анализ неизвестных неизмеренных свойств.

Ключевые слова: психогенетика, полногеномные исследования ассоциаций, психометрия.

Эру, начавшуюся в 2003 году, после завершения проекта «Геном человека», принято называть постгеномной. С эпистемологической точки зрения это означает переход от мышления и эксперимента, сфокусированного на одиночном гене, например, «гене для нейротизма», к пониманию и исследованию всего генома как части живого организма – сложной самоорганизующейся системы с бесчисленными взаимодействиями многих компонентов как в самом геноме, так и в клетке, функциональной системе и т.д., включая, как важнейший, и уровень взаимодействия человека со средой [7]. В научных исследованиях это выражается в том, что установление генетической архитектуры признака проводится на основе анализа полногеномной и другой полно-«омной» информации.

Понятие «полногеномная информация» нуждается, однако, в уточнении. По современным оценкам более 99% последовательности ДНК человека, состоящей из трех миллиардов нуклеотидов, у двух не связанных между собой узлами родства людей одинаковы. Чтобы понять генетические причины различий между людьми по биологическим, психологическим, медицинским параметрам, изучают только

вариативные фрагменты ДНК, т.е. оставшийся 1% (но это все еще десятки миллионов генетических вариантов). Преимущественно вариативность заключается в замене одного нуклеотида (такую вариативность называют «снипами»: SNP - single nucleotide polymorphism), реже – вставкой/потерей более длинных отрезков ДНК. Каждый SNP, который встречается у более 1% людей, имеет уникальный номер. Например, за обозначением SNP rs743575 стоит тот факт, что у 70% европейцев на десятой хромосоме в позиции 104594906 находится нуклеотид тимин, а у 30% – гуанин (в этом случае говорят, что у 70% людей в данном локусе присутствует аллель Т, а у 30% – аллель G).

В настоящее время основным способом получения полногеномной информации о человеке является применение микрочипов. Эта технология позволяет определить, какие нуклеотиды расположены у данного человека в вариативных точках генома. Современные микрочипы дают возможность оценить от сотен тысяч до двух с половиной миллионов SNP. Аллели для других SNP можно определить благодаря тому, что многие SNP наследуются, как правило, вместе и существуют специальные базы данных, позволяющие восстановить информацию о SNP, которые не охвачены микрочипом, для человека той или иной этнической принадлежности.

Использование полученной с помощью микрочипов полногеномной информации многих людей для поиска точек генома, связанных с определенным признаком, называют полногеномным исследованием ассоциаций – GWAS (genome-wide association study). Первое GWAS было проведено в 2002 г. для инфаркта миокарда. В настоящее время GWAS является основным инструментом анализа генетических основ сложных признаков, включая распространенные заболевания и психологические характеристики.

Ранние GWAS были неудачными. Они наследовали основную проблему изучения единичных генов – низкую воспроизводимость результатов. Кроме того, они часто не обнаруживали генетических вариантов, статистически значимо связанных с признаками, несмотря на то что благодаря домолекулярным – семейным и близнецовым – исследованиям было известно, что межиндивидуальная вариативность этих признаков в существенной степени объясняется генетическими различиями между людьми. (Следует иметь в виду, что порог значимости в GWAS является очень высоким: $p = 5 \times 10^{-8}$, так как учитывается множественность сравнений).

Первые неудачи заставили заговорить о том, что нужны более точные измерения признаков в более однородных выборках. Однако полногеномные исследования развернулись и пошли другим путем. К

этому времени уже было понятно, что генетические влияния на распространенные заболевания и психологические признаки представлены совокупным эффектом огромного множества генетических вариантов с очень маленькими индивидуальными эффектами. Соответственно, вместо точности измерения ставка была сделана на увеличение мощности анализа, то есть на большие, а в перспективе гигантские выборки (миллионы людей), которые бы позволяли выявлять генетические варианты, объясняющие менее одного процента общей изменчивости признака.

Исследования, построенные на данной идеологии, оказались успешными и принесли данные о тысячах генетических вариантов, связанных с той или иной значимой для человека и общества характеристикой. Следующим заметным шагом стала практика объединения полученных в GWAS данных об этих вариантах в полигенные показатели. Последние обычно называются полигенными показателями риска – PRS, polygenic risk scores, поскольку они в первую очередь рассматриваются как потенциальный инструмент выявления людей, имеющих очень высокий генетический риск развития определенного заболевания, например, диабета, шизофрении и др. PRS представляет собой простую сумму эффектов отдельных генетических вариантов на признак. Для каждого генетического варианта этот эффект вычисляют как произведение количества аллелей риска в генотипе данного человека (т.е. 0, 1 или 2 аллеля, чаще встречающихся у людей с заболеванием или у тех, у кого сильнее выражен изучаемый признак) на силу связи этого аллеля с признаком по данным GWAS. Для количественных признаков сила связи обычно выражается коэффициентом регрессии β .

PRS завоевывают все большую популярность, распространяясь за пределы медицинских исследований и приводя к «бытовизации генетической информации», что может оказать существенное влияние на политику в области образования, трудоустройства, семейных отношений и других важнейших аспектов жизни общества. Как свидетельствует трагическая история генетики, эта перспектива таит в себе серьезные риски. Поэтому вся методология GWAS требует рассмотрения и критической оценки не только генетиками, но и другими специалистами. И первая задача психологов – разобраться, что же и как измерялось в крупнейших психологических GWAS, и, соответственно, какие подводные камни таит в себе использование результатов этих исследований, в частности в виде PRS. Ниже мы рассмотрим основные способы определения психологических переменных в наиболее масштабных на сегодняшний день GWAS свойств индивидуальности.

***Исследования измеряемых психологических конструкторов.
Общий интеллект и нейротизм***

Итак, GWAS требуют больших, точнее огромных, выборок для достижения достаточной мощности. Самый простой способ увеличить базу данных для вычислений – провести мета-анализ результатов, полученных в разных исследованиях. В целом мета-анализ не требует приведения анализируемого признака к одной метрике. Достаточно считать, что все включенные в анализ работы измеряли один и тот же конструктор. Так было сделано, например, в крупнейшем на сегодня GWAS интеллекта. Эта работа представляет собой мета-анализ данных GWAS, проведенных в 14 разных исследовательских центрах, с совокупной выборкой в 269867 человек [11]. Авторы проанализировали около девяти миллионов генетических вариантов и нашли 205 независимых участков генома, статистически значимо связанных с интеллектом.

В этом исследовании интеллект был представлен в основном двумя традиционными для психометрии переменными. Во-первых, это был показатель g , который вычислялся как значение первой главной компоненты до вращения в факторном анализе показателей нескольких когнитивных тестов. Во-вторых, использовался коэффициент интеллекта IQ – суммарный или средний балл по батарее тестов для измерения интеллекта. В одном случае (когорта проекта High IQ) показатель интеллекта был категориальным: люди с очень высоким IQ (верхние 0.03% исследованной популяции) против всех остальных. Авторы мета-анализа считали, что независимо от того, использовалось ли в качестве показателя в определенной выборке факторное g , суммарный балл или среднее, все показатели отражали g Спирмена – т.е. общий интеллект.

Для вычисления количественных показателей интеллекта в разных когортах применялись разные тесты. Минимальное требование – тесты должны были охватывать не менее трех когнитивных доменов. Тесты могли быть как из батарей для исследования интеллекта, так и нейропсихологические. При этом, некоторые из когорт уже сами по себе собирались из нескольких исследовательских центров, использовавших разные измерительные инструменты. Например, в анализ были включены данные Консорциума когнитивной геномики (Cognitive Genomics Consortium, COGENT), которые представляют собой результаты мета-анализа GWAS общего интеллекта для 24 выборок, состоящих из 35 подвыборок. Нужно также иметь в виду, что когорты набирались первоначально с разными, специфичными целями, например, для изучения связи потребления алкоголя и курения с заболеваемостью (проект Swedish Twin Registry), развития детей

(Generation R Study), очень высокого интеллекта (High IQ), и различались, соответственно, возрастом участников: разброс составил от 6 до 96 лет. Авторы объединили все эти данные в рамках одного мета-анализа, ссылаясь на литературу о том, что природа общего интеллекта остается относительно стабильной при разных подходах к его измерению, т.е. имеет место сильная корреляция между g Спирмена, вычисленными на основе разных тестов. Тем не менее, в ходе проведения мета-анализа авторами были приняты некоторые меры предосторожности. В частности, они вычислили генетические корреляции¹ между интеллектом в детской, взрослой и возрастной группах; значения этих коэффициентов были достаточно высокими чтобы предположить, что с интеллектом в разных возрастах связаны примерно одни и те же наборы генетических вариантов. Кроме того, авторы провели сравнительный анализ результатов, получаемых при исключении наиболее отличающихся по способу измерения интеллекта групп, и убедились, что это не влияло значимо на результаты основного мета-анализа.

Большую часть выборки (195653 человек) в рассматриваемом исследовании интеллекта составили участники Биобанка Великобритании – UK Biobank. Это самый масштабный в мире по числу регистрируемых характеристик участника генетический проект и исследовательский ресурс, широко используемый учеными из разных стран. Биобанк содержит генетическую, медицинскую и социо-демографическую информацию, а также информацию об образе жизни примерно полумиллиона жителей Великобритании в возрасте 40-69 лет, с планируемым 30-летним катамнезом [12]. Проект уже принес немало плодов и породил немало проблем. Одна из них, называемая «минимальное фенотипирование», релевантна для нашей темы и заслуживает рассмотрения.

Минимальным, или легким, фенотипированием называют использование очень небольшого количества информации для оценки признака. Например, «широкое» определение депрессии в Биобанке представляет собой утвердительный ответ всего на один вопрос: обращался ли участник когда-либо к врачу по поводу нервов, тревоги, напряжения или депрессии. Проблема лёгкого фенотипирования отчасти касается и оценки когнитивных функций.

Когнитивная оценка в UK Biobank является нестандартной (модифицированные или созданные для Биобанка тесты), ее основной костяк включает всего четыре теста, занимает 5 минут, и проводится на

¹ Генетические корреляции показывают, насколько пересекаются наборы генов, связанных с каждым из двух рассматриваемых признаков.

компьютере с сенсорным экраном как часть общего компьютерного опроса, без участия экспериментатора, хотя сотрудники проекта могут присутствовать, не вмешиваясь в работу испытуемого. Четыре основные теста измеряют: 1) скорость обработки информации (время реакции на предъявление двух одинаковых игральные карт в последовательности других пар карт, 12 раундов); 2) вербальную память (словесные парные ассоциации); 3) проспективную память («В конце игры мы покажем Вам четыре цветные фигуры и попросим Вас прикоснуться к синему квадрату. Однако, чтобы проверить Вашу память, мы хотим, чтобы Вы вместо этого коснулись оранжевого круга»); и 4) текучий интеллект (нужно ответить на как можно большее количества вопросов, требующих логического мышления, за две минуты). Многие испытуемые также выполняли пробу на воспроизведение цифровых рядов в обратном порядке. А позже, при прохождении частью участников магнитно-резонансной томографии мозга, им предлагались варианты Башни Лондона, Словаря (подбор картинки к слову), Шифровки и Слежения (Trail Making Test). В проекте не содержится информации о том, почему именно эти тесты были выбраны и как они создавались. Их психометрические свойства - валидность и тест-ретестовая надежность - были проверены только недавно, в независимом исследовании [2]. Последнее включало 160 испытуемых. Они выполняли на компьютере тесты Биобанка и, кроме того, обследовались в обычных условиях, т.е. с участием экспериментатора, во время которого им предлагали валидизированные и стандартизованные референтные тесты, т.е. тесты, предположительно измеряющие те же когнитивные домены, что и тесты Биобанка (референтного теста не нашлось только для текучего интеллекта). По результатам исследования авторы сделали вывод о приемлемости психометрических свойств когнитивной батареи Биобанка. Фактически же корреляции тестов Биобанка с референтными колебались в широких пределах ($r = 0.2-0.8$) и в существенной степени отражали сходство теста Биобанка с прототипом; четверть испытуемых ответили, что компьютерные инструкции к тестам Биобанка не были достаточно ясными; и 72% испытуемых признались, что выполняли пробу, задуманную как аналог повторения цифровых рядов в обратном порядке, т.е. как тест рабочей памяти, просто запоминая появляющийся на экране цифровой ряд не слева направо, а сразу справа налево. Тем не менее, корреляция между факторными g батареи Биобанка и референтной оказалась высокой ($r = 0.8$), что свидетельствует о пригодности даже краткого и необычного когнитивного тестирования для измерения общего интеллекта.

Что касается личностных свойств, в настоящее время существуют

GWAS для каждой из черт большой пятерки. Однако наиболее масштабными и привлекающими интерес за пределами психологии – преимущественно в психиатрии – являются GWAS нейротизма. Крупнейшее GWAS нейротизма в качестве основной выборки включало 329821 участника Биобанка, заполнившего краткий (12 пунктов) опросник Айзенка (Eysenck Personality Questionnaire-Revised Short Form, EPQ-R-S), и обнаружило 116 генетических вариантов, связанных с этой чертой [6]. Однако в контексте проблемы измерения стоит упомянуть европейско-американско-австралийский Консорциум генетики личности (Genetics of Personality Consortium, GPC), поскольку он применяет оригинальный способ приведения данных разных опросников к одной шкале для повышения мощности мета-анализа GWAS [13]. Этот способ «гармонизации» показателей использует один из алгоритмов связывания, или уравнивания, показателей тестов, основанный на теории конструирования тестов Item Response Theory (IRT). Такие алгоритмы широко применяются для приведения разных вариантов экзаменационных тестов к одной шкале трудности. В основе метода лежит идея о существовании латентной переменной – в рассматриваемом случае оси выраженности нейротизма – и о том, что положение индивида на оси предсказывает, какую оценку по конкретному тесту он скорее всего получит. Для трансформации показателей разных тестов в показатели одной системы, определяемой этой латентной переменной, часть каждой из групп, которым предъявляются разные варианты задач, должна выполнить не только свой вариант, но еще и общий для всех групп «тест-мостик». При гармонизации оценок нейротизма Консорциумом часть испытуемых из 160 тысяч, представляющих 29 выборок, заполнили сразу несколько тестов, которые предполагалось включить в анализ [13]. Затем, внутри каждой когорты оценки испытуемых были пересчитаны в показатели на латентной переменной. Таким образом все когорты оказались измерены с помощью одного и того же виртуального инструмента. Важно отметить, что для измерения нейротизма использовались концептуально разные шкалы. Одни из них были основаны на теории Г. Айзенка (EPI, EPQ-R, EPQ-J, ABV), другие – на концепции большой пятерки (NEO-PI-R, NEO-FFI/NEO-FFI-30, IPIP), на биопсихосоциальной модели Р. Клонингера (TCI) и на представлении о существовании негативной эмоциональности (MPQ). Новые, вычисленные на основе IRT показатели нейротизма имели максимальную корреляцию ($r > 0.9$) с оценками нейротизма по шкалам NEO, EPQ, IPIP и минимальную с TCI, но даже последняя была высокой ($r > 0.7$). Таким образом, было показано, что шкалы, несмотря на концептуальные различия, отражают в основном один и тот же

психологический признак. Стоит отметить, что в ходе трансформации выявились выпадающие в некоторых когортах пункты, что указывает на сохранение межкультурных различий даже после стандартной адаптации тестов. Однако в целом инвариантность измерения в разных когортах была высокой.

Суррогатные показатели психологических свойств. Уровень образования

Еще одним вариантом легкого фенотипирования, о котором говорилось выше в связи с интеллектом, можно считать использование «прокси-фенотипов», т.е. суррогатных социально-демографических показателей, связанных с определенными психологическими характеристиками. Такой подход был предложен Консорциумом генетических ассоциаций в социальных науках (Social Science Genetic Association Consortium, SSGAC), который использовал уровень образования (educational attainment) в качестве индикатора когнитивных способностей [10]. Мета-анализ GWAS уровня образования, проведенный SSGAC в 2018 г. [5], стал первым GWAS поведенческих признаков, в котором выборка превысила миллион человек.

Все испытуемые (1131881 человек из 71 когорты) были этническими европейцами и старше 30 лет. Уровень образования в каждой национальной выборке кодировался сначала согласно Международной стандартной классификации образования (ISCED), а затем переводился в годы образования (years of schooling) в американской системе. Было выявлено более тысячи ($n = 1271$) генетических вариантов, статистически значимо связанных с этим показателем, а полигенный балл, вычисленный на основе полученных данных о девяти миллионах SNP, объяснял 11% вариативности образования и около 9% общего интеллекта в независимых выборках [5].

Известный психолог и генетик Роберт Пломин в своем обзоре «Новая генетика интеллекта» назвал GWAS образования прорывом в генетике интеллекта [8]. И в настоящее время полигенный балл образования широко используется в разнообразных исследованиях в качестве генетической меры интеллектуальных способностей. Следует отметить, никто не отрицает, что в полигенном балле образования отражены генетические корреляты не только интеллекта, но и личностных свойств. Однако о других ограничениях этого прокси упоминают редко. Между тем, один из важных с практической точки зрения элементов гигантской работы SSGAC – это анализ сходства разных когорт по влиянию на образование выявленного набора значимых генетических вариантов. Авторы обнаружили заметные различия: в разных когортах эти генетические варианты были связаны с образованием на разных уровнях значимости, дали разные оценки

наследуемости признака, и генетическая корреляция между парами когорт значимо отличалась от единицы (составляла в среднем 0.7). Авторы попытались исследовать причины этих различий, проанализировав влияние на них степени детализации оценки образования, среднего года рождения, среднего уровня образования в каждой когорте, а также степени имущественного неравенства в стране формирования когорты. Им удалось статистически подтвердить влияние точности (детальности) измерения образования на оценку наследуемости, а также года рождения на уровень генетических корреляций между когортами [5]. В целом, полученные результаты могут означать, что каждая среда (страна, общество, система образования и пр.) вносит свои коррективы в то, какие индивидуальные психологические, а значит и генетические особенности ведут к получению более высокого уровня образования и, в конце концов, к другим социальным успехам, и насколько в целом важна генетика для каждой системы. Соответственно, полигенный балл образования, вычисленный на основе этого крупнейшего GWAS, представляет генетическую основу только тех способностей, которые востребованы в современном западном мире. Более того, не исключено, что эти баллы не связаны с интеллектом, и отражают сложившуюся этно-социальную структуру изучаемого общества (например, разные волны миграции могут быть по-разному представлены в разных социальных слоях общества) [9]. Можно предположить, что и другие социально-демографические прокси психологических свойств будут обладать подобными ограничениями.

Исследование косвенно измеряемых – латентных - конструктов. Саморегуляция

Одно из основных направлений методических разработок, направленных на увеличение мощности GWAS, — это создание методов для объединения в одном анализе нескольких разных признаков (например, заболеваний), которые предположительно имеют генетическую общность. Эта генетическая общность может быть отражением того, что в основе нескольких черт или болезней лежит некий общий латентный фактор. Наиболее ярким исследованием в этом направлении стало недавно опубликованное Консорциумом экстерналичных проблем (Externalizing Consortium) GWAS саморегуляции [4]. Нарушение саморегуляции предположительно объединяет многие виды экстерналичных поведенческих проблем и расстройств, таких как злоупотребление психоактивными веществами, антисоциальное и суицидальное поведение. Благодаря использованию недавно предложенного метода моделирования структурными уравнениями геномных данных (Genome SEM [3]), авторам удалось

объединить результаты ранее проведенных GWAS для семи связанных с нарушением саморегуляции признаков, достигнуть благодаря этому размера выборки в почти полтора миллиона человек ($n = 1492085$) и выявить 579 независимых генетических вариантов, связанных с латентным генетическим фактором саморегуляции [4].

Поиск единого латентного генетического фактора, лежащего в основе разных экстерналиных проблем, авторы начали с включения в анализ всех релевантных характеристик, для которых уже имелись большие GWAS. Размер выборки должен был превышать 50000 человек, а выявленные генетические варианты объяснять долю наследуемости признака не менее установленного порога. Было выбраны следующие характеристики и заболевания: 1) синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), 2) проблемное употребление алкоголя, 3) история употребления каннабиноидов, 4) возраст первого сексуального опыта, 5) количество сексуальных партнеров, 6) склонность к риску, 7) история курения, 8) количество выпиваемого в неделю алкоголя, 9) превышение скорости при вождении, 10) уровень образования и 11) раздражительность. В поисках латентного генетического фактора саморегуляции авторы провели несколько раундов эксплораторного и конфирматорного факторного анализа генетических корреляций между признаками. Оказалось, что использование первых семи из вышеперечисленных характеристик позволяет выделить искомый латентный фактор. Конвергентная и дискриминантная валидность этого латентного генетического фактора проверялась с помощью его корреляций с генетикой 91 дополнительного признака. Генетический фактор саморегуляции показал высокие положительные корреляции с генетикой злоупотребления разными психоактивными веществами, импульсивности, склонности к суициду и антисоциальному поведению, посттравматического стрессового расстройства. Он также умеренно отрицательно коррелировал с генетикой интеллекта, образования и сознательности и положительно – экстраверсии и открытости опыту. Затем исследователи провели GWAS латентного генетического фактора саморегуляции и нашли 579 статистически связанных с ним генетических вариантов. Этот набор SNP был проверен на гетерогенность связей с семью исходными признаками. Анализ показал высокую гомогенность связей, что говорит в пользу гипотезы о том, что выделенный фактор – это самостоятельный, цельный конструктор, а не смесь генетических влияний на каждый из семи признаков. Далее авторы показали общность набора генетических вариантов саморегуляции с генетическими вариантами, найденными в других, независимых GWAS для злоупотребления алкоголем и

антисоциального поведения. Наконец, исследователи посчитали полигенный показатель латентного генетического фактора саморегуляции, взяли генетические, медицинские и прочие данные независимых выборок и продемонстрировали, что в этих выборках полигенный показатель саморегуляции статистически значимо связан как с общим фактором саморегуляции (измеренным на поведенческом уровне), так и с отдельными релевантными признаками (СДВГ, расстройство поведения и оппозиционно-вызывающее расстройство, начало употребления психоактивных веществ, злоупотребление психоактивными веществами, расторможенное поведение, криминальное поведение, репродуктивное здоровье и социально-экономические достижения), а также с широким кругом медицинских диагнозов, для многих из которых поведение, обусловленное низкой саморегуляцией, является фактором риска (например, ожирение, рак легких и др.).

Данная работа интересна тем, что для определения генетики латентного психологического конструкта, она использовала его легко доступные медицинские и социальные прокси. Кроме того, большинство использованных признаков являются типичными примерами минимального фенотипирования. Так, склонность к риску определялась ответом испытуемого всего на один вопрос («Вы бы описали себя как человека, который рискует?») с ответом в формате да/нет в когорте Биобанка Великобритании, которая составила большую часть выборки для этого признака.

Успех исследования саморегуляции, таким образом, позволяет предположить, что объединение нескольких признаков, которые представляют собой легко доступные прокси (медицинские и социальные) психологического конструкта и оцениваются с помощью минимума информации может дать достаточно валидную оценку генетики изучаемой латентной психологической характеристики. Следует отметить, что авторы работы дополнительно проанализировали связанный с саморегуляцией набор SNP в парах сибсов (братьев и сестер) и получили данные, несущественно отличающиеся от результатов всей выборки, что позволяет предположить лишь небольшое влияние межсемейных различий (а значит, скорее всего, и стратификации общества в целом) на полученные результаты. Однако в исследование были включены только лица европейского этнического происхождения.

Анализ неизвестных неизмеренных признаков. Образование минус интеллект

А можно ли проанализировать генетическую архитектуру не гипотетической латентной характеристики, а «того-не-знаю-чего», и

только потом постараться понять, что это за свойство? Такая попытка была недавно предпринята [1]. Она возвращает нас к GWAS образования, описанному выше. Международная команда авторов этой попытки поставила эпиграфом к своей статье цитату из «Преступления и наказания» Ф.М. Достоевского: «Чтоб умно поступать — одного ума мало». Цитата отражает интуитивно понятную и эмпирически подкрепленную идею исследования: для получения хорошего образования нужны не только когнитивные, но и «некогнитивные» способности. Последний термин позаимствован из экономической науки и предположительно объединяет различные характеристики, включая мотивацию, любопытство, настойчивость и др. Для генетического изучения этих неизмеренных некогнитивных способностей авторы предложили новый подход, который назвали «GWAS путем вычитания». Они использовали метод Genome SEM для «вычитания» из генетической основы образования той части, которая связана с общим интеллектом, получив таким образом генетическую часть, связанную с некогнитивными способностями. Для последней были определены значимо связанные с ней SNP (их оказалось 157), что, собственно, и было результатом GWAS путем вычитания. Однако интересен второй шаг авторов – направленный на установление психологической природы некогнитивных способностей. Для этого были вычислены генетические корреляции и корреляции полигенных показателей когнитивной (gCog) и некогнитивной (gNon-Cog) части генетики образования с широким кругом других признаков. Некоторые результаты оказались ожидаемыми и правдоподобными. Так, в новых когортах gCog была связана с различными показателями IQ примерно в два раза сильнее, чем gNon-Cog. В то же время gCog и gNon-Cog примерно одинаково положительно коррелировали с образованием, занимаемой должностью, местом, в котором человек мог позволить себе проживать, и долгожительством. Однако другие результаты контринтуитивны и позволяют заподозрить методологические проблемы. В частности, gNon-Cog положительно коррелировала с характеристиками зрелой личности - высокими открытостью опыту, сознательностью, дружелюбием, экстраверсией и низким нейротизмом, а также с такими стилистическими особенностями принятия решений как высокая толерантность к риску и готовность отказаться от немедленного вознаграждения в пользу большего отсроченного вознаграждения. Но все корреляции gCog с этими чертами за исключением открытости опыту и нейротизма были в противоположном направлении. То есть получалось, что хорошие генетические задатки интеллекта на поведенческом уровне означали снижение сознательности, экстраверсии и дружелюбия, неспособность

принимать решения, связанные с определенным риском, и неготовность терпеть и трудиться для получения более серьезного результата. Кроме того, gNon-Cog, будучи связана со зрелой личностью, одновременно коррелировала с более высоким генетическим риском таких психических заболеваний как нервная анорексия, шизофрения, обсессивно-компульсивное и биполярное расстройства, что противоречит многочисленным данным о личностном складе при этих заболеваниях. Среди ограничений своего исследования авторы называют очень грубое разделение генетических составляющих когнитивных и некогнитивных способностей, которое не учитывает, что эти способности развиваются в процессе тесного взаимодействия друг с другом. Это может быть одной из причин неожиданных результатов. Однако и применение в исследовании статистического подхода Genome SEM требует более детального рассмотрения и, возможно, коррекции.

Заключение

Итак, современные генетические исследования психологических признаков требуют формирования выборок, включающих сотни тысяч испытуемых. Обследовать такое количество испытуемых, придерживаясь традиционных требований к валидности и надёжности психологической оценки, одним инструментом и в рамках одного исследовательского центра - практически невыполнимая миссия. Исследователи вынуждены искать новые способы измерения и объединения психологических показателей для генетического анализа. Выше описаны несколько наиболее ярких генетических работ последних лет, применивших разные подходы: традиционный мета-анализ; мета-анализ, основанный на приведении разных оценок одного и того же признака к одной шкале; минимальное фенотипирование, включая использование легко доступных суррогатных показателей психологических конструкторов; объединение разных признаков на основе гипотезы об общем для них психологическом свойстве; и даже генетический анализ неизвестных неизмеренных свойств. Сложность этих подходов усугубляет традиционные для генетики трудности этической и прагматической интерпретации полученных данных. Вместе с тем, стоит отметить, что благодаря своей масштабности, кросс-языковому и кросс-культурному характеру такие генетические проекты дают важнейшую информацию не только для решения многих традиционных вопросов психогенетики, но и имеют положительный «побочный» эффект для психологической диагностики в целом.

Литература

1. Demange P.A., Malanchini M., Mallard T.T. et al. Investigating the genetic architecture of noncognitive skills using GWAS-by-subtraction // *Nat. Genet.* 2021. Vol. 53. P. 35-44. doi:10.1038/s41588-020-00754-2.
2. Fawns-Ritchie C., Deary I.J. Reliability and validity of the UK Biobank cognitive tests // *PLoS One.* 2020. Vol. 15. e0231627. doi:10.1371/journal.pone.0231627.
3. Grotzinger A.D., Rhemtulla M., de Vlaming R. et al. Genomic structural equation modelling provides insights into the multivariate genetic architecture of complex traits // *Nat. Hum. Behav.* 2019. Vol. 3. P. 513-525. doi:10.1038/s41562-019-0566-x.
4. Karlsson Linnér R., Mallard T.T., Barr P.B. et al. Multivariate analysis of 1.5 million people identifies genetic associations with traits related to self-regulation and addiction // *Nat. Neurosci.* 2021. Vol. 24. P. 1367-1376. doi:10.1038/s41593-021-00908-3.
5. Lee J.J., Wedow R., Okbay A. et al. Gene discovery and polygenic prediction from a genome-wide association study of educational attainment in 1.1 million individuals // *Nat. Genet.* 2018. Vol. 50. P. 1112-1121. doi:10.1038/s41588-018-0147-3.
6. Luciano M., Hagenaars S.P., Davies G. et al. Association analysis in over 329,000 individuals identifies 116 independent variants influencing neuroticism. // *Nat. Genet.* 2018. Vol. 50. P. 6-11. doi:10.1038/s41588-017-0013-8.
7. Perbal L. The case of the gene: Postgenomics between modernity and postmodernity // *EMBO Rep.* 2015. Vol. 16. N 7. P. 777-781. doi:10.15252/embr.201540179.
8. Plomin R., von Stumm S. The new genetics of intelligence // *Nat. Rev. Genet.* 2018. Vol. 19. P. 148-159. doi:10.1038/nrg.2017.104.
9. Richardson K., Jones M.C. Why genome-wide associations with cognitive ability measures are probably spurious // *New Ideas in Psychology.* 2019. Vol. 55. P. 35-41. doi: 10.1016/j.newideapsych.2019.04.005.
10. Rietveld C.A., Esko T., Davies G. et al. Common genetic variants associated with cognitive performance identified using the proxy-phenotype method // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 2014. Vol. 111. P. 13790-13794. doi:10.1073/pnas.1404623111.
11. Savage J.E., Jansen P.R., Stringer S. et al. Genome-wide association meta-analysis in 269,867 individuals identifies new genetic and functional links to intelligence // *Nat. Genet.* 2018. Vol. 50. P. 912-919. doi:10.1038/s41588-018-0152-6.
12. Sudlow C., Gallacher J., Allen N. et al. UK biobank: an open access resource for identifying the causes of a wide range of complex diseases of middle and old age // *PLoS Med.* 2015. Vol. 12. e1001779. doi:10.1371/journal.pmed.1001779.
13. van den Berg S.M., de Moor M.H., McGue M. et al. Harmonization of Neuroticism and Extraversion phenotypes across inventories and cohorts in the Genetics of Personality Consortium: an application of Item Response Theory // *Behav. Genet.* 2014. Vol. 44. P. 295-313. doi:10.1007/s10519-014-9654-x.

Бойко О.М., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н.,
Казьмина О.Ю.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРНЕТА В КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Аннотация. Интернет широко используется в клинико-психологических исследованиях. Он предоставляет возможности для использования как традиционных методов исследования, а также сам содержит информацию о особенностях пользователя (цифровые следы), которые дают материал для изучения поведения человека. К преимуществам использования интернета в клинико-психологическом исследовании относятся: расширение круга лиц, участвующих в исследовании; доступность групп населения, ранее недоступных для клинических психологов; возможность уточнения представления о нормативах за счет расширения выборки. Описаны сложности, связанные с данным форматом, а также юридические и этические вопросы.

Ключевые слова: клиническая психология, исследование, интернет, исследование в интернете

Дистанционные формы исследований известны достаточно давно. До появления интернета почтовые и телефонные опросы успешно применялись в разных областях: в социологии, в сексологии, в психологии. [7]) Именно модификацией, «логическим и технологическим продолжением» почтового анкетирования, которому насчитывается более 100 лет, Б.З. Докторов называет проведение опросов через интернет [7]. Первые психологические исследования с использованием интернета появились в конце прошлого века и с его массовым распространением стали обыденным явлением [5].

Интернет позволяет проводить исследования в разных формах: от классического интервью в текстовой [15] или видео-форме, до заполнения стандартизированных бланковых методик, прохождения специальных методик, оценивающих скорость реакции и т.д.. Также он дает возможность анализировать поведение человека в сети, его цифровые следы: тексты постов, комментарии, картинки, фотографии, предпочитаемые посты, фотографии, сообщества. Последнее привело к развитию целого направления исследований на стыке психологии, социологии и искусственного интеллекта. По сути своей такой подход является давно известным в психологии в целом и в клинической психологии направлением – анализом продуктов деятельности. Сюда относятся анализ дневниковых записей, художественных произведений. В клинико-психологической практике к таковым

относится разработанная Эдвином Шнайдером процедура психологической аутопсии, до сих пор применяемая при самоубийствах, помогающая всесторонне оценить личность и описать состояние человека перед суицидом, предположить мотивы антивитаальных действий [14]. Однако сама возможность прижизненного анализа продуктов деятельности без согласия самого человека, которая предоставляется интернетом, поставила новые этические вопросы.

Использование интернета в исследованиях в области клинической психологии в других странах применяется достаточно давно. В России отдельные исследования с использованием интернета были и раньше, но до пандемии COVID-19 массового распространения не было. Именно пандемия с необходимостью с одной стороны, соблюдать противоэпидемические правила, а с другой – получить данные о состоянии людей для выработки стратегии в оказании помощи им, подтолкнула существенное количество научно-исследовательских коллективов к использованию нового инструмента для набора данных. С самого начала инфекционного процесса коллективы клинических психологов разных стран используют интернет-технологии для мониторинга психического состояния, изучения реакции людей на ситуацию и разработки рекомендаций. Все ведущие журналы в области клинической психологии, как в России, так и за рубежом, публикуют статьи, данные для которых были собраны дистанционно – с использованием телефонных и интернет-опросов. Это позволило разработать и внедрить рекомендации, направленные на улучшение психологического самочувствия граждан, подготовку службы психического здоровья к актуальным требованиям практики. [19; 21; 8; 24; 20]

Успешный опыт, продемонстрировавший удобство интернета в клиничко-психологическом исследовании, сделавший его использование обыденной практикой, приведет к увеличению масштабов его использования. В связи с этим есть необходимость собрать воедино имеющиеся данные о применении интернета в клиничко-психологических исследованиях, описать возможности, ограничения, потенциальные сложности и наметить пути решения.

Преимущества использования интернета для сбора данных при проведении психологического исследования:

1.Расширение круга лиц, участвующих в исследовании, доступность групп населения, ранее недоступных – которые далеко живут, не ходят к психологу, доступность для исследования представителей социальных групп, которые обычно мало доступны для специалистов (не обращающимися за помощью к специалистам, в

промежутках между госпитализациями, не имеющими времени и возможности встретиться со специалистом и т.д.), что в итоге дает возможность сформировать более реалистичное представление о распространенности феномена в популяции. Однако в клинической психологии к исследованиям с использованием интернета долгое время отношение оставалось скептическим. С одной стороны, за счет традиционного метода анализа единичного случая и меньшим требованиям к объему выборки. А с другой, за счет традиции качественного в противовес количественному подходу, опирающегося на тщательный анализ поведения человека в ходе исследования, на интерпретацию хода работы испытуемого, а не только ее результатов, а также предполагающего возможность гибко изменять наполнение обследования в соответствии с изменением диагностической гипотезы у специалиста в ходе работы. Последнее частично можно компенсировать специально разработанным инструментарием, учитывающим длительность пауз и другие факторы.

2. Уточнение представления о нормативных показателях. В настоящее время всё большую актуальность в клинко-психологических исследованиях приобретают клинические феномены и выраженность их проявлений в так называемой нормативной популяции, у людей, не попадающих в поле зрения официальной статистики. Это делает необходимым доступ к более широким выборкам и требует от исследователей большей гибкости в приспособлении к возможностям обследуемых, в том числе временным и территориальным. При этом, клиническая психология давно нуждается в уточнении нормативных значений распространенности психопатологических явлений в популяции. Использование интернета в исследованиях дает возможность не только охватить те группы, которые обычно выпадают из поля зрения психологов при наборе нормативных значений, но и получить более приближенные к реальным значениям данные о распространенности в популяции и разных когортах клинических феноменов.

3. Увеличение объема выборок (увеличение массива данных). За счет относительной простоты получения большого массива данных исследование, проводимое в интернете, даёт возможность увидеть тонкие изменения в отдельных характеристиках. Так, например, это позволило провести анализ тренда уровня «соматизации» по мере развития пандемии что видно на рисунке 1. [11]

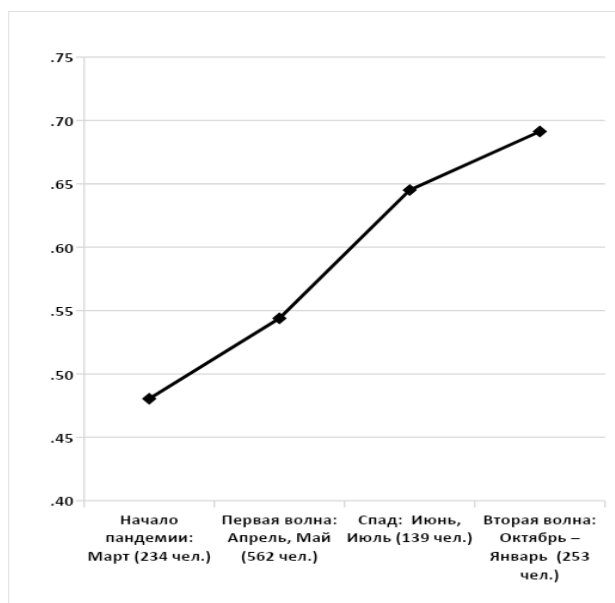


Рис. 1. «Соматизация» на разных этапах исследования психологических реакций на COVID-19

4. Скорость сбора данных. Наглядным подтверждением является стартовая часть исследования психологических реакций на COVID-19, проведенная нашим коллективом. В период с 22.03.2020 по 28.03.2020 в нем приняли участие 232 человека, что позволило зафиксировать реакцию на появление эпидемической угрозы, выделить уязвимую группу и сформулировать первые рекомендации в области психологической помощи [2].

5. Экономия времени исследователя и респондента [5]. Так, заполнение одной полного диагностического пакета из исследования психологических реакций на COVID-19 занимает, в зависимости от скорости респондента от 40 минут до 2 часов. Очное индивидуальное обследование 232 респондентов потребовало бы либо привлечения большого количества исследователей, либо заняло бы столько времени, что полученные данные нельзя было бы рассматривать как реакцию на самое начало пандемии. Кроме того, очное обследование стало бы нарушением введенных в тот момент противоэпидемических рекомендаций.

6. Возможность анализировать информацию в ходе исследования – наличие разработанных методов, демонстрирующих ход

сбора информации. Так, в google-forms при онлайн просмотре есть режим, показывающий уже полученные результаты в графиках.

7.Возможность менять применяемый инструментарий в ходе опроса, если выясняется, что какие-то методики не работают.

8.Удобный формат результатов – основную часть получаемых результатов не нужно перекодировать, данные опросниковых методик скачиваются в неизменном виде на компьютер исследователя, что снижает вероятность внесения ошибок из-за нарушений внимания, которые бывают при ручном вводе данных.

9.Удобство для респондента. За счет отсутствия необходимости согласовывать время с исследователем, испытуемый с большей вероятностью соглашается участвовать в исследовании, так как имеет возможность проходить обследование в удобное для себя время.

Таким образом, проведение исследования и хотя бы части клинико-психологической диагностики в интернете дает возможность сэкономить время как психолога, так и респондента, а также помогает пройти диагностику значительно большему числу людей, в том числе проживающих в других населенных пунктах и странах, нежели специалист. Это было продемонстрировано в ходе нашего исследования динамики психологического состояния людей на начальном этапе пандемии COVID-19, проводимом с 22.03.20 по 04.04.20, когда только часть выборки – 188 человек из 430 респондентов была набрана в Москве [8].

При использовании интернета, как способа сбора данных, возникают как специфические для этого метода **проблемы**, так и общие, характерные для всех исследований.

1. **Проблема набора репрезентативной выборки.** По мнению исследователей в области экспериментальной психологии, эта проблема не решается и при классическом лабораторном проведении исследования [10]. Так, испытуемыми во многих психологических исследованиях являются студенты второго курса психологических факультетов, уже достаточно взрослые и мотивированных на участие, но еще недостаточно знающие предмет, чтобы фальсифицировать результат. Их участие часто связано с отсутствием у исследователей возможности привлечь к участию в исследовании более широкие слои населения. Многие авторы, говоря об исследовании нормы, наборе контрольной группы, ставят под сомнение возможность экстраполировать на генеральную совокупность данных, полученных на студенческой выборке, в силу возрастных, материальных, профессиональных и мировоззренческих различий [1]. Таким образом, экстраполяция данных, полученных на студенческой выборке, на генеральную совокупность, влечет за собой риск получения искаженных представлений о нормативах. Эту

проблему в клинико-психологических исследованиях способно решить использование интернета. За счет увеличения получаемого массива данных оно делает выборку более репрезентативной [5]. Кроме того, интернет дает возможность привлечь респондентов с разным социально-экономическим положением, разных профессий, точек зрения. Одним из подтверждений репрезентативности полученной в интернете выборки может стать сравнение полученных данных с данными, полученными организациями, чьи исследования являются эталонными, с точки зрения репрезентативности выборки, такие, как социологическое агентство ВЦИОМ или ВШЭ. Так, при исследовании динамики психологических реакций на начальных этапах пандемии COVID-19 «для уточнения репрезентативности полученных данных было проведено сравнение с опросами, проведенными ВЦИОМ [6] и ВШЭ [4], в те же даты, которые рассматриваются в данной статье. В опросе ВЦИОМ приняли участие 1600 россиян в возрасте от 18 лет, в опросе ВШЭ – 3065 человек. Близкие по смыслу вопросы позволили сравнить полученные результаты ВЦИОМ и нашего опроса в интернете. Ниже приведены таблицы сравнения результатов на 2 апреля с данными ВЦИОМ (таблица 1) и на 4-5 апреля с данными ВШЭ (таблица 2).

Таблица 1. Средние значения ответов ВЦИОМ и нашего опроса от 2 апреля

	ВЦИОМ (2 апреля)	ФГБНУ НЦПЗ (2 апреля)
Сижу дома	76% сижу дома/уехал в отдаленное место	75 % не покидают дом
Антисептики для рук	58% использую антисептики для рук	58,3% средства дезинфекции для рук
Маска	30% Ношу медицинскую маску / респиратор	43% ношу маску

Полностью совпадают результаты опросов по поводу таких средств защиты как «нахождение дома» и «использование дезинфекции для рук», однако «ношение маски» выше в нашем опросе, что может быть связано с формулировкой ВЦИОМ, которая подразумевает медицинские маски и респираторы промышленного производства, в то время как многие используют самодельные маски. Близость результатов данного опроса с результатами ВЦИОМ позволяют нам предполагать соответствие полученных нами результатов динамике в российском обществе.

Таблица 2. Средние значения ответов ВШЭ и нашего опроса от 4-5 апреля

	ВШЭ (4-5 апреля)	ФГБНУ НЦПЗ (4-5)
--	------------------	------------------

		апреля)
официальные данные об эпидемии	50% респондентов считают, что сведения о количестве зараженных и умерших занижены	51,43% Власти моей страны скрывают истинные масштабы эпидемии
Изменение доходов	3% Доходы выросли	3% материальное положение улучшилось
	35% Доходы не изменились	48% материальное положение не изменилось
	56% Доходы снизились	49% материальное положение ухудшилось

Близки значения ответов о том, что люди полагают, что официальные данные искажают масштабы эпидемии. В обоих опросах только 3% заявили о том, что доходы выросли. В нашем опросе большее количество людей заявило о том, что доходы не изменились. И меньше людей сообщили о снижении доходов. Расхождение в оценке уменьшения доходов может быть связано с тем, что в нашей выборке почти половину составляют москвичи, и, соответственно, их доходы, возможно, меньше пострадали.» [8, с. 113-114]

Приведенные выше примеры подтверждают возможность набора выборки, равноценной по своей репрезентативности с выборками набранными другими способами.

Следующей сложностью в наборе репрезентативной выборки является существенное **преобладание женщин в психологических исследованиях** с добровольным неоплачиваемым участием. Данный феномен отмечается исследователями разных стран и, вероятно, объясняется особенностями мужской гендерной социализации, стигматизирующей внимание к собственным переживаниям и обращение за помощью в области психического здоровья [8, с.112].

Способы увеличения репрезентативности выборки при использовании интернета в клиничко-психологическом исследовании:

а. Во-первых, использование платных услуг социальных сетей и специальных сайтов, проводящих опросы, при которых информация об исследовании показывается представителями нужных по фактору пола, возраста и социального положения групп.

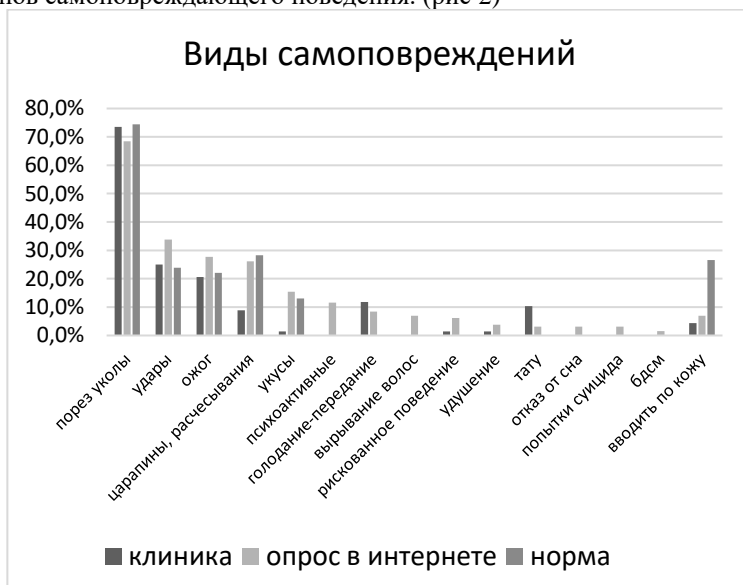
б. Во-вторых, можно размещать информацию об исследовании в сообществах, группах по интересам, куда могут войти представители интересующей когорты. Так, для набора

респондентов, проживающих в разных местах, можно обращаться за помощью к администраторам местных групп (районным, городским) в социальных сетях с просьбой о размещении объявления. А при изучении самоповреждающего поведения информация об исследовании была размещена на форуме любителей БДСМ.

с. В-третьих, существуют проекты, безвозмездно помогающие ученым собирать данные, а интересующимся людям – сделать что-то для науки, например www.citizen-science.ru.

2. Проблема достоверности результатов, полученных в исследовании с использованием интернета. Вопрос о качестве получаемых таким путем данных поднимался неоднократно в психологической литературе. [22; 23] Возвращаясь к применению студенческой выборки, ряд специалистов выражают сомнения в достоверности результатов студентов, из-за их зависимого от людей, проводящих исследование, положения, усиливающего действие социальной желательности. [1] Частично это было продемонстрировано в исследовании реакций на COVID-19, проводимом нашим коллективом. Незначительная часть респондентов (около 30 человек) – были студентами, ссылку на опрос которым прислали их преподаватели. Прохождение опроса в этом случае могло восприниматься как добровольное и как допуск к аттестации (зачету или экзамену), несмотря на анонимность результатов. Динамика ответов людей студенческого возраста в те дни показала, что опрос заполняется максимально формально и в минимальном объеме: без ответов на свободные вопросы и заканчивается на выполнении первого обязательного блока. Большинство исследователей [1; 5] приходят к выводу о том, что анонимность исследования и добровольность участия в нем помогают получить существенно более правдивые данные, снизить влияние фактора социальной желательности. Еще в конце 70-х годов было показано, что добровольное анонимное участие в психологическом компьютеризированных исследованиях «создает феномен повышенной готовности к искренности и самораскрытию», что уменьшает влияние проблемы социальной желательности за счет анонимности [5] и отсутствия прямого контакта с интервьюером – искажения респондентом данных для того, чтобы произвести хорошее впечатление или из опасений, что результаты могут стать известными значимым для него людям и привести к неблагоприятным последствиям. Ученые в области экспериментальной психологии для проверки пригодности способа получения данных, предлагают использовать метод сравнения данных, полученных разными путями. Именно это было проведено нашим исследовательским

коллективом при изучении самоповреждающего поведения [3]. Нам удалось набрать и сравнить между собой три выборки. Выборка 1: была набрана путем исследования в интернете на базе гугл-опроса: 135 человек, в возрасте от 18 до 49 лет ($24,22 \pm 6,28$), 120 женщин, 21 мужчина. Выборка 2: была набрана на студенческой выборке: 147 человек из них 75 юношей и 72 девушки, в возрасте от 17 лет до 21 года ($19,4 \pm 1,6$). Выборка 3: 68 женщин с диагнозами рубрик F 31-33, F 20.4 по МКБ-10, в возрасте от 16 до 39 лет ($19,09 \pm 4,30$ г.), проходящих лечение в женском отделении отдела эндогенных психических расстройств ФГБНУ НЦПЗ. Сопоставление результатов трех выборок продемонстрировало аналогичное соотношение выявленных феноменов самоповреждающего поведения. (рис 2)



Таким образом, было показано принципиальное сходство данных в выборках, полученных разными путями, что дает возможность рассматривать данные, полученные с использованием интернет опроса, как достоверные.

Другим подтверждением обоснованности использования интернет-опроса в клинико-психологических исследованиях является ситуация, сложившаяся с исследованиями в отношении реакций людей на COVID-19. Научные коллективы по всему миру, начиная с января 2020 года собрали данные, продемонстрировавшие принципиальную схожесть реакций на эпидемиологическую угрозу по всему миру. Так, в конце января 2020 китайские клинические психологи на выборке, набранной

с помощью опроса, ссылку на который рассылали в мессенджере, показали повышение уровня психопатологической симптоматики у людей, находящихся в эпидемиологических очагах. [19] Вскоре после этого, подобные результаты стали поступать из Италии, были получены в России и в других странах [21; 8; 24; 20].

Планирование и проведение клинико-психологического исследования в интернете

При планировании исследования с использованием интернета, после выделения объекта и предмета изучения, постановки целей и задач, возникает вопрос о методах, им отвечающих. Интернет предоставляет возможности использовать разные методы, подразумевающие разную степень участия испытуемого: от традиционных опросников и тестов до анализа цифровых следов [12; 9], также дает возможность для взаимодействия с респондентами.

1) **Подбор методического инструментария: возможности и ограничения.** Из обилия методического инструментария, имеющегося в арсенале клинических психологов, сразу выпадают метод клинического интервью, при котором важную роль играет оценка эмоциональных, телесных реакций респондента и внимательное отношение специалиста к собственному эмоциональному ответу на происходящее. Фиксация части данных требует специальной аппаратуры и программного обеспечения. Поэтому одним из удобных методов проведения клинико-психологического исследования является опрос, куда можно включать как целые стандартизированные методики, а также составлять открытые вопросы, направленные на изучение интересующего феномена. Их можно проводить с использованием как бесплатного программного обеспечения (google-forms, onlinetestpad), так и в платных ресурсах, существующих на базе яндекса, а также отдельных сайтах: www.survio.com, www.testograf.ru, www.anketolog.ru, www.simpoll.ru, www.examinare.ru и т.п. Часть платных сайтов рассчитана на набор данных только на их выборке, часть дает возможность составить опрос и распространять ссылку на него.

2) **Мотивация к исследованию:** В ситуации, когда респонденты не получают материального вознаграждения за участие в исследовании, особенно важную роль играет информирование об исследовании. Привлечение внимания потенциальных респондентов к исследованию возможно при учете в информационном тексте следующих видов **мотивации** к участию:

А) Поиск помощи для себя – многие люди принимают участие в психологических исследованиях из-за переживаемого внутреннего дискомфорта, страдания, в надежде понять, что с ними происходит и получить помощь. Поэтому, информация о доступной

психологической помощи может быть предоставлена в рамках исследования в отдельном из пунктов.

Б) Времяпровождение. Данный тип мотивации возможен при наличии у человека свободного времени, однако важным условием обращения к этому типу мотивации становится указание возможных вариантов участия и примерного времени, необходимого для каждого из них.

В) Альтруистическая мотивация: стремление помочь другим людям или науке. Апеллировать к этому типу мотивации можно в описании исследования при обозначении его ценности не только для науки, но и для общества, конкретных людей. Стоит также указывать ссылки на практическое применение уже полученных данных. В исследовании психологических реакций на COVID-19 для этого были размещены ссылки на написанные нашим коллективом практические рекомендации по самопомощи в отношении общего переживания инфекционной угрозы и в ситуации потери близкого человека от новой коронавирусной инфекции. Они размещены на сайте ФГБНУ НЦПЗ.

Г) Поиск личного смысла – помощь науке. Адресация к этому типу мотивации идет через объяснение, каким образом будут использоваться данные, в чем ценность данного исследования для клинической психологии в целом, а также через упоминание того, что ценность представляет каждый ответ каждого респондента.

Д) Любопытство – так как проведение исследования сопровождается представлением о приемлемом уровне специалистов, участвующих в его разработке, то для части респондентов участие в нем становится способом приобщиться к академической клинической психологии. Учет этого типа мотивации требует объяснения целей исследования и вежливых своевременных ответов на поступающие комментарии.

Понимание возможной мотивации участия в исследовании дает возможность правильно выстроить коммуникацию с респондентами и написать объявление об исследовании, которое поможет привлечь представителей целевой аудитории. Наряду с мотивацией важным фактором привлечения аудитории является предоставление полного названия организации и ее подразделения, сотрудники которого проводят исследование, а также, при возможности, сообщение об исследовании на официальной странице организации в интернете. Также необходимо опубликовать контакты (электронную почту), по которым респонденты могут связаться с исследователями.

Частные сложности и их преодоление

1) **Организация опроса.** При объемном исследовании респонденты могут терять интерес в процессе прохождения обследования. Во избежание потери данных, стоит разбивать опрос на небольшие части, указывать для каждой из частей примерное время заполнения и давать человеку возможность завершить участие после каждой из них с сохранением данных. Возможность выбирать уровень погруженности в исследовании и количество времени, которое на него нужно потратить необходимо оговорить заранее. Это помогает не терять существенную часть данных.

2) **Ответы на вопросы от респондентов или потенциальных респондентов.** Обычно ответы на вопросы про исследование повышают лояльность респондентов, а если они заданы открыто – комментарием под постом с информацией об исследовании – то привлекают внимание к исследованию. Поэтому на них стоит отвечать максимально вежливо и корректно.

3) **Негативные отзывы.** В случае публикации информации об исследовании в социальных сетях с большой вероятностью будут появляться негативные отзывы. Это связано не с качеством исследования, а с отношением комментирующего к теме, к самому психологическому исследованию, к психологам. На них необходимо отвечать вежливо и, насколько это возможно, по существу, так как это определяет отношение к исследователям и исследованию других пользователей, видящих негативный отзыв [5].

4) **Просьбы об обратной связи** наряду с отзывами об исследовании являются отличительной особенностью интернет-исследований, на которую ещё в начале 2000 годов обратили внимание специалисты [5]. В отличие от привычного для клинических психологов поведения обследуемых, в котором оценка актуализации мотива экспертизы является составной частью работы, при участии в интернет-исследовании респондент занимает активную позицию: интересуясь назначением работы, высказывая своё часто негативное мнение о применяемом инструментарии, прося обратную связь и рекомендации. Решаются индивидуально, однако даже если у нас есть возможность идентифицировать человека (по времени заполнения формы, данным относительно пола, возраста, образования), мы не можем гарантировать, что обращается именно он, а не кто-то еще. Поэтому, для соблюдение принципа конфиденциальности, информацию по полученным данным давать ее не стоит, однако можно переадресовать обращающегося на ресурсы с самопомощью, или

сориентировать, куда именно ему стоит обратиться с тем, что его волнует.

5) **Реакция исследователя на выявленный суицидальный риск.** Одним из прекрасных примеров реакции на потенциальный суицидальный риск является выход, найденный в опросе, проводимом Ксенией Анатольевной Чистопольской (ГБУЗ ГKB имени А.К. Ерамишанцева ДЗМ, Москва, Россия) совместно с Игорем Галынкер (Mount Sinai hospital, NY, USA), рутинно включавшим в себя рекомендации антисуицидальных ресурсов [13]. Таким образом, если предполагается, что участники исследования в связи со спецификой изучаемой темы, могут находиться в тяжелом состоянии, в завершающем послании каждого из разделов стоит указать контакты (сайты, телефоны) организаций, занимающихся оказанием экстренной психологической помощи.

6) **Угрозы исследователю, stalking.** Специалисты области психического здоровья согласно исследованию [25] находятся в группе высокого риска стать жертвой stalking – преследования. Интернет многократно увеличивает возможности для stalking, так как может содержать личную информацию о человеке, его месте жительства, родственниках, друзьях, месте работы, маршрутах передвижения. Stalking является реалистичной угрозой и требует превентивных действий, которые описаны в правилах безопасности.

Правила безопасности клинического психолога-исследователя

1. Отсутствие в социальных сетях личных данных, по которым можно понять привычные маршруты, узнать место жительства, место, где учатся дети.
2. Настройка списка контактов таким образом, чтобы они никому не показывались.
3. Отсутствие в общем доступе личных фотографий, а также снимков, по которым можно определить местонахождение.
4. Отсутствие в общем доступе информации о членах семьи исследователя.
5. Настройка доступа к записям, содержащим личную информацию, только для людей, с которыми знакомы лично.
6. Серьезное отношение к угрозам и преследованию: в такой ситуации необходимо сделать скриншоты, заверить их у нотариуса и сообщить в полицию.

Юридические основания проведения клинико-психологического исследования в интернет-пространстве

Работа психолога в интернете должна подчиняться тем же юридическим основаниям, что и работа психолога офлайн. Клинико-психологическое исследование, проводимое в интернете, требует для участия в нем информированного согласия на со стороны обследуемого. В случае с несовершеннолетними это согласие должно быть получено от их официальных опекунов. Так как при проведении интернет-исследования невозможно удостовериться, что информированное согласие подписано именно родителем респондента, поэтому стоит избегать проведения анонимных клинико-психологических исследований среди несовершеннолетних. Так, при проведении исследования по психологическим реакциям на новую коронавирусную инфекцию, мы делаем отдельный пункт с вопросом о том, есть ли человеку 18 лет. При отрицательном ответе форма благодарит респондента за желание помочь науке и прощается с ним. При этом, так как исследователь не может проконтролировать, честно ли отвечает респондент о своем возрасте, встречаются случаи, что на отборочный вопрос о возрасте респондент лжет, но уже после в вопросе о возрасте пишет истинный возраст. В этом случае есть смысл не использовать эти данные, исключая их уже на этапе обработки.

Информированное согласие включает в себя сообщение о потенциальном использовании полученных данных – делается в отдельном разделе. Его стоит размещать в самом начале опроса и настраивать опрос таким образом, чтобы переход к опросу был возможен после согласия респондента на участие в нем и использование полученных данных. Для этого стоит указать два варианта ответов: согласен и не согласен и, в случае выбора последнего варианта, мы настраиваем форму так, что дальше опрос завершается.

Вовлечение в исследование людей, которые предположительно могут страдать психическим заболеванием. Люди, страдающие психическими заболеваниями в массе своей дееспособны, поэтому могут сами принимать решение об участии в исследовании. Однако, так как при исследовании, проводимом в интернете, нет возможности убедиться в дееспособности респондента, то стоит вставить строчку про это в информированное согласие, которое подписывает человек перед началом участия в исследовании.

Этические вопросы использования интернета в клинико-психологических исследованиях

Этические проблемы исследований с использованием интернета обсуждаются с начала двухтысячных годов, с момента начала их распространения. При этом список этических вопросов, которые

возникают перед специалистом, использующем интернет для проведения исследования, меняется вместе с развитием технологий. [26] И, по всей видимости, в будущем, с появлением новых технологий, мы столкнемся с новыми этическими проблемами.

Whiting Rebecca и Pritchard Katrina в работе «Digital Ethics» выделяют следующие значимые направления: проблема информированного согласия, дилемма публичности/приватности, проблема оценки человеческого участия, дилемма между анонимностью и авторством [26].

Эти четыре направления тесно связаны между собой и в клинико-психологическом исследовании могут встречаться одновременно или в разных сочетаниях. Так, публикуя что-то в интернете человек может не переживать свое действие как публичное и воспринимать его как приватное. И изучение такого рода цифровых следов (текстов публичных записей, аватаров, фото и видео, оценок нравится/не нравится) затрагивает сразу несколько из вышеозначенных вопросов. К их решению встречаются разные подходы. Некоторые утверждают, что публикация практически любого материала в Интернете можно рассматривать как публичное поведение и, следовательно, на них распространяются те же этические принципы, как и другое поведение в публичном пространстве, однако есть мнения о том, что такое обращение с материалами недопустимо и необходимо получать прямое согласие человека на изучение его цифровых следов [18; 17]. Рекомендации Британского Психологического сообщества предлагают исследователям учитывать различные интерпретации публичного и частного, рекомендуя рассматривать конкретные случаи, чтобы определить, в какой степени кто-то, кто делится информацией через Интернет, может ожидать что его цифровые следы будут исследованы и опубликованы [16]. Для такой оценки они предлагают рассматривать время, место и характер размещения материала, его использование в сети. Они предполагают, что человека, который активно поощряет распространение своих материалов, можно рассматривать иначе, чем того, кто пытается ограничить доступ, даже если оба публично видны. Кроме того, на клинико-психологические исследования, проводимые с использованием интернета, распространяются этические правила классических клинико-психологических исследований. Так, любое психологическое исследование сопровождается вопросом как используется полученная информация и выводы, которые делаются на ее основе, не причинит ли она вред респондентам, если она будет раскрыта. Так как в настоящее время большинство профессиональных публикаций делается в журналах с открытым доступом, то ситуация, когда испытуемый может прочитать о результатах своего обследования

в профессиональных терминах становится вполне реалистичной. При этом возникает проблема стигматизации и самостигматизации – так как информация, описанная профессиональным психологическим языком, может звучать для неспециалиста пугающе, обидно. Это важно учитывать при использовании в публикациях примеров, частей авторских текстов. Whiting Rebecca и Pritchard Katrina предлагают в этом случае использовать т.н. «сокращенные цитаты» - ее перефразирование таким образом, чтобы нельзя было найти источник информации [26].

Другим общим этическим принципом работы с личной информацией является строгая конфиденциальность, что влечет за собой необходимость исключения попадания полученной информации в открытый доступ. При желании сделать несколько срезов должна быть обеспечена сохранность информации от попадания в чужие руки. Это возможно при ограничении круга лиц, у которых есть доступ к сырым данным, а также при анонимности исследования. Так, при проведении исследования в пандемию COVID-19 бланк опроса не предусматривал возможности для указания ФИО, контактов.

Выводы. Проведенный анализ демонстрирует следующие преимущества использования интернета для проведения исследований в области клинической психологии:

- возможность увеличения репрезентативности выборки и достоверности получаемых данных;
- вовлечение в исследование более широких слоев населения, что способствует уточнению представлений о реальной распространенности в популяции клинической феноменологии;
- получение данных о динамике психологических реакций ещё на этапе тенденций.

При этом важно учитывать ряд проблемных моментов, связанных как с форматом исследования, так и с большей, по сравнению с классической формой, близостью и открытостью психолога-исследователя респондентам.

Таким образом, исследования, проводимые с использованием интернета, позволяют получить достаточно достоверные результаты в том числе в группах, ранее малодоступных для широкого изучения клиническими психологами, а также дают возможность оперировать большими, ранее недоступными нам, массивами данных. Они хорошо дополняют традиционные качественные методы исследования и уже заняли своё место в арсенале способов проведения клинко-психологических исследований.

Литература

1. Бабанин Л.Н., Войсунский А.Е., Смылова О.В. Интернет в психологическом исследовании // Вестник Московского университета. – Серия 14. Психология. – 2003. – Т. 14, № 3. – С. 79–96.
2. Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казмина О.Ю. Психологическое состояние людей в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы // Психологические исследования. 2020. Т. 13, № 70, С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 14.10.2021).
3. Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казмина О.Ю., Кузнецова С.О., Ефремов А.Г. Использование интернет-исследования (google-опроса) в изучении самоповреждающего поведения // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2019. – Т. 11, № 6(59) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 30.09.2021).
4. Винокуров А., Галанина А. Вирус виден невооруженным глазом [Электронный ресурс] // Газета "Коммерсантъ". 08.04.2020. № 63. С. 3. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4316579>. (дата обращения: 28.04.2020)
5. Войсунский А.Е. Психология и интернет. Акрополь, 2010.
6. ВЦИОМ. Защититься от коронавируса? Реально! Опрос 7.04.20. [Электронный ресурс] URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=10223>. (дата обращения: 28.04.2020).
7. Докторов Б.З. От соломенных опросов к постгэллаповским опросным методам. М.: Радуга, 2013.
8. Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казмина О.Ю. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2020. Том 12. № 2. С. 108–126. doi:10.17759/psyedu.2020120207.
9. Кисельникова Н.В., Станкевич М.А., Данина М.М., Куминская Е.А., Лаврова Е.В. Выявление Информативных Параметров Поведения Пользователей Социальной Сети Вконтакте Как Признаков Депрессии. // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2020. Т. 17. № 1. С. 73-88.
10. Корнилова Т.В. Экспериментальная психология: учеб. для акад. бакалавр.: в 2 ч. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2017.
11. Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Станкевич М. А. Лексический анализ высказываний о COVID-19 при высоком уровне соматизации. // Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. 2021. № 3. с.39-64.
12. Смирнов И.В., Ениколопов С.Н. Создание Методов Диагностики Распространения Фрустрации В Сетевых Дискуссиях. В сборнике: Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества. материалы научно-практической конференции. 2019. С. 202-207.
13. Чистопольская К.А., Rogers M.L., Сао Е., Галынкер И., Richards J., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Садовнича В.С., Дровосекос С.Э. Адаптация «опросника суицидального нарратива» на российской выборке. Суицидология Том 11, № 4 (41), 2020 doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90.

14. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М., Смысл, 2001.
15. Barratt M.J. The efficacy of interviewing young drug users through online chat. *Drug and Alcohol Review*, 2012, 31(4), 566-572.
16. British Psychological Society. Ethics Guidelines for Internet-Mediated Research 2013, (Vol. INF206/1.2013). Leicester: British Psychological Society.
17. Chen S.-L.S., Hall G.J., Johns M.D. (2004). Research Paparazzi in Cyberspace: The voices of the researched. In M.D.
18. Gosling S.D., Mason W. Internet Research in Psychology. *Annual Review of Psychology*, 2015, 66, 877-902.
19. Li S., Wang Y., Xue J., Zhao N., Zhu T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. Vol. 17. № 6. DOI:10.3390/ijerph17062032.
20. Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia-Muñiz, M. J., & de Luis-García, R. Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 crisis and confinement in the population of Spain. 2020; <https://doi.org/10.31234/osf.io/mq4fg>.
21. Pancani L., Marinucci M., Aureli N., Riva P. Forced social isolation and mental health: A study on 1006 Italians under COVID-19 quarantine. 2020; <https://doi.org/10.31234/osf.io/uacfj>.
22. Ramsey S.R., Thompson K.L., McKenzie M., Rosenbaum A. Psychological research in the internet age: The quality of web-based data // *Computers in Human Behavior*. – 2016. – Vol. 58. – P. 354–360.
23. Skitka L.J., Sargis E.G. The internet as psychological laboratory // *Annual Review of Psychology*. – 2006. – Vol. 57. – P. 529–255. doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190048.
24. Sonderskov K.M., Dinesen P.T., Santini Z.I., Ostergaard S.D. The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatr*. Aug 2020;32(4):226-228. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.15>.
25. Storey, J. E., Hart, S. D., Lim, Y. L. Serial stalking of mental health professionals: Case presentation, analysis, and formulation using the Guidelines for Stalking Assessment and Management (SAM). *Journal of Threat Assessment and Management*, 2017, 4(3), 122–143. <https://doi.org/10.1037/tam0000087>.
26. Whiting, Rebecca and Pritchard, Katrina (2017) Digital ethics. In: Cunliffe, A. and Cassell, C. and Grandy, G. (eds.) *SAGE Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods*. London, UK: Sage. ISBN 9781473926622.

Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н.

БЕСПЛОДИЕ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Аннотация. Статья посвящена клинико-психологическому анализу факторов нарушения репродуктивной функции. В исследовании рассмотрена проблема влияния особенностей личности на репродуктивное здоровье семьи с позиций биопсихосоциального подхода и психологии телесности. В статье представлены результаты исследования факторов, влияющих на нарушение репродуктивной

функции, как мужчин, так и женщин. Авторы рассматривают бесплодие как психосоматическую проблему, как специфический ответ организма на конфликты, накопленные в процессе жизненного пути личности.

Ключевые слова: бесплодие, жизненный путь, переживание, готовность к материнству, личностная зрелость.

Введение. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2000), семейная пара репродуктивного возраста, не предохраняющаяся в течение года и не имеющая детей, расценивается как бесплодная. В настоящее время проблема бесплодия приобрела не только медицинское, социально-демографическое, но и клиничко-психологическое значение. Частота бесплодных браков составляет 10-20% и отмечается тенденция к их постепенному увеличению (Сметник В.П., 2003). Согласно «Руководству Всемирной организации здравоохранения по стандартизированному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар» (WHO manual for the standardized investigation and diagnosis of infertile couple, Cambridge University Press, 1993) выделяют 22 причины бесплодия у женщин и 16 – у мужчин; в 52% случаев имеет место соединение 2-х и больше факторов бесплодия. В течение 1-го года около 25% супружеских пар не достигают беременности, из них 15% обращаются к специалистам за медицинской помощью.

Актуальность проблемы обусловлена динамикой зарегистрированных в России заболеваний с впервые установленным диагнозом «бесплодие» (на 100000 женщин 18-49 лет) с 2000 по 2017 гг., она представлена на рисунке 1 (Здравоохранение в России: Стат. сб./ Росстат. – М., 2013-2017).

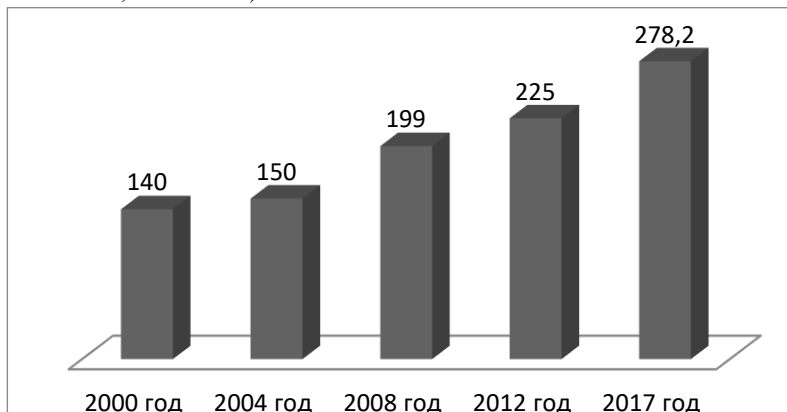


Рисунок 1. Число зарегистрированных заболеваний с впервые установленным диагнозом «бесплодие»

Среди многообразия форм женского бесплодия особую группу представляет так называемое бесплодие «неясной этиологии» («психологическое», «идиопатическое», «психогенное»). Данный диагноз ставится в том случае, если пациентка и ее постоянный партнер прошли определенное стандартное медицинское обследование на предмет выявления биологических причин нарушения репродуктивной функции, и результаты данного обследования говорят о биологической фертильности пары. Можно предположить, что в данном случае бесплодие является следствием наличия в супружеской паре неразрешимых психологических проблем, которые препятствуют зачатию [1, 4].

Значительное количество исследований направлено на изучение психологической готовности к беременности, особенностей мотивационной и эмоциональной сфер, Я – концепции, временной перспективы и иных индивидуально-личностных особенностей бесплодных женщин (М.В. Оганян, Е.М. Яковенко, С.А. Яковенко и др.); вместе с тем отсутствуют исследования бесплодия как психосоматической проблемы с позиции биопсихосоциального подхода [4, 12, 22]. Бесплодный брак приводит к тяжелой моральной травме и самих супругов, и их родственников, а также вызывает серьезную личностную, семейную и социальную дезадаптацию.

С точки зрения психосоматического подхода, физиологические и психические функции взаимосвязаны между собой, и нарушения работы соматической системы могут быть вызваны психологическими причинами. Немаловажную роль в психосоматических механизмах играют стрессовые факторы, под воздействием которых могут наблюдаться функциональные нарушения различных органов и систем, в том числе и репродуктивной системы [4].

Исследования Филипповой Г.Г. позволили выделить психологические факторы, обуславливающие нарушения репродуктивной функции. К ним относятся осложнения отношений с матерью и отцом в раннем и дошкольном детстве, нарушение диадических отношений в младенчестве и раннем детстве, непринятие матерью беременности и ранние сиблинговые проблемы, в результате чего возникает фиксация на инфантильной позиции и конкуренция за детскую позицию со своим будущим ребенком [3, 8, 21].

Согласно Г.Г. Филипповой, бесплодие является крайним выражением нарушения репродуктивной функции. У бесплодных женщин имеются определенные психологические проблемы, которые осложняют формирование готовности к беременности и материнству: это различного рода страхи и тревоги (связанные с семейной историей, личным опытом женщины), индивидуально-личностные свойства или

особенности актуальной жизненной ситуации (отношения с партнером, альтернативные жизненные ценности, материальные проблемы и т.п.). Это приводит к неосознаваемому сопротивлению, которое реализуется в соматической форме. Опыт бесплодия переживается как стрессовая ситуация как женщиной, так и мужчиной [21].

Таким образом, можно выделить определенные личностные особенности, психологические конфликты, а также разного рода стрессоры, которые детерминируют физиологический «ответ» репродуктивной сферы человека, в результате чего процесс зачатия, вынашивания и рождения ребенка становится невозможным. Бесплодие как психосоматическая проблема может рассматриваться в терминах психологии телесности как манифестация на уровне тела накопленных нерешенных психологических проблем (потеря смысла жизни, ошибки мышления, стрессы, травмы, конфликты и др.), которые выражаются в вегетативных коррелятах стресса, психосоматических реакциях [4, 19].

Согласно стандартам оказания медицинской помощи бесплодным парам назначается гормональное (или иное) лечение, при отсутствии результатов которого пара направляется на процедуру экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Процедура ЭКО представляет собой особую жизненную ситуацию для женщины, это стрессовое состояние, которое характеризуется напряженностью смысловой, эмоциональной сфер женщины. Неудачные попытки прохождения процедуры ЭКО будет значимо влиять на исход последующих процедур, а также на готовность к материнству. Наличие повторяющегося негативного опыта неудачных попыток забеременеть с помощью вспомогательных репродуктивных технологий в анамнезе болезни женщины формирует страх неудачной беременности, повышенную тревожность по поводу возможности вынашивания ребенка, ожидание очередной неудачи. Представления о возможных осложнениях ЭКО приобретают особый значимый смысл, закрепляются опасения за исход процедуры, формируются соответствующие установки. Многократный негативный опыт формирует у женщины повышенный уровень тревоги, страхи, связанные с материнством в целом. Опыт неудачных попыток забеременеть с помощью процедуры ЭКО является потенциальным кризисом для развития социальной идентичности женщины, порождает неизбежный ролевой внутриличностный конфликт, вследствие которого женщине трудно достичь внутренней и внешней интегрированности [1, 7, 10, 18].

В ситуации нарушения репродуктивного здоровья семьи бесплодие в супружеской паре детерминировано теми негативными событиями, которые оказали ключевое влияние на готовность к родительству (принятие роли отца/матери), иерархию социальных ролей, личностную

зрелость, удовлетворённость браком. В свою очередь, эта совокупность качественных параметров влияет на процесс переживания ситуации бесплодия. Мы предполагаем, что событийный контекст жизненного пути личности и качество супружеских отношений влияет на функционирование репродуктивной системы [12, 23, 26].

Таким образом, в качестве факторов, влияющих на нарушение репродуктивного здоровья, на наш взгляд, выступают неразрешенные детско-родительские конфликты и нарушение сепарации; особенности событийного контекста субъективной картины жизненного пути личности с преобладанием травмирующих событий, связанных с потерей значимого объекта, изменением положения семьи (разводы родителей, уход одного из родителей), негативный опыт взаимодействия со значимыми другими (в том числе с супругом), негативный опыт отношений с противоположным полом, негативный опыт сексуальных отношений; несформированная готовность к материнству; особенности иерархии социальных ролей с преобладанием ролей, не связанных с ценностью ребенка (профессиональная роль, роль супруги, роль дочери и др.); особенности личностной зрелости (с преобладанием экстернального локуса контроля, высокого или низкого уровня рефлексивности, высокого уровня эгоцентризма); неудовлетворенность брачными отношениями, несоответствие ролевых позиций супругов.

Программа исследования. Нами была проведена серия связанных общей целью самостоятельных эмпирических исследований, в которых рассматривались различные формы нарушения репродуктивной функции:

- бесплодие (как установленной этиологии (физиологическое), так и неустановленной (психологическое)) – 184 женщины;
- женщины с диагнозом идиопатическое бесплодие (длительность заболевания 3 – 5 лет) – 40 человек;
- привычное невынашивание беременности (выкидыши) – 54 женщины;
- бесплодные супруги, неоднократно проходившие процедуру ЭКО (безуспешно) – 20 пар;
- бесплодные супруги с диагнозом бесплодие неясного генеза – 22 пары.

Группы сравнения составили:

- женщины, не предъявляющие жалоб на здоровье – 60;
- беременные с нормальным (физиологическим) течением беременности – 206;
- беременные женщины, которые успешно прошли процедуру ЭКО – 22;

- беременные в результате лечения бесплодия (ситуация восстановленной репродуктивной функции) – 44;
- беременные с опытом невынашивания (опыт выкидыша) – 114;
- супружеские пары, ожидающие первого ребёнка – 32 пары.

Методы исследования

- Опросник удовлетворенности браком (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко);
- Тест «Смысловые ориентации» Д.А. Леонтьева;
- Тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова;
- Тест «Локус контроля» в адаптации Е.Г. Ксенофонтовой;
- Тест эгоцентрических ассоциаций (ТЭА) Т.И. Пашуковой;
- Методика «Кто я» (М. Кун, Т. Макпартленд);
- Модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера в адаптации Л.Н. Собчик;
- Проективная методика исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в адаптации Т.Д. Василенко;
- «Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре» А.Н. Волковой

Результаты. Субъективная картина жизненного пути бесплодных супругов и супругов, ожидающих ребенка, имеет значимые отличия: супруги, ожидающие ребенка, акцентируют свое внимание на событиях разных сфер жизни, в большей мере на тех, которые происходят в их собственной семье, что указывает на значимость и ценность собственных семейных отношений, чего нельзя отметить в бесплодном браке (представлены события родительской семьи). У бесплодных супругов в большей мере представлены негативные смыслы, чем позитивные; нормативные кризисные переживания, связанные с потерей близких, проблемами сепарации, конфликтами в детско-родительских отношениях, продолжают оставаться актуальными и выступают источником напряжения. На фоне негативного прошлого у женщин с бесплодием отмечается сужение перспективы будущего. Женщины с привычным невынашиванием беременности более ориентированы на состояние своего здоровья, чем женщины с нормально протекающей первой беременностью ($p\text{-level} \leq 0,05$) (рис. 2).

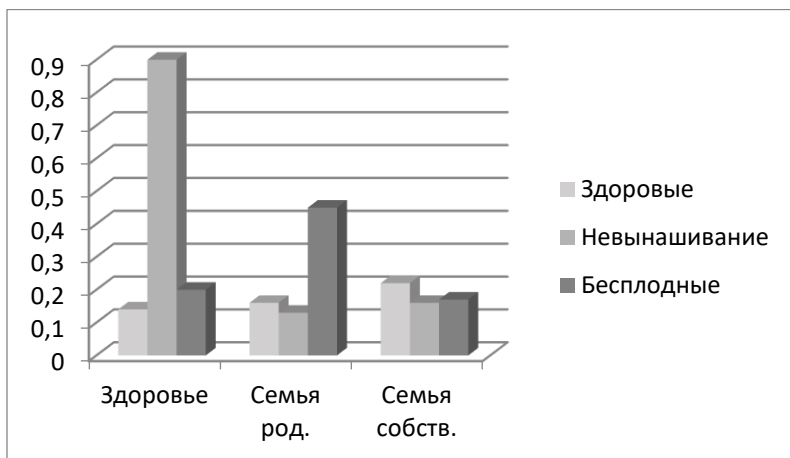


Рисунок 2. Актуальные жизненные смыслы женщин с бесплодием и привычным невынашиванием

Указанные тенденции сохраняются даже при восстановлении репродуктивной функц. беременные, лечившиеся от бесплодия, демонстрируют снижение смысложизненных ориентаций, особенно по шкалам «Результат жизни» и «Цели в жизни» (рис. 3).

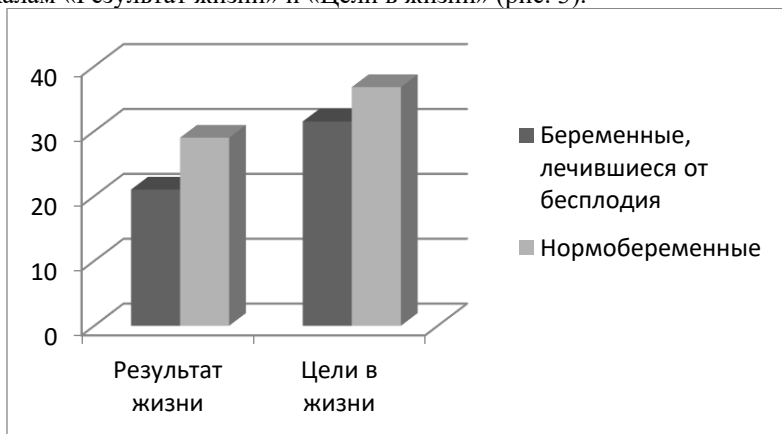


Рисунок 3 Смысложизненные ориентации беременных (3 триместр)

Тенденции смысловой опустошенности были выявлены у супругов в бесплодных парах. Смысловая сфера женщин с диагнозом «привычное невынашивание беременности» также характеризуется отсутствием целей и перспектив.

При анализе образа материнства выявлено, что в группе женщин с привычным невынашиванием беременности и бесплодием преобладают конфликтный и тревожный образы материнства ($p\text{-level} = 0,00$), в сравнении женщинами с нормально протекающей беременностью) (рис. 4).

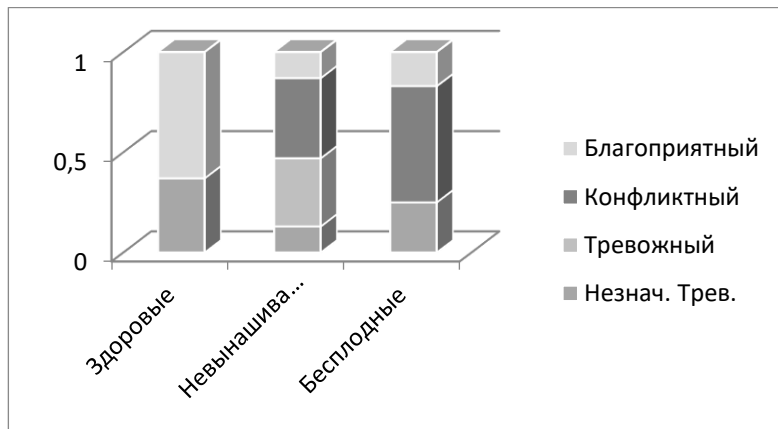


Рисунок 4. Образ материнства

Актуальные отношения к матери у бесплодных женщин характеризуются игнорированием и тревогой, наличием эмоционального конфликта с преобладанием тревожно-амбивалентной привязанности. В данной группе отмечается конфликтное отношение к себе, наполненное чувством вины, обидой и раздражением.

Качество супружеских отношений в бесплодной паре характеризуется рассогласованностью семейных ценностей и ролевых установок, особенно по параметрам «Интимно-сексуальная сфера» ($p\text{-level} = 0,00$), «Личностная идентификация с супругом» ($p\text{-level} = 0,00$), «Эмоционально- психотерапевтическая сфера» ($p\text{-level} = 0,00$). Удовлетворенность браком в этих парах невысока, причем эта тенденция сохраняется и в ситуации восстановления репродуктивной функции – у беременных, имевших опыт лечения от бесплодия (рис. 5).

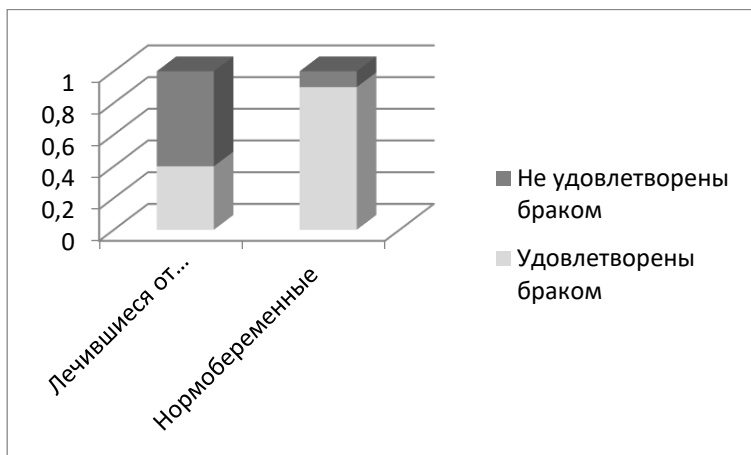


Рисунок 5. Удовлетворенность браком

При исследовании параметров личностной зрелости, в качестве которых мы рассматривали рефлексивность, уровень субъективного контроля и эгоцентризм, нами были получены следующие результаты: 2/3 женщин, неоднократно проходивших процедуру ЭКО безрезультатно, имеют экстернальный локус контроля, высокий уровень эгоцентризма и низкий уровень рефлексивности. Исследование личностной зрелости их супругов показало, что они также имеют низкие показатели по эгоцентризму и рефлексивности (рис. 6-7).

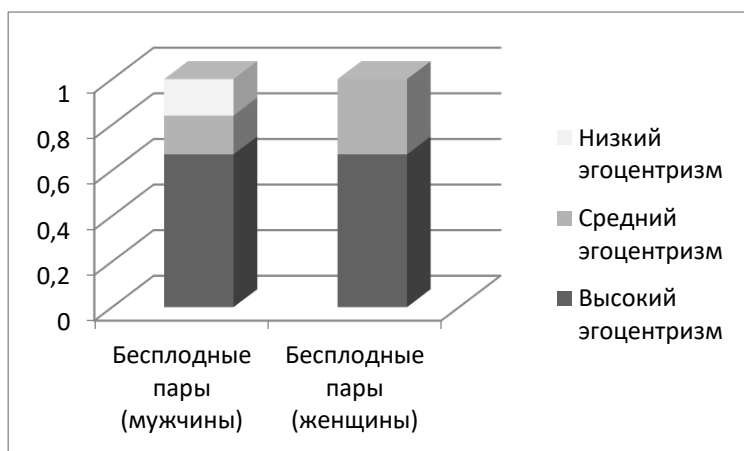


Рисунок 6. Уровень эгоцентризма в бесплодных парах

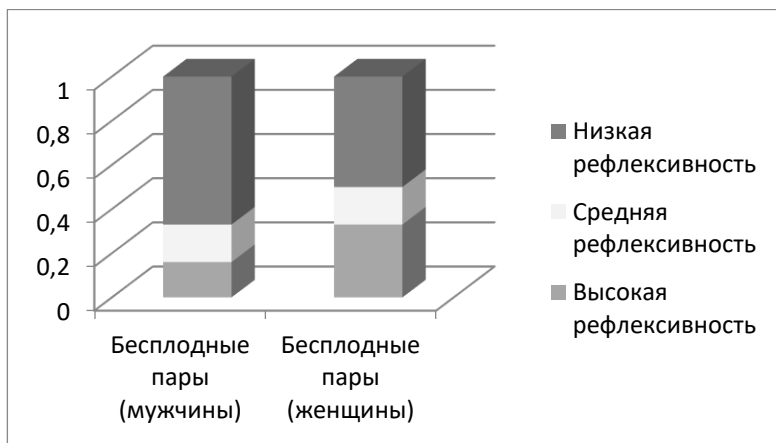


Рисунок 6. Уровень рефлексивности в бесплодных парах

Высокий уровень эгоцентризма связан с отсутствием эмоциональной отзывчивости, неумением учитывать точку зрения других людей и координировать ее со своей собственной. Низкий уровень рефлексивности свидетельствует о несформированности процессов самопознания, низком самоконтроле поведения в актуальной ситуации [13]. Происходит уход от анализа происходящего, отмечается неспособность осмыслить ситуацию, отсутствует склонность к самоанализу в конкретных жизненных ситуациях. Для супругов в бесплодном браке характерен «психологический уход» от ситуации.

Выводы. Переживание бесплодия женщиной представляет собой трансформированный адаптационный паттерн, который включает в себя, с одной стороны, актуальные травматические события, связанные с проблемами сепарации, конфликтами в родительской и собственной семье, непродуктивные ригидные установки социального взаимодействия (доминирование, авторитарность, недоверие к другим, в том числе и близким людям), сопровождающиеся смысловой опустошенностью, разбалансированной временной перспективой, ориентацией на негативное прошлое, с другой стороны, соматическим ответом в виде необъяснимого нарушения репродуктивной функции, в том числе и безуспешных попыток ЭКО. Протективные факторы (жизнестойкость, стрессоустойчивость, самодетерминация, интернальный локус контроля, рефлексивность, низкие показатели эгоцентризма), которые могли бы компенсировать ситуацию, слабо выражены или искажены, как у самой женщины, так и у ее супруга.

На основе эмпирических данных нами были разработаны психодиагностические таблицы, позволяющие выявить группы риска

нарушения репродуктивного здоровья семьи (таблица 1).

Таблица 1.

Диагностики личностных факторов нарушения репродуктивного здоровья семьи

Предикторы нарушения репродуктивного здоровья		Диагностика
Уровни	Феномены	
Экзистенциально-смысловой уровень	Смысловая опустошенность	тест «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева
	Экзистенциальная несостоятельность	Шкала экзистенции (С.В. Кривцова, А.Лэнгле, К. Орглер), самоактуализационный тест Э. Шострома
	Негативная оценка настоящего	Методика «Линия жизни» в интерпретации Т.Д. Василенко
	Разбалансированная временная перспектива	Опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе в адаптации А. Сырцовой
	Ориентация на негативное прошлое	Опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе в адаптации А. Сырцовой, методика «Линия жизни» в интерпретации Т.Д. Василенко
Ценностный уровень	Сниженная ценность материнства, негативный образ материнства	Методика незавершенных предложений Дж.М. Сакса и С. Леви, Цветовой тест отношений А.М. Эткинды, рассказ «Быть матерью – это...» Э.Г. Эйдемиллера, «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой
Эмоциональный уровень	Преобладание негативных событий в субъективной картине жизненного пути, наличие травматических событий, отрицательный эмоциональный багаж	Методика «Линия жизни» в интерпретации Т.Д. Василенко
	Актуальная эмоциональная напряженность, отклонение от аутогенной нормы	Метод цветových выборов Л.Н. Собчик, 8-цветовой тест М. Люшера, методика PANAS Д. Уотсона, Л.Э. Кларк и А. Теллегена в адаптации Е.Н. Осина (ШПАНА)

Когнитивный уровень	Деадаптивные убеждения, ошибки мышления	Методика диагностики иррациональных установок А. Эллиса, шкала депрессии А. Бека
	Пессимистическая диспозиционная установка	Опросник диспозиционного оптимизма (LOT) М. Шейера, Ч. Карвера в адаптации Т.О. Гордеевой, О.А. Сычева, Е.Н. Осина
Уровень социального взаимодействия в родительской семье	Нарушенная привязанность	Опросник «Привязанность к родителям» М.В. Яремчук, методика «Самооценка генерализованного типа привязанности» (RQ; К. Bartholomew, L. Horowitz, адаптация Т.В. Казанцевой), опросник «Опыт близких отношений» (ECR-R; R.C. Fraley, N.G. Waller & K.A. Brennan; адаптация Т.В. Казанцевой)
	Нарушенные детско-родительские отношения, конфликты с матерью	Методика незавершенных предложений Дж.М. Сакса и С. Леви
Уровень социального взаимодействия в собственной семье	Низкая удовлетворенность браком	Опросник удовлетворенности браком (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко)
	Рассогласованность в семейных ценностях с супругом	Методика «Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре» А.Н. Волковой
	Авторитарно-контролирующая позиция женщины в семье	Диагностика межличностных отношений Т. Лири
Протективные факторы		Диагностика
Идентичность (присутствие в системе ролей роли матери и супруга)		Методика «Кто я» (М. Кун, Т. Макпартленд)
Жизнестойкость		Тест жизнестойкости (Hardiness Survey С. Мадди) в адаптации Д.А. Леонтьева
Стрессоустойчивость		Шкала PSM-25 (Lemur-Tessier-Fillion) в адаптации Н.Е. Водопьяновой
Самодетерминация		Тест «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райана в адаптации Т.Д.

	Василенко, Ю.Ю. Ковтун и А.В. Селина, тест «Жизненные стремления» Э. Деси и Р. Райана в адаптации Т.Д., Ю.А. Котельниковой и А.В. Селина
Локус контроля (интернальный)	Тест «Локус контроля» в адаптации Е.Г. Ксенофонтовой
Рефлексивность (средние значения)	Тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова
Эгоцентризм (низкие показатели)	Тест эгоцентрических ассоциаций (ТЭА) Т.И. Пашуковой
Префекционизм (низкие показатели)	Опросник перфекционизма Н.Г. Гараня, А.Б. Холмогоровой, Т.Ю. Юдесвой

Литература

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Психосоматические состояния при нормальном и осложненном течении беременности // Перинатальная психология и медицина // Сб. материалов конф. по перинатальной психологии, СПб, 26 – 30 мая 2000. – СПб, 2001 с. 24 – 29.
2. Абульханова В.В., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. СПб.: Алетей, 2001.
3. Адамян Л.В., Филиппова Г.Г., Калининская М.В. Переживание бесплодия и копинг-стратегии женщин фертильного возраста // Медицинский вестник северного Кавказа, № 3, 2012.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: ЭКСМО-Пресс; 2004.
5. Аншина М.Б. Развитие методов лечения бесплодия // Гинекология и акушерство. 2001. №4. С. 33-36,47.
6. Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. 1993. №4. с. 35 – 42.
7. Богдан Н.А. Психологические проблемы, сопровождающие проблему бесплодия и возможности оказания психологической помощи в процессе его лечения методом ЭКО // Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: Матер. Всерос. конф.– Иваново, 2001. – С. 98–101.
8. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002. №3. С.110 – 118.
9. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск: Изд-во КГМУ, 2011. – 572 с.
10. Васильева В.В. Психофизиология женской репродукции / В.В. Васильева. – Батайск: Батайское книжное изд-во, 2005. – 208 с.

11. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М.: Изд-во Моск. Ун-та; 1984.
12. Дубоссарская З.М. Проблемы репродуктивного здоровья с позиций перинатальной психологии // Медицинские аспекты здоровья женщины. 2010. № 2. С. 27 – 38.
13. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психологический журнал. 2003, №5, с. 45 – 47.
14. Ксенофонтова Е.Г. Исследование локализации контроля личности – новая версия методики «Уровень субъективного контроля». // Психологический журнал. 1999. Т.20. № 2. С. 103 – 114.
15. Кулакова Е.В. Коррекция психоэмоциональных нарушений у пациентов с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий: Автореф. дис.канд мед. наук. – М., 2007. – С.27.
16. Лебедько А.В. Особенности течения беременности и родов у женщин с экстракорпоральным оплодотворением: автореферат дис. канд. мед. наук; [Белорусский гос. мед. универс.]. – Минск, 2013.
17. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М.: Смысл, 2000.
18. Макаричева Э.В. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие / Э.В. Макаричева, В.Д. Менделевич // Социальная и клиническая психиатрия. –1996. – №3 С. 20-22.
19. Панфилова Т.Н. Медико-социальные аспекты реализации репродуктивных установок в городских семьях (по материалам социологического опроса) // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013. № 2 (2). С. 76-82.
20. Сметник В.П. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей / Сметник В. П., Тумилович Л.Г. – Москва.: Медицинское информационное агентство, 2003.
21. Филиппова Г.Г. Психология материнства. Учебное пособие. М.: Изд-во Института Психотерапии; 2002.
22. Яковенко Е.М. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и другие методы преодоления бесплодия / под ред. Е.М. Яковенко, С.А. Яковенко. М.: Москва; 2016.
23. Adzema M.D., Falls From Grace: Spiritual and Philosophical Perspectives of Prenatal and Primal Experience 2004.
24. Arizmendi T, Affonso D (1987) Stressful events related to pregnancy and postpartum. Journal of Psychosomatic Research 31:743-756.
25. Campbell IE, Field PA (1989) Common psychological concerns experienced by parents during pregnancy. Canada's Mental Health 37:2-5.
26. Carlson D, La Barba R (1979) Maternal emotionality during pregnancy and reproductive outcome: A review of the literature. International Journal of Behavioral Development 2:343-376.
27. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. N.Y.: Springer Publishing Company, 1984.
28. Lederman R., Weis K. Psychosocial Adaptation to Pregnancy Seven Dimensions of Maternal Role Development, 2nd Ed., Churchill Livingstone (Springer Publishing) – 1996, p.305.

29. Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology, 18*(4), 333-345. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.4.333>.
30. Slade A., Cohen L.J., Sadler L.S., Miller M.R. The psychology and psychopathology of pregnancy. In Zeanah CH, editor. *Handbook of infant mental health*. 3rd. New York: Guilford Press; 2009.

**Зверева Н.В., Сергиенко А.А, Строгова С.Е., Суркова К.Л.,
Зверева М.В., Зозуля С.А., Симашкова Н.В., Горбачевская
Н.Л., Даллада Н.В**

ОЦЕНКА КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ВРТ В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОДХОДЕ

Аннотация Представлены результаты мультидисциплинарного исследования когнитивного онтогенеза (дизонтогенеза) 69 детей 3-15 лет, зачатых с помощью ЭКО и других ВРТ. Проведен анализ по направлениям диагностики (психологическому, нейропсихологическому, нейрофизиологическому, иммунологическому). Получен спектр развития от высокой нормы до выраженного дефицита (отставания) по результатам психологической диагностики в группе ЭКО. Тенденция к снижению общей нейродинамики, динамических показателей познавательной деятельности и функциональная дефицитарность, схожая с наблюдаемой при перинатальной (резидуальной) органической патологии. Выявлено своеобразие нейрокогнитивного развития детей-ЭКО (в различной степени по всем видам диагностики). Данные показали перспективность методологии и методик исследования.

Ключевые слова: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), дети и подростки, когнитивное развитие, IQ (коэффициент интеллекта), нейропсихологическая диагностика, ЭЭГ-нейрофизиологическая диагностика, нейроиммунотест.

Введение

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) относится к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ), применяется в мировой практике с 1978 года, в нашей стране – с 1985 года. Показанием для проведения ЭКО является бесплодие, не поддающееся терапии. Женщинам старше 35 лет, независимо от длительности бесплодия и его причины, предлагаются программы ВРТ как наиболее эффективный метод достижения беременности. Данный метод помогает зачать

ребенка при диагнозе бесплодие (женское и/или мужское), у бездетных супружеских пар, одиноким женщинам (с бесплодием и без), а также дает возможность женщине забеременеть без интимного контакта с мужчиной при однополых отношениях.

В России метод ЭКО активно применяется с 1994 года, доступен бесплатно с 2013 г. по полису обязательного медицинского страхования, успешность метода ЭКО выросла с 7% до 40–50%. Количество детей, появившихся на свет с помощью ЭКО в России в 2020 году, около 30000 человек, и цифры увеличиваются год от года [9, 12, 22, 14].

Процедура ЭКО, как правило, считается безопасной, проводится в государственных и частных медицинских центрах РФ. Ряд исследований выявил несколько возможных рисков для детей, зачатых с помощью ЭКО (например, неблагоприятные перинатальные исходы и некоторые врожденные дефекты), однако точной картины нет, данные противоречивы. На результаты могут влиять разные факторы, связанные с процедурой ЭКО, подготовкой к ЭКО и лечением женщины, ее психологическими особенностями, перинатальными осложнениями и др. [9, 12, 16, 22, 24, 25, 26, 47, 48]. По мнению Аникиной В.О. «существующие исследования и клинические наблюдения показывают, что эти женщины нередко обладают специфическими психологическими характеристиками и отношением к ребенку. Данная группа женщин продолжает расти благодаря развитию медицины, но остается практически не изученной, а имеющиеся научные данные противоречивы» [1, с.391]. Следовательно, выявляемые особенности и/или нарушения развития детей с ЭКО необходимо дифференцировать с другими состояниями, связанными не только с ЭКО/ВРТ, но и определяемыми нарушениями протекания беременности и родов, например, недоношенностью, полиплодностью, гипоксией, осложнениями при кесаревом сечении и др. В некоторых работах показано, что возможные негативные последствия для здоровья детей, зачатых с помощью ВРТ, могут быть обусловлены не самой процедурой ЭКО, а неблагоприятными факторами здоровья матери, которые следует учитывать при определении группы риска новорожденных для последующего наблюдения на амбулаторном этапе [26, 34, 36]. Указанные причины могут вызывать изменения когнитивного развития детей или не оказывать ни него существенного влияния при хороших возможностях компенсации и коррекции [44, 47].

Есть работы, где не обнаружено значимых различий детей ЭКО и детей с естественным зачатием. По данным томских исследователей, оценивших моторные параметры развития при ЭКО и естественном зачатии, обнаружено, что для детей, рожденных в результате

индуцированной беременности, обнаружен более низкий рост и более низкий уровень моторного развития при рождении и до 9 мес, что нивелировалось к возрасту полутора лет. Кроме того, оказалось, что дети ЭКО значимо чаще попадали в группу риска в связи с такими факторами, как низкий балл по шкале Апгар, врожденные пороки развития, родовые травмы и низкая масса тела, однако большинство отклонений нивелировалось к возрасту 18 месяцев. Показатели моторного, социального и речевого развития детей из группы риска, а также общее состояние их здоровья не отличались от их сверстников из контрольной группы к полутора годам. Интересные данные получены в Центре эндокринологии. Показано, что дети от одноплодных беременностей, рожденные с помощью ВРТ, с момента рождения и до 11 лет не отличаются по антропометрическим показателям от детей, зачатых естественным путем [16, 23].

К постановке проблемы

Анализ литературных источников показывает, что исследователи развития детей ЭКО сосредоточены в основном на антропометрических, моторных, реже речевых и эмоциональных параметрах, когнитивные показатели рассматриваются крайне редко, преимущественно в оценке школьной успешности [12, 22, 24, 46]. В этом плане проводимое исследование обладает новизной и по предмету исследования и по методологии, обеспечивающей мультидисциплинарный подход к изучению и к анализу проблемы когнитивного развития детей, рожденных с помощью ЭКО. Интерес к исследованию этих детей вызван также относительно малым изучением психолого-педагогических аспектов развития данного ребенка. Анализ особенностей внутрисемейных отношений, эмоционально-психологического состояния матери в период подготовки к применению ВТР и после успешного зачатия, а затем и рождения ребенка, является актуальной задачей исследований разных специалистов, например, Захаровой Е.И. и ее учеников, Соловьевой Е.В. и других [10,39,40], тогда как собственно когнитивное развитие этих детей, сходное или отличное от такового у детей с естественным зачатием, редко ставилось в центр внимания исследователей. Есть работы по оценке игрового взаимодействия в диаде (Соловьева Е.В.) и особенностям речевого развития детей ЭКО дошкольного возраста (Орлова О.С., Печенина В.А.) [31, 32, 33, 35, 39, 40]. Обобщение литературных данных показывает, что требуется более внимательное отношение к анализу акушерского анамнеза и данных перинатального развития детей, кроме того, необходимо оценивать индивидуальные показатели социальной ситуации развития детей, рассматривать динамические параметры развития. К сожалению, в доступной

литературе практически не встречается комплексных мультидисциплинарных исследований психологической и иной биологической оценки когнитивного развития детей ЭКО в широком возрастном диапазоне.

С учетом описанного выше научного фона изученности проблемы в ФГБНУ НЦПЗ в 2019-2021гг. проводилось комплексное исследование когнитивного онтогенеза (дизонтогенеза) у детей 3-15 лет, зачатых с помощью ЭКО. Обследовано 2 группы испытуемых – основная (дети-ЭКО) и контрольная группа сравнения. Участие в исследовании добровольное, с письменного согласия родителей.

Цель работы - мультидисциплинарное исследование когнитивного онтогенеза (дизонтогенеза) у детей 3-15 лет, зачатых с помощью ЭКО и других ВРТ.

Материал и методы

Описание группы испытуемых

Дети основной группы, рожденные с помощью ЭКО и ВРТ, в возрасте от 3 до 15 лет (всего 69 детей, 38 мальчиков, 31 девочка). Родители детей, рожденных с помощью ЭКО и ВРТ, также выступали испытуемыми, заполняя анамнестические опросники и анкету по протоколу выполнения процедуры ВРТ (процедура оплодотворения - ЭКО, ИКСИ, ИС; количество подсадов, длительность гормональной терапии, количество забора ооцитов, длительность бесплодия, хронические заболевания и др.).

Большинство детей обучаются в общеобразовательных учреждениях, посещают детский сад или школу. У 16 детей был выставлен диагноз нарушения психического развития: аутизм, эпилепсия, шизотипическое расстройство, расстройство поведения и эмоций. 12 детей имели различные неврологические диагнозы. Обращение к процедуре ЭКО связано с бесплодием одного (женским/мужским), либо обоих супругов, а также смертью старших детей, возрастом родителей. Количество проведенных подсадов (процедур ЭКО-ВРТ) от 1 до 10 (ЭКО – 67%, ИКСИ – 33%). Донорская яйцеклетка – у 3 чел.

По количеству ВРТ: до 2 попыток ВРТ – 36 детей (средний возраст матери на момент рождения 33,5 лет), от 3 попыток ВРТ – 33 ребенка (средний возраст матери на момент рождения 34,5 года). По родовспоможению: Кесарево сечение – 79% родов, в основном – плановое; остальные – самостоятельные роды (срок от 35 до 42 недель). Рост при рождении - от 40 до 54 см (среднее 48 см), вес при рождении – от 1300 г до 4050 г (среднее - 3100 г), показатель Апгар от 5/6 до 9/10. Возраст матерей на момент родов от 27 до 47 лет (среднее – 34 года). Социальные характеристики семей: в браке – 88% пар; в разводе – 12%

пар.

Все родители имели образование не ниже среднего специального, большинство имели высшее образование, некоторые закончили аспирантуру и имеют научные степени. Материальное благополучие не ниже среднего.

Дети контрольной группы – 23 человека (14 мальчиков, 9 девочек от 5 до 13 лет), родители детей контрольной группы – также 23 человека. По основным параметрам не было отличий от основной группы за исключением количества детей с психической патологией (в группе сравнения их было достоверно меньше).

Методы

1. Анализ показателей к ЭКО у родителей, особенности процедуры ЭКО (беседа, анкета).
2. Анализ раннего психомоторного и речевого развития (на основании беседы с родителями и анкетирования) [41].
3. Нейропсихологическая диагностика (адаптированный вариант методики Лурия-Цветковой) [37, 38, 41].
4. Психометрическая диагностика интеллекта (тест WICS, адаптированная 2 версия) [42].
5. Психологическая диагностика развития памяти (10 слов), внимания (таблицы Шульте), мышления (малая предметная классификация, конструирование объектов) - методики, разработанные и адаптированные в НЦПЗ, проведено сопоставление с нормативной базой данных по параметрам соответствующих когнитивных процессов [11, 13].
6. ЭЭГ-исследование с оценкой спектральных характеристик ЭЭГ при помощи сравнительного ЭЭГ-картирования с использованием банка нормативных ЭЭГ-данных [2, 7, 20].
7. Иммунологическое исследование [15, 18].
8. Методы математической обработки данных (критерии Фишера, Манна-Уитни, Пирсона и др. в программе Exel и IBM SPSS Statistics 26).
9. Консультация психиатра с помощью клинико-психопатологического метода при необходимости и желании родителей (до 7 пациентов амбулаторно).

Анализ результатов проводился по каждому из направлений диагностики отдельно, также осуществлялись пробные варианты сопоставления разных видов диагностики. В данной статье представлены результаты первых этапов работы, некоторые из полученных результатов еще будут проанализированы и обобщены в будущих публикациях авторов.

Основные гипотезы исследования касались того, что дети ЭКО представляют собой неоднородную группу по когнитивному развитию, при разных вариантах оценки возможна вариативность от нормы

развития до вариантов патологии.

Результаты исследования

По каждому из видов диагностики результаты обследований детей ЭКО сопоставлялись с нормативными данными по конкретной процедуре/методике оценки для нормативной выборки, аналогично и в группе сравнения. Отдельно проводилось сопоставление между группами по полученным в данном исследовании результатам.

Обследование младших детей проводилось по всем направлениям, исключение составляли тест Векслера и психологическая диагностика когнитивного развития, которые проводились только с 5 лет. Представлены результаты диагностики по разным направлениям, изложение начинается с биологических средств диагностики, далее – по видам психологической диагностики, непосредственно касающейся когнитивного развития детей.

Результаты ЭЭГ-исследования детей, зачатых с помощью ЭКО

Все ЭЭГ-исследования у пациентов детского и подросткового возраста (от 3-х до 15 лет) проводились в лаборатории нейрофизиологии ФГБНУ НЦПЗ. Запись ЭЭГ осуществлялась при помощи 16-канального электроэнцефалографа фирмы «NeuroKM» (Россия), мостиковые электроды располагались в соответствии с Международной системой 10:20. Во время регистрации ЭЭГ испытуемые находились в затемненной комнате в положении сидя, дети дошкольного возраста при необходимости могли сидеть на коленях у родителей. Частота оцифровки 128 Гц. Осуществлялась запись ЭЭГ монополярно в состоянии спокойного бодрствования при открытых и закрытых глазах, ритмической фотостимуляции, частотой 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 18 Гц и во время проведения гипервентиляционной пробы в течение 2-х минут.

Описанным способом было проведено ЭЭГ исследование 69 детей, зачатых с помощью ЭКО, в возрасте от 3-х до 15 лет. Применялся визуальный анализ ЭЭГ, исследовались спектральные характеристики ЭЭГ в сравнении с базой нормативных ЭЭГ-данных [2, 6, 7]. В ЭЭГ 72% детей выявлялись разной степени выраженности общемозговые изменения биоэлектрической активности головного мозга по органическому типу в виде сниженного индекса и нерегулярного характера альфа-ритма, измененной его частотной структуры, повышенного уровня диффузной неритмизированной медленноволновой активности и др. признаков [19, 20]. Эти дети имели отягченный по перинатальному гипоксически-ишемическому или посттравматическому поражению ЦНС анамнез при отсутствии выраженной очаговой неврологической симптоматики, в связи с чем наиболее вероятно предположить резидуальный характер подобных

изменений в ЭЭГ [19, 20]. По всей выборке у значительного числа обследованных детей (26,5%) выявлялись ЭЭГ-корреляты дисциркуляторных нарушений в бассейне позвоночных артерий в виде нерегулярности и существенной межполушарной асимметрии основного ритма, асимметричных медленных волн преимущественно дельта-диапазона повышенной амплитуды, часто в сочетании с заостренными альфа-колебаниями, иногда оформленные в виде атипичных комплексов «острая-медленная волна», затылочной локализации, с мигрирующим межполушарным акцентом и/или амплитудным преобладанием [8]. Все дети с данным видом нарушений в ЭЭГ были рождены путем операции кесарева сечения, что может рассматриваться как фактор риска для формирования впоследствии дисциркуляторных нарушений, как субклинического, так и клинического уровня.

В норме в ЭЭГ наблюдается незначительная межполушарная асимметрия затылочного альфа-ритма по индексу и амплитуде с преобладанием в правой гемисфере, что связывают с большей активностью левого полушария. У 38% детей, зачатых с помощью ЭКО, отмечалась существенная межполушарная асимметрия альфа-ритма: у 21% от всех обследованных детей имело место левополушарное доминирование основного ритма с наибольшими значениями его спектральной мощности в левой затылочной области, у 17% - значительное правополушарное преобладание альфа-ритма с превышением его спектральной мощности в правой затылочной области по сравнению с левой более чем в 2-2,5 раза. У половины детей с выраженной асимметрией основного ритма обнаруживались и ЭЭГ-корреляты дисциркуляторных нарушений в бассейне позвоночных артерий, что не позволяет исключить возможную взаимосвязь между значительной межполушарной разницей спектральной мощности альфа-ритма и состоянием мозговой гемодинамики в вертебрально-базиллярной системе.

У 6% обследованных детей случайной находкой были очаги эпилептиформной активности, при этом клинические проявления эпилепсии отсутствовали. Родители этих детей были информированы о выявленных нарушениях и возможных рисках. Учитывая широкую распространенность ЭЭГ-коррелятов дисциркуляторных нарушений в бассейне позвоночных артерий у детей, рожденных путем кесарева сечения, следует рекомендовать динамическое исследование мозговой гемодинамики даже при отсутствии жалоб в рамках профилактического медицинского наблюдения.

Для детей с выявленными психолого-неврологическими нарушениями был использован метод дискриминантного анализа ЭЭГ,

который в настоящее время тестируется в лаборатории нейрофизиологии и позволяет выделять по данным ЭЭГ-картирования детей и подростков с различными расстройствами (аутистического спектра и синдромом умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X (FXS) [28, 29]. По наблюдениям российских репродуктологов, 10% женщин, планирующих беременность с помощью ЭКО, могут иметь это генетическое нарушение, поэтому в целях исключения наличия премутации гена FMR1, которая может быть причиной овариальной недостаточности, необходимо всем женщинам с овариальной недостаточностью рекомендовать проходить генетическое тестирование.

Дискриминантный анализ (ДА) ЭЭГ был проведен у 9 детей с диагностированными расстройствами аутистического спектра или задержкой речевого развития и/или интеллектуальными нарушениями. По данным ДА ЭЭГ 5 детей были отнесены к группе РАС (все мальчики), ЭЭГ одного ребенка была отнесена к группе «норма» (мальчик). В ЭЭГ у 3-х детей по данным дискриминантного анализа наблюдались показатели ЭЭГ, характерные как для РАС, так и для FXS (достоверно повышенный уровень бета-активности, максимально представленной в лобных зонах коры головного мозга, а также повышенный уровень тета-активности в лобно-центральных зонах коры) [4, 5].

Исследование детей с помощью нейроиммунотеста (воспалительные маркеры в крови детей, рожденных с помощью ЭКО)

В последние десятилетия наблюдается рост числа исследований, свидетельствующих о значимой роли иммунных нарушений в формировании биологической основы для развития психических и неврологических заболеваний [43]. Нарушения развития нервной системы, возникающие на этапах пре- и раннего постнатального онтогенеза, и клинически проявляющиеся в виде различных задержек развития, нарушений когнитивных и поведенческих функций, сопровождаются активацией нейровоспаления и развитием периферических воспалительных реакций с повышением содержания в крови медиаторов воспаления - острофазных белков, цитокинов, антител к антигенам мозга и др. [43,45].

В качестве рабочей гипотезы было выдвинуто предположение, что когнитивный дизонтогенез может сопровождаться изменениями состояния иммунной системы, выявляемыми с помощью комплекса иммунологических показателей, которые, как было показано ранее, отражают активность и тяжесть патологического процесса в мозге и могут использоваться для выявления нарушений развития нервной

системы различного генеза. На это косвенно указывают работы Ключник Т.П., Зозули С.А, Отман И.Н. [15,17,18].

Оценивалась выборка детей, рожденных с помощью ЭКО и других ВРТ (64 ребенка), данные сопоставлялись с группой сравнения (20 детей). Выбор фокусной группы определялся вовлеченностью иммунной системы в патогенез когнитивных расстройств, а также дискутабельностью вопроса и отсутствием точных данных об особенностях когнитивного и психического развития таких детей, в первую очередь, связанным с недостаточной разработкой методов комплексной диагностики. Основная задача этой части мультидисциплинарной комплексной диагностики заключалась в определении спектра воспалительных и аутоиммунных маркеров у детей ЭКО, а также изучении возможных связей между особенностями их когнитивного развития и состоянием иммунной системы.

В крови детей определяли активность маркеров воспаления – лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и её ингибитора – острофазного белка $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ($\alpha 1$ -ПИ), также определялся уровень нейроспецифических аутоантител к астроцитарному белку S-100B и основному белку миелина. В качестве показателя, характеризующего направленность воспалительной реакции как в плане её разрешения, так и дальнейшего развития, оценивали лейкоцитарно-ингибиторный индекс воспаления – соотношение активности ЛЭ и $\alpha 1$ -ПИ. При статистической оценке использовали критерии Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни, а также критерий χ^2 -Пирсона, непараметрические методы (результаты представляли в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25-й и 75-й перцентили). Для выделения групп в структуре исследуемой совокупности применяли двусторонний кластерный анализ с предварительной стандартизацией переменных. Критический уровень значимости p составил $<0,05$.

В таблице 1 представлены результаты определения изучаемых иммунологических показателей у детей анализируемых групп. В крови детей из группы ЭКО выявлено статистически значимое повышение активности ЛЭ и $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора по сравнению с нормативными значениями ($p<0,05$; $p<0,001$). В группе сравнения наблюдалось повышение только активности $\alpha 1$ -ПИ ($p<0,001$). Величина лейкоцитарно-ингибиторного индекса в группе ЭКО была достоверно ниже нормы и соответствующего показателя в группе сравнения ($p<0,01$, $p<0,05$), что свидетельствовало о дисбалансе воспалительной реакции и недостаточной активности протеолитической системы воспаления.

Таблица 1.

Сравнение иммунологических показателей крови у детей, рожденных с помощью ЭКО, с нормативными значениями и показателями группы сравнения

Группа	Иммунологические показатели				
	активность ЛЭ, нмоль/мин×мл	активность α1-ПИ, ИЕ/мл	ЛИИ	АТ к S-100В, ед.опт.пл.	АТ к ОБМ ед.опт.пл.
Пациенты ЭКО (n=70)	237,6 * (213,3–252,8)	38,9 ** (33,4–46,4)	5,23 **# (4,8–6,0)	0,69 (0,62–0,75)	0,67 (0,61–0,75)
Группа сравнения (n=21)	224,6 (207–237,6)	40,9 ** (36,9–46,6)	5,92 * (5,08–7,2)	0,66 (0,63–0,77)	0,71 (0,64–0,75)
Нормативные значения	202,3 (190,2–220,3)	29 (25,1–30,2)	6,96 (6,7–7,3)	0,68 (0,66–0,72)	0,70 (0,65–0,75)

* - статистически значимые различия с контролем, $p < 0,05$, ** - $p < 0,001$;

- различия между группами, $p < 0,05$

В обеих группах наблюдался разброс значений воспалительных маркеров ЛЭ и α1-ПИ, что свидетельствует о том, что, хотя бы у части детей как основной группы, так и группы сравнения наблюдалась активация воспалительных реакций, в большей степени выраженная в группе детей ЭКО.

Уровень антител к нейроантигенам S-100В и ОБМ, повышение которого рассматривается в качестве неблагоприятного фактора, утяжеляющего развитие заболевания, в обеих группах детей не отличался от нормативных показателей ($p > 0,05$). Вместе с тем, частота встречаемости гипериммунных образцов крови в группе детей, рожденных с помощью ЭКО, была ниже, чем в группе сравнения (15,6% и 38,1%) ($\chi^2=4,78$, $p=0,034$).

Широкий разброс значений анализируемых воспалительных показателей в группе ЭКО послужил основанием для кластеризации обследованных детей и разделения выборки на три иммунологические подгруппы, различающиеся по интенсивности воспалительного ответа (таблица 2).

Таблица 2.

Характеристика выделенных иммунологических подгрупп

Показатель	Иммунологические подгруппы			p
	1-я (n=16, 22,8%)	2-я (n=36, 51,4%)	3-я (n=18, 25,8%)	
активность ЛЭ, нмоль/мин×мл	280,9 * (267,8- 285,1) p ¹⁻² = 0,023□ p ¹⁻³ = 0,015□	239,8 * (229-248,8)	198,7 (180,3- 205,7)	p ¹⁻²⁻³ <0,05□
активность α1-ПИ, ИЕ/мл	34,5 (32,1-37,5)	40,3 ** (35,9-46,4) p ²⁻¹ = 0,02□	38,2 * (31,6-47,3) p ³⁻¹ = 0,013□	p ¹⁻²⁻³ <0,001□
ЛИИ	8,3 (7,0-8,9) ** p ¹⁻² < 0,001 p ¹⁻³ < 0,001□	5,8 (5,1-6,9) p ²⁻³ < 0,001	5,1 * (3,9-5,9)	p ¹⁻²⁻³ <0,001
АТ к S-100B, ед.опт.пл.	0,66 (0,57-0,69)	0,69 (0,64-0,74)	0,72 (0,64-0,75)	p>0,05
АТ к ОБМ, ед.опт.пл.	0,65 (0,56-0,74)	0,68 (0,62-0,77)	0,66 (0,62-0,73)	p>0,05

* - p<0,05; ** - p<0,001 - статистически значимые различия с контролем

1-ю иммунологическую подгруппу составили 16 детей (22,8% от общего числа). Спектр иммунологических показателей, характерный для этой подгруппы, ассоциирован с выраженным повышением активности ЛЭ (p<0,001) и не отличающейся от нормативных значений активностью её ингибитора (p>0,05), что свидетельствует о дисбалансе воспалительного ответа и недостаточности антипротеолитического потенциала крови (ЛИИ=8,3).

2-я иммунологическая подгруппа включает 36 человек (51,4%) и характеризуется умеренной активацией как ЛЭ, так и α1-ПИ по сравнению с нормой (p<0,05), что соответствует сбалансированному воспалению, ассоциированному с провоспалительным статусом и активацией протеолитической системы (ЛИИ=5,8).

Наконец, 3-я иммунологическая подгруппа состоит из 18 детей (25,8%) и отличается от двух других подгрупп «нормальной» активностью ЛЭ (p>0,05) на фоне некоторого повышения активности α1-ПИ (p<0,05) по сравнению с нормой (ЛИИ=5,1), что, вероятно, может быть следствием уже «отзвучавшего» патологического процесса.

Дети ЭКО с наличием аутоиммунного компонента хотя бы к одному из исследованных нейроантигенов отличались от детей с нормальным уровнем антител некоторыми особенностями общего развития, в частности, более низким весом при рождении ($p < 0,05$), а также возрастом матерей (старше 40 лет) ($p < 0,05$).

Таким образом, на модели детей, рожденных с помощью ЭКО, показана гетерогенность группы как по активности воспалительных маркеров, так и по некоторым особенностям когнитивного и психического развития. Пациентов с высокой степенью выраженности воспалительного ответа (22,8%) характеризует дисбаланс протеолитической системы воспаления, что является неблагоприятным признаком в плане дальнейшего течения заболевания, и связано с нарастанием симптомов дефицитарности, ассоциируемых с дисфункцией подкорковых структур, а также кинетического фактора.

Большинство обследованных детей (51,4%) характеризует провоспалительный ответ, ассоциированный со сбалансированностью протеолитической системы воспаления. Около четверти детей (25,8%) по значениям анализируемых показателей приближаются к нормативным показателям и характеризуются иммунным профилем, характерным для «отзвучавшего» патологического процесса.

Оценка уровня воспаления и его особенностей у детей, рожденных с помощью ЭКО и других ВРТ, способствует раннему выявлению нарушений развития нервной системы, что является значимым для их своевременной коррекции.

Результаты оценки IQ и психологической диагностики когнитивного развития

Тестом Векслера обследованы две группы детей от 5 до 15 лет включительно. В основную группу вошли дети, зачатые с помощью процедуры ЭКО и других ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий); группа сравнения (ГС)- дети, зачатые естественным образом. Всего было обследовано 52 ребенка основной группы и 17 детей контрольной группы сравнения.

Оценка IQ по тесту Векслера (WICS-II) показала, что у всех детей, за исключением двух (с верифицированным диагнозом РАС) общий интеллектуальный показатель (ОИП), вербальный (ВИП) и невербальный (НИП) показатели находились в пределах интеллектуальной нормы развития. Диапазон баллов ОИП – от 91 до 137 баллов, ВИП – от 91 до 130 баллов, НИП – от 93 до 143. Диссоциация между показателями ВИП и НИП отмечалась как в сторону большего значения ВИП, так и наоборот, кроме того, встречались и гармоничные сочетания всех показателей интеллекта. У мальчиков с РАС - ОИП 55/67, ВИП – 50/52, НИП – 69/90. Отметим, что

распределение по уровням интеллекта в группе детей ЭКО и ГС совпадало не полностью, в группе детей ЭКО чаще встречались показатели очень высокого интеллекта, в ГС – чаще просто высокий интеллект, также в ГС не наблюдалось дефекта по интеллекту, у детей ЭКО это встречалось при психической патологии.

Существенных различий между испытуемыми по результатам теста Векслера в зависимости от количества подсадок (процедур ВРТ) не обнаружено. Общий интеллектуальный показатель в группах с малым количеством подсадок (до 2-х) -108 баллов и большим (от 3-х) – 111 баллов. Диссоциация между вербальным и невербальным интеллектом отмечается более, чем у половины испытуемых. Чаще встречалось преобладание показателей невербального интеллекта.

У испытуемых с выставленными психиатрическими диагнозами средние показатели интеллекта были снижены в сравнении с остальной группой, также отмечалась более выраженная диссоциация вербального и невербального интеллекта (таблица 3).

Таблица 3.

Показатели IQ у детей ЭКО в норме развития и при психической патологии

Группа	ОИП	ВИП	НИП	Диссоциация ВИП и НИП
норма ЭКО	116	112	117	50%
больные ЭКО	93,5	89,7	93,7	81,2%

Интеллектуальные показатели сопоставлялись с данными психологической диагностики состояния произвольной слухоречевой памяти (методика заучивания 10 слов), внимания (методика таблицы Шульте) и мыслительной деятельности (методики малая предметная классификация, конструирование объектов и другие). Всего обследовано 45 детей от 5 до 15 лет, все из них также обследованы по тесту Векслера.

Оценка произвольной слухоречевой памяти. Сопоставление интеллектуальных показателей ОИП и выполнение методики 10 слов показало, что дети с высоким интеллектом (≥ 110) выполняют это задание более успешно, чем дети с более низкими интеллектуальными показателями. Сравнение детей ЭКО в норме развития и при психической патологии не выявило достоверных различий между этими выборками по всем показателям произвольного слухоречевого запоминания в методике 10 слов. Получены определенные расхождения

между детьми по показателю объема произвольного слухоречевого запоминания в зависимости от количества подсадов – процедур ВРТ (рис.1), не достигающие статистической достоверности на нашей выборке.

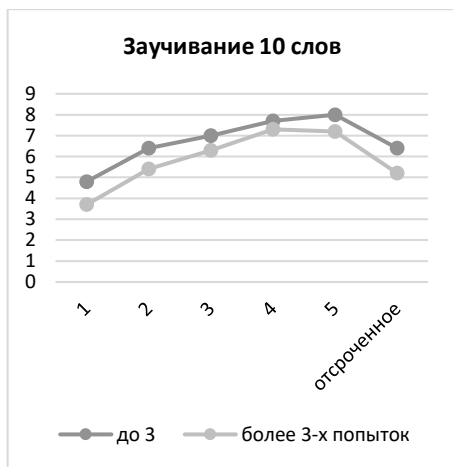


Рис. 1. Кривая заучивания 10 слов детьми с разным количеством процедур ВРТ

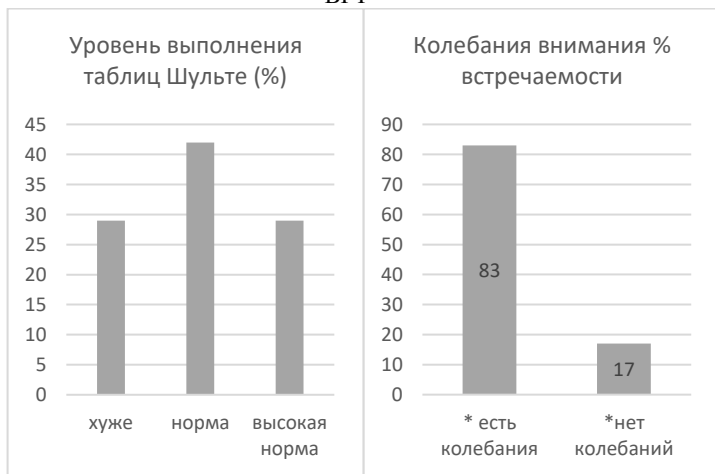


Рис. 2. Показатели таблицы Шульте в группе детей ЭКО (колебания внимания)

- различия значимы $p \leq 0,01$ ($\phi^*_{эмп} = 5.051$)

Оценка произвольного внимания. Сопоставление интеллектуальных показателей ОИП и выполнение методики таблицы Шульте показало,

что дети с высоким интеллектом (≥ 110) выполняют это задание достоверно успешнее, чем дети с более низкими интеллектуальными показателями. Сравнение детей ЭКО в норме развития и при психической патологии выявило также достоверные различия между этими выборками по всем показателям методики таблицы Шульте. Независимо от успешности выполнения задания большинство детей имели выраженные колебания внимания (рис.2).

Результаты детей, зачатых не с первой попытки, имеют тенденцию к большему отклонению в сторону снижения показателей слухоречевой памяти по сравнению с возрастной нормой, чем дети, имеющие не более 2-х попыток ЭКО (различия не достоверны на данной выборке).

В отношении мыслительной деятельности не было получено достоверных различий с нормативной выборкой в группе детей ЭКО без психиатрических диагнозов. У тех детей ЭКО, кто имел психиатрические диагнозы, наблюдалось разнообразие выполнения методик на оценку мыслительной деятельности – от нормативных показателей до проявлений парциального дефекта в этой сфере. По количеству подсадов (процедур ВРТ) не было получено достоверных различий на исследованной выборке.

Результаты нейропсихологического исследования

Специфика возрастной доступности проб нейропсихологического исследования потребовала деления группы детей ЭКО на две возрастные подгруппы – (от 3-х до 5 лет) и от 5 и старше. В «младшей» подгруппе проводился сокращенный вариант обследования с одновременным применением ряда дефектологических и логопедических методов [14, 21], в «старшей» - относительно полное развернутое нейропсихологическое обследование.

Младшая возрастная группа от 3-х до 5 лет

Для диагностики детей от 3-х до 5 лет были выбраны нейропсихологические пробы для детей дошкольного возраста, адаптированные Ж. М. Глозман, которые включали в себя оценку общей и мелкой моторики, кинестетического и кинетического праксиса; слухоречевой и зрительной памяти; произвольного внимания; зрительного восприятия, понимания эмоций [3]. Для оценки мышления детей от 3-х до 4-х лет и детей с задержкой психического развития использовался картинный материал из пособий «Умные книжки» О. Земцовой [14]. Исследование речевого развития производилось по стандартному протоколу логопедического обследования детей дошкольного возраста с подбором адаптированного материала под данный возраст [14, 21, 31].

У детей от 3-х до 4-х лет, зачатых с помощью ВРТ (ЭКО, ИКСИ), часто встречалась незрелость произвольной регуляции деятельности,

выражающаяся в упрямстве, негативизме, в неконтролируемых вспышках агрессии. Также у некоторых детей отмечалась недостаточная сформированность функции тормозного контроля, проявляющаяся двигательной расторможенностью и быстрой истощаемостью или повышенной отвлекаемостью на фоне истощения. Трудности произвольного контроля вторично отражались на развитии трудностей познавательных функций (мышления, восприятия, памяти).

По данным логопедической диагностики у большинства детей от 3 до 4 лет 11 мес. страдала общая и речевая моторика, отмечалась дисфункция общего мышечного тонуса, моторная неловкость, слабость координаторных навыков, трудности удержания позы при ходьбе. Со стороны кожно-кинестетической чувствительности в области периферического артикуляционного аппарата, наблюдались разные варианты дизартрической симптоматики, оральные синкинезии, трудности переключения артикуляционных укладов, недостаточность речевого дыхания, скандированное произношение, реже отсутствие речи.

В исследовании сформированности мышления, памяти и внимания, отмечались варианты от нормативного развития (по возрасту) нейропсихологических факторов, входящих в эти сложные психические процессы, так и некоторого отставания в их развитии, а в ряде случаев их функциональной недостаточности.

Старшая возрастная группа от 5 до 15 лет

Результаты комплексного нейропсихологического исследования старшей возрастной группы анализировались на трех уровнях: 1) уровень психологического анализа (функции разделены на 5 блоков – праксис, гнозис, внимание, память, речь, мышление); 2) уровень факторного нейропсихологического анализа (уровень сформированности или степень дефицита нейропсихологических факторов); 3) уровень топического анализа (гипотезы о зоне мозговой дисфункции).

Кроме качественного нейропсихологического анализа для каждого испытуемого и по усредненным данным по подгруппам выстраивался нейропсихологический профиль с количественной оценкой дефицита психических функций и нейропсихологических факторов.

По усредненным данным количественного анализа прослеживается тенденция значительного функционального дефицита ряда нейропсихологических факторов, в первую очередь энергетического и регуляторного (тормозного контроля). На рис. 3 черным цветом отмечены дефицитарные нейропсихологические факторы, а более светлые или неокрашенные столбики соответствуют наименее дефицитарным факторам (зрительное восприятие, восприятие

неречевых звуков, тактильное восприятие).

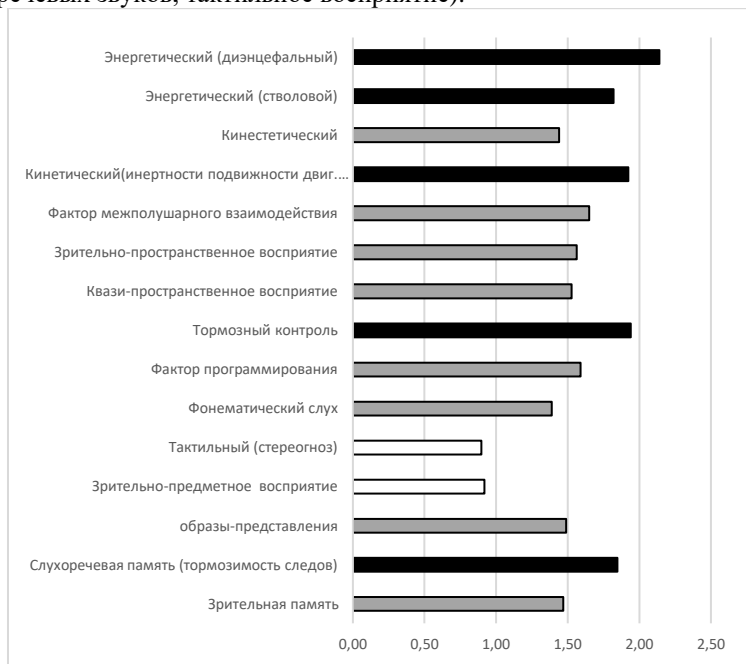


Рис. 3 Усредненные данные количественного анализа степени сформированности нейропсихологических факторов в подгруппе детей и подростков от 5 до 15 лет (ЭКО) (чем выше оценка, тем больше дефицит).

Сопоставление детей ЭКО и детей группы сравнительного анализа (ГСА) показывает больший процент выраженной функциональной недостаточности\дисфункции в группе детей ЭКО как по дисфункции подкорковых структур (ЭКО-74%, ГСА – 48%), так и по функциональной несостоятельности\ дисфункции корковых структур головного мозга (ЭКО – 25%, ГСА – 4,8%).

В зависимости от **возраста испытуемых** (анализ в группах от 8 лет и старше) выявлена тенденция снижения дисфункции энергетического фактора на уровне стволовых структур (~25%) и функциональной недостаточности фактора тормозного контроля (~30%) в группе детей-ЭКО. Сравнение усредненных данных в этих группах по функциональному состоянию энергетического фактора на уровне диэнцефальных структур не показало значимых различий.

Нейропсихологический анализ речевого развития выявил наиболее дефицитарные и наиболее сохранные нейропсихологические факторы,

входящие в функциональные системы экспрессивной и импрессивной речи (таблица 4).

Таблица 4.

Процентное соотношение несформированных и наиболее сформированных факторов в речевой деятельности у детей ЭКО по данным нейропсихологической диагностики

Значительная несформированность\дисфункция по группе	% по
Слухоречевая память (тормозимость следов в условиях интерференции)	70%
Кинетический (инертность двигательных стереотипов)	50%
Фактор программирования речевого высказывания	39%
Квази-пространственное восприятие (предложные и логико-грамматические конструкции)	39%
Фонематический слух	30%
Наиболее сформированные факторы	
Образы-представления (номинация и объем слухоречевой памяти)	92%
Кинестетический (оральный праксис)	77%

Наблюдалась тенденция зависимости функциональной несформированности нейропсихологических факторов от количества процедур ВРТ (рис.4).

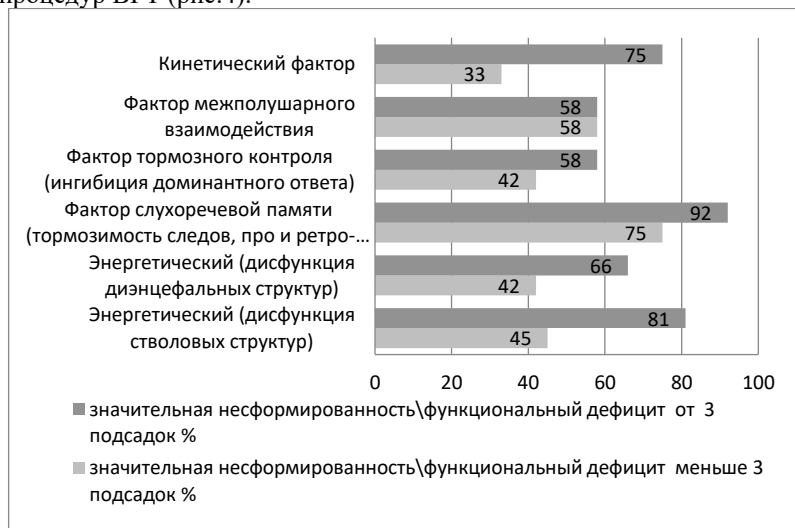


Рис.4. Уровень сформированности нейропсихологических факторов в зависимости от количества процедур ВРТ.

Наибольшие различия в сторону увеличения % детей со

значительной несформированностью выявлены в группе от 3-х подсадов по следующим нейропсихологическим факторам: кинетический, энергетический, тормозного контроля, слухоречевой памяти (повышенная тормозимость следов). Не выявлено различий по фактору межполушарного взаимодействия.

Корреляционные связи логопедических, психометрических, нейропсихологических показателей развития речи и параметров ЭКО

Был проведен пробный поиск корреляционных связей между различными показателями, выявленными в ходе исследования группы детей ЭКО. Анализ показал наличие значительного числа связей, многие из них понятные и ожидаемые, ряд требует дополнительного анализа и, возможно, увеличения выборки.

Среди важных следует отметить:

1) по количеству подсадов (процедур ВРТ) – обнаружена прямая корреляция в группе детей ЭКО без диагнозов между количеством подсадов и задержкой речевого развития, выявляемой до 3-х лет (заметим, что данная корреляция совсем отсутствует в группе детей с психическими нарушениями), обратная корреляция количества подсадов у детей без нарушений развития речи до 3 лет с показателем ВИП (Ро Спирмена $-0,436^*$, $p \leq 0,018$);

2) по возрасту матери на момент рождения ребенка - прямая корреляция с возрастом матери (чем старше, тем чаще нарушена слоговая структура речи);

3). по логопедической оценке, нейропсихологическим параметрам и IQ - у детей с нарушениями развития речи до 3-х лет выявлена корреляция нарушения экспрессивной речи и логопедических параметров развития речи (импрессивной речи ($,622^{**}$); фонетико-фонематического развития ($,622^{**}$); состояния органов артикуляции ($,774^{**}$)).

Корреляционный анализ показал наличие связей у детей-ЭКО с психической патологией с параметрами речевого развития и нейропсихологической оценкой (слухоречевая память, развитие речи и др.) с баллами по вербальным субтестам Векслера.

Количество и разнообразие связей нейропсихологической, психометрической и логопедической оценки речевого развития убедительно показывает справедливость применения комплексной диагностики, возможность более объемного и глубокого понимания своеобразия развития детей -ЭКО и одновременно – более тщательного и разностороннего анализа.

Сравнение выделенных иммунологических подгрупп по отдельным нейропсихологическим факторам выявило наибольшую

недостаточность диэнцефальных структур мозга (энергетического фактора), а также кинетического фактора у пациентов 1-й иммунологической группы (различия на уровне тенденции, $p=0,09$ и $p=0,09$). Выявлена корреляция между активностью ЛЭ и уровнем кинетического фактора в общей группе детей ЭКО ($r = 0.275$, $p=0,033$). Следует отметить также, что в 1-й иммунологической подгруппе детей наблюдается также больший % встречаемости нарушений речевого развития в виде задержек, дизартрий и др. (более 40%, $p=0,022$), а также выявления психической патологии (более 30%, $p<0,05$) по сравнению с другими подгруппами.

Анализ корреляционных связей заставляет думать о сложном сочетании психологических и биологических факторов в каждом отдельном случае и требует дальнейшего изучения.

Заключение

На реализованном этапе работы каждый исследовательский модуль анализировался преимущественно отдельно, в настоящее время перед нами стояла задача описать феноменологию в каждом из направлений исследования, по возможности учитывая данные других исследований и процедуры ЭКО.

Полученные данные показывают, что, несмотря на преимущественно нормативные характеристики исследуемых параметров психической деятельности (когнитивного развития) обследованных детей ЭКО, мы получили определенный континуум от высокой возрастной нормы до выраженных задержек развития (в частности, по данным теста Векслера). Аналогичные результаты получены и по результатам нейрофизиологического и иммунологического исследования. Обследование фокус-группы сравнения, включающей как психически здоровых детей, так и с аналогичными выявленным в группе ЭКО нарушениями развития, дает возможность приблизиться к дифференцированной оценке когнитивного и психического развития детей ЭКО в целом.

Нами сформирован мультидисциплинарный диагностический комплекс для исследования разных компонентов психического развития детей, рожденных с помощью ЭКО и ВРТ (психопатологический, психологический и нейропсихологический, психофизиологический, иммунологический). Созданный комплекс возможно применять для оценки динамики когнитивного развития таких детей методом поперечных срезов. Проведенное исследование показывает, что нейрокогнитивное развитие детей-ЭКО отличается своеобразием (в различной степени по разным видам диагностики), что отражает индивидуальные особенности субъектов.

Представим основные **выводы** исследования, часть из них носит предварительный характер:

1. олучен спектр развития от высокой нормы до выраженного дефицита (отставания) по всем видам мультиметодической диагностики в группе ЭКО.

2. Обнаружено изменение показателей (преимущественно в сторону ухудшения) по всем видам диагностики в группе детей ЭКО, имеющих психиатрические диагнозы по сравнению с группой детей ЭКО без диагнозов. Сопоставление группы детей-ЭКО и группы сравнения при наличии психической патологии показывает более грубые нарушения по большинству направлений диагностики: более низкий показатель IQ, низкие показатели памяти, внимания и мышления.

3. Метод срезов обнаруживает четкую возрастную динамику в речевой и когнитивной деятельности, степень дефицитарности проявлений снижается с увеличением возраста детей ЭКО.

4. В нейропсихологической оценке на первый план выступают тенденция к снижению общей нейродинамики, динамических показателей познавательной деятельности, функциональная дефицитарность, схожая с наблюдаемой при перинатальной (резидуальной) органической патологии.

5. Выявлена тенденция увеличения функционального дефицита ряда нейропсихологических факторов (энергетического, кинетического, тормозного контроля) в зависимости от увеличения количества процедур ВРТ (от 3 и более).

6. Выявлено своеобразие по отдельным нейропсихологическим факторам в группе ЭКО по сравнению с ГС и возрастными нормативными данными: тенденция функционального дефицита одних нейропсихологических факторов (энергетический, тормозный контроль, кинетический) и сохранности других (зрительное восприятие, кинестетический фактор, тактильное восприятие). Дефицитарность 1 блока мозга больше выражена в группе ЭКО.

7. В связи с высокой частотой выявления различных отклонений в структуре биоэлектрической активности, рекомендуется проведение ЭЭГ-исследования включать в план диспансерного наблюдения за детьми, зачатыми методом ЭКО, с целью профилактики и/или лечения отклонений в состоянии их нервно-психического здоровья. Полученные данные указывают на необходимость информирования родителей о связанных с ВРТ возможных рисках.

8. Выявленная специфика нейроиммунологических показателей, с одной стороны, показывает наличие разных видов воспалительных реакций - от отсутствия воспаления до выраженного. С другой стороны, выявлены соответствия определенных видов воспалительных реакций с нейрокогнитивным дефицитом, выявляемым психологическими

средствами.

9. Оценка уровня воспаления и его особенностей у детей, рожденных с помощью ЭКО и других ВРТ, способствует раннему выявлению нарушений развития нервной системы, что является значимым для их своевременной коррекции.

10. Анализ корреляционных связей по параметрам разных направлений мультидисциплинарного исследования заставляет думать о сложном сочетании психологических и биологических факторов в каждом отдельном случае.

Полученные данные показали перспективность методологии исследования, обладают новизной и требуют расширения выборки и детализации анализа причины ЭКО, уточненного сравнительного анализа по всем направлениям диагностики (психологическое, нейропсихологическое, нейрофизиологическое, иммунологическое).

Литература

1. Аникина В. О. Оценка эмоционального состояния и отношения к ребенку у женщины во время беременности и после его рождения как способ раннего выявления риска нарушений психического здоровья // Сб. тезисов международной научно-практической конференции «Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований». М, 2020.
2. Благодклонова Н. К., Новикова Л. А. Детская клиническая электроэнцефалография. Руководство для врачей. М: Медицина, 1994.
3. Глозман Ж. М. Нейропсихологический подход к развитию мышления в детском возрасте // Современное дошкольное образование. Теория и практика. – 2012. – №. 6.
4. Горбачевская Н. Л., Мамохина У. А., Вершинина (Даллада) Н. В., Переверзева Д. С., Кобзова М. П., Митрофанов А. А., Сорокин А.Б. Особенности спектральных характеристик ЭЭГ у лиц с расстройствами аутистического спектра // Психиатрия. 2018, (78): 48-54.
5. Горбачевская Н. Л., Мариничева Г.С., Денисова Л. В., Бедильбаева К. А. Способ диагностики умственной отсталости с ломкой X-хромосомой // 1983, Авторское свидетельство № 1188942.
6. Горбачевская Н. Л., Якупова Л. П., Кожушко Л. Ф. Формирование корковой ритмики у детей 3-10 лет (по данным ЭЭГ картирования) // В сб. Ритмы, синхронизация и хаос в ЭЭГ. Москва, 1992, с.19.
7. Горбачевская Н. Л., Якупова Л. П., Митрофанов А. А. Нормативные базы данных в клинической нейрофизиологии // Врач. 1999; №9, с.35-36
8. Долгова И.Н., Карпов С.М., Минаева О.А., Колесникова Е.В., Калашянц Н. З. Ранние нейрофизиологические признаки хронической ишемии мозга // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2017; 19(6): 42-44.
9. Добряков И. В. и др. Психическое и соматическое развитие детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2019. – Т. 19. – №. 4. – С. 122-131.

10. Захарова Е. И., Якупова В. А. Внутренняя материнская позиция женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО //Национальный психологический журнал. – 2015. – №. 1 (17).
11. Зверева Н. В., Коваль-Зайцев А. А., Хромов А. И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). Методические рекомендации. М.: «Издательство МБА», 2014.
12. Зверева Н. В., Сергиенко А. А., Строгова С. Е., Зверева М. В. Современные подходы к оценке когнитивного развития детей и подростков, родившихся с применением эко. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019. Т. 19. № 4. С. 133-143.
13. Зверева Н. В., Хромов А. И., Сергиенко А. А., Коваль-Зайцев А. А. Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (внимание и память). Методические рекомендации / Москва, 2017.
14. Земцова О. Н. Умные книжки //М.: Махаон. – 2010.
15. Зозуля С. А., Отман И. Н., Аракелов С. Э., Балашова Е. В., Морозов С. Г., Ключник Т. П. Оценка вероятности исхода перинатальных поражений нервной системы по иммунологическим показателям крови. Патогенез. 2021;19(2):58-66. doi:10.25557/2310-0435.2021.02.58-66].
16. Зюзикова З. С. и др. Особенности физического развития детей, рожденных в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий //Проблемы эндокринологии. – 2019. – Т. 65. – №. 3. – С. 148-154.
17. Ключник Т. П., Зозуля С. А., Андросова Л. В., Сарманова З. В., Отман И. Н., Пантелеева Г. П., Олейчик И. В., Копейко Г. И., Борисова О. А., Абрамова Л. И., Бологов П. В., Столяров С. А. Лабораторная диагностика в мониторинге пациентов с эндогенными психозами («Нейро-иммуно-тест»): Медицинская технология. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016.
18. Ключник Т. П., Морозов С. Г., Отман И. Н., Сарманова З. В., Беседина М. В., Рыбаков А. С., Аникина О. М., Камплицкая О. В. Лабораторная диагностика последствий перинатальных поражений ЦНС у детей («Нейро-тест»). Медицинская технология. М.; 2011.
19. Кожушко Н. Ю. Возрастные особенности формирования биоэлектрической активности мозга у детей с отдалёнными последствиями перинатального гипоксического поражения ЦНС // Физиология человека. 2005. - №1. - С. 5-14.
20. Косенкова Т. В., Фёдорова Е. А., Гомбалева М. С., Овчинников Б. В. Особенности электрофизиологической активности головного мозга у детей дошкольного и юношеского возраста с наличием перинатального гипоксического поражения центральной нервной системы в анамнезе. // Вестник Смоленской государственной академии. 2016.
21. Крупенчук О. И. Речевая карта для обследования ребенка дошкольного возраста //СПб.: Литера. – 2011. – Т. 31.
22. Лещинская С. Б. Факторы, влияющие на развитие детей при вспомогательных репродуктивных технологиях: обзор литературы //Вестник психотерапии. – 2020. – №. 75. – С. 130-146.

23. Лещинская С. Б., Стоянова И. Я., Бохан Т. Г., Терехина О. В., Силаева А. В. Физическое и психическое развитие детей, зачатых посредством ЭКО: динамика на протяжении первых полутора лет жизни // Сб. тезисов международной научно-практической конференции «Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований». М, 2020.
24. Лещинская С. Б. Проблемы и перспективы психологических исследований здоровья детей, рожденных посредством экстракорпорального оплодотворения. // Психическое здоровье семьи в современном мире. Сб. тезисов Ш конференции с международным участием. Томск, 24-25 октября 2019. /под ред. Н. А. Бохана, А. В. Семке, Е. В. Гуткевич. Томск, 2019, с.174-177.
25. Ливатинова А. Н., Романова Е. А. Состояние здоровья детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) // FORCIPE. 2019. №Приложение. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-zdorovya-detey-rozhdennyh-posle-ekstrokorporalnogo-oplodotvoreniya-eko> (дата обращения: 08.11.2020).
26. Маслянюк Н. А. Многоплодная беременность после экстракорпорального оплодотворения как фактор риска недоношенности и задержки внутриутробного развития // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Т. 59. – №. 1.
27. Маслянюк Н. А. Многоплодная беременность после экстракорпорального оплодотворения как фактор риска недоношенности и задержки внутриутробного развития // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Т. 59. – №. 1.
28. Митрофанов А. А., Кичук И. В., Русалова М. Н., Чаусова С. В., Соловьева Н. В. Методика быстрого автоматизированного дискриминантного анализа ЭЭГ при различении в два класса // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2020. 17 (2): 223–249. DOI: 10.17323/1813-8918-2020-2-223-249.
29. Митрофанов А. А., Кичук И. В., Соловьева Н. В., Кувшинова Я. В., Чаусова С. В., Вильянов В. Б., Русалова М. Н., Олимпиева С. П. Использование дискриминантного анализа электроэнцефалограммы в диагностике шизофрении. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(1):44-50. doi.org/10.17116/jnevro201911901144.
30. Нищева Н. В. Картинный материал к речевой карте ребенка с общим недоразвитием речи (с 4 до 7 лет)-СПб //Спб.: Издательство «ДЕТСТВО-ПРЕСС. – 2015.
31. Орлова О. С. и др. Особенности речевого развития детей-близнецов, родившихся в результате вспомогательных репродуктивных технологий //Специальное образование. – 2014. – №. 4.
32. Орлова О. С. и др. Результаты психолого-педагогического обследования детей, рожденных с применением экстракорпорального оплодотворения и от спонтанно наступившей беременности //Дефектология. – 2016. – №. 5. – С. 38-46.
33. Орлова О. С., Печенина В. А. Становление речевой функции у детей-близнецов, рожденных спонтанно и в результате применения

- экстракорпорального оплодотворения //Вестник Ленинградского государственного университета им. АС Пушкина. – 2016. – №. 4-2.
34. Петрова Н. Н. и др. Психические расстройства и личностно-психологические особенности у женщин с бесплодием при лечении ЭКО. Обзорные психиатрии и медицинской психологии. №2, 2013. С. 42-48.
 35. Печенина В. А. Коррекционно-педагогическая помощь детям, рожденным в результате экстракорпорального оплодотворения. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук, М. 2017.
 36. Ришук С. В., Мирский В. Е., Вспомогательные репродуктивные технологии как ятрогенный фактор ухудшения здоровья детского населения Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН (электронный журнал), 2013, №4.
 37. Сергиенко А. А. Нейропсихологический анализ особенностей познавательной сферы у детей с расстройствами шизотипического спектра. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – М. 2013(13), № 1. – С. 32-40.
 38. 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.
 39. Соловьева Е. В. О материнском отношении к детям раннего возраста, зачатым посредством экстракорпорального оплодотворения //Психолого-педагогические исследования. – 2014. – Т. 6. – №. 4. – С. 147-156.
 40. Соловьева Е. В. Особенности взаимодействия матерей с детьми раннего возраста, зачатыми посредством экстракорпорального оплодотворения //Russian Journal of Education and Psychology. – 2015. – №. 2 (46).
 41. Суркова К. Л., Сергиенко А. А., Зверева Н. В. Нейропсихологический и логопедический анализ развития психических функций у детей ЭКО раннего дошкольного возраста (от 3 до 5 лет): методы и результаты пилотажного исследования // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2021. – Т. 13, № 3(68) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).
 42. Филимоненко Ю. И., Тимофеев В. И. Тест Векслера. Диагностика уровня развития интеллекта (Детский вариант): методическое руководство.– Спб.: ИМАТОН,2011. – 106 с.
 43. Al-Diwani AAJ, Pollak TA, Irani SR, Lennox BR. Psychosis: an autoimmune disease? Immunology. 2017;152(3):388-401. doi:10.1111/imm.12795.
 44. Barbuscia A., Mills M. C. Cognitive development in children up to age 11 years born after ART-a longitudinal cohort study //Human Reproduction. 2017. T. 32. №. 7. С. 1482-1488.
 45. Cowan M, Petri WA Jr. Microglia: Immune Regulators of Neurodevelopment. Front Immunol. 2018;9:2576. doi:10.3389/fimmu.2018.02576.
 46. Mains L. et al. Achievement test performance in children conceived by IVF //Human reproduction. – 2010. – Т. 25. – №. 10. – С. 2605-2611.

47. Middelburg K. J., Heineman M. J., Bos A. F., & Hadders-Algra M. (2008). Neuromotor, cognitive, language and behavioural outcome in children born following IVF or ICSI—a systematic review. *Hum Reprod Update*. 14(3), 219-231.
48. Zandstra, H., Smits, L. J. M., van Kuijk, S. M. J., van Golde, R. J. T., Evers, J. L. H., Dumoulin, J. C. M., & van Montfoort, A. P. A. (2018). No effect of IVF culture medium on cognitive development of 9-year-old children. *Human reproduction open*, 2018(4), hoy018.

Корсакова Н.К., Рошина И.Ф.
О РОЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРАКСИСА В
КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКЕ ПРИ СТАРЕНИИ

Аннотация. В статье обращается внимание на важность исследования праксиса в комплексной нейропсихологической диагностике когнитивной сферы при нормальном физиологическом старении и при разных вариантах мнестико-интеллектуального снижения в позднем возрасте (при мягком когнитивном снижении и при нейродегенеративных заболеваниях). Оценка праксиса может указывать на дисфункцию нейропсихологических факторов (кинестетического, кинетического, пространственного и произвольной регуляции), которую не всегда легко удастся оценить при исследовании таких сложных высших психических функций (ВПФ) как мышление и речь. Нарушения различных составляющих праксиса могут выступать как первичные симптомы изменений (нарушений) познавательной деятельности при нормальном и патологическом старении.

Ключевые слова: произвольные движения, поздний возраст, нейропсихологическая диагностика

60 лет назад студенты, приходившие на практикум в лабораторию патопсихологии Института психиатрии Минздрава СССР, с удивлением обнаруживали на столе Сусанны Яковлевны Рубинштейн кимограф. Это был барабан с закопченной лентой, с помощью которого можно было регистрировать разные показатели движений человека. Этот прибор был знаком студентам по практикуму по физиологии ЦНС, в котором были занятия по регистрации движений лапок при раздражении открытого мозга лягушки. Студенты спрашивали, зачем это прибор нужен психологу при обследовании больного. Сусанна Яковлевна отвечала, что регистрация движений человека важна для оценки изменений его психической активности в процессе патопсихологического обследования.

В работе «Исследования распада навыков и психических больных позднего возраста» (М.,1965) С.Я. Рубинштейн описала нарушение

оптико-моторных координаций и других навыков у пациентов позднего возраста с деменцией. В этой работе она пришла к выводу о наличии у них нарушений динамических параметров психической деятельности, колебаний умственной работоспособности, трудностей сосредоточения и распределения внимания

Впервые о роли движений в сознательной деятельности человека говорил И.М.Сеченов в книге «Рефлексы головного мозга» (1863). И. М. Сеченов высказал мысль о том, что в мозге происходит анализ проприоцептивных импульсов, т. е. предположил наличие двигательного анализатора. Движение рассматривалось И.М.Сеченовым в разных проявлениях человеческой активности: "Смеется ли ребенок при виде игрушки, улыбается ли Гарибальди, когда его гонят за излишнюю любовь к родине, дрожит ли девушка при первой мысли о любви, создает ли Ньютон мировые законы и пишет их на бумаге - везде окончательным фактом является мышечное движение".

Важная роль двигательной области в целостной деятельности мозга была показана В. М. Бехтеревым (1928) на материале клинических наблюдений и в эксперименте. В. М. Бехтерев сделал вывод о том, что двигательная зона коры сочетает моторные и сенсорные функции и установил важное значение обратной афферентации в реализации двигательного акта. Тем самым В.М.Бехтерев подчеркивал фундаментальную роль движений в психической деятельности.

Одновременно с этим в отечественной психологии вышеназванные идеи получили свое развитие в рефлексологии (К.Н. Корнилов), из которой выросли такие практические направления, как психология труда и эргономика (Б.М.Коган, С. Г. Геллерштейн, Ю.В.Котелова), где ставился особый акцент на роли движений в профессиональной деятельности человека.

Апогеем развития представлений о роли движений и их мозговых механизмах стала концепция Н.А.Бернштейна об уровневой организации движений. Исследования Н. А. Берштейна (1947, 1966) показали, что двигательный акт определяется двигательной задачей, формирующейся на разных уровнях регуляции моторики. Поскольку человек совершает движения, различающиеся по степени произвольности, по участию в двигательном акте речи, то и степень управления этими движениями будет различна. Каждый уровень построения движений характеризуется морфологической локализацией, ведущей афферентацией, специфическими свойствами движений, основной и фоновой ролью в двигательных актах вышележащих уровней, патологическими синдромами и дисфункцией. Уровни построения движения связаны с функциями спинного и продолговатого

мозга, подкорковых центров, коры больших полушарий. Каждый уровень связан со специфическими, филогенетически сложившимися моторными проявлениями, каждому уровню соответствует свой класс движений.

Эта концепция соответствует представлениям Л.С. Выготского, С.Л.Рубинштейна, А.Н.Леонтьева и А.Р. Лурия, которые рассматривали произвольные движения как функциональную систему в структуре познавательной деятельности человека. Именно поэтому в отечественной традиции исследование двигательной сферы включено в общепсихологический контекст, а особенно это значимо для клинической психологии. Важно подчеркнуть, что можно исследовать движения на произвольном и на произвольном уровне в их взаимосвязи. Концепция о системной организации двигательной функции, о взаимодействии разных звеньев этой системы позволяет в случае ее нарушения перестраивать функциональную систему путем специального обучения.

В последние десятилетия интерес к исследованию движений постепенно уменьшился. Единственное направление, в котором клинические психологи обращаются в диагностической практике к произвольным движениям - праксису – это нейропсихология школы А.Р.Лурия. В этой школе праксис исследуется в разных составляющих функциональной организации произвольных движений. Исследование двигательной сферы позволяет выявить нейропсихологические факторы, лежащие в основе различных видов праксиса, что важно при синдромном анализе результатов нейропсихологического обследования. Выделяются такие составляющие праксиса, как кинестетическая, кинетическая, пространственная и регуляторная его основы.

Особое внимание А.Р. Лурия предавал регуляторному праксису, так как в нем отчетливо представлена ведущая роль речи, то есть движение рассматривалось в связи с регулирующей ролью речи в психической деятельности. Нередко выводы о дисфункции лобных долей мозга основывались на том, как пациент использует речь в сознательной деятельности.

В клинической нейропсихологии описаны 4 вида апраксии, в основе каждой из которых лежит нарушение определенного нейропсихологического фактора. Нарушение речевой регуляции движений указывает на дисфункцию переднелобных структур мозга преимущественно в левой гемисфере (регуляторная апраксия). При этом наблюдаются такие симптомы как эхопраксия, системные perseverации, элементы «полевого поведения», утрата и упрощение программы движений, двигательные стереотипии.

Нарушение кинетической организации движений возникает при снижении уровня функционирования заднелобных структур мозга при левосторонних патологических очагах. Это проявляется в трудностях плавного переключения от одного элемента двигательной программы к другому, элементарных персеверациях (инертное насильственное повторение одного из элементов программы в виде «застывания» и застывания), дезавтоматизации письма.

Эффективность произвольных движений может нарушаться в связи с дисфункцией нейропсихологического фактора пространственной организации деятельности при поражении теменно-височно-затылочной ассоциативной зоны мозга (ТРО) в случае ее билатерального поражения. Пациент допускает грубые ошибки при выполнении проб Г.Хэда, когда необходимо осуществлять пространственную перешифровку заданного зрительно образца. Имеют место зеркальное воспроизведение положения рук и другие пространственные ошибки.

Кинестетическая организация движений, основанная на работе кожно-кинестетического анализатора, может нарушаться при дисфункции теменных структур мозга. Больной затрудняется при выполнении праксиса позы пальцев рук по зрительному образцу. Эта форма апраксии в клинической практике в грубой форме встречается реже вышеназванных видов нарушений праксиса.

Особую роль изучение праксиса имеет при исследовании когнитивной сферы при нормальном и патологическом старении. В позднем онтогенезе у пациентов с различными видами нервно-психической патологии можно наблюдать снижение или даже нарушение различных составляющих праксиса.

Кинестетический праксис. Эта составляющая произвольных движений при нормальном старении, а также при мягком когнитивном снижении (Mild cognitive impairment) остается достаточно сохранной, по всей вероятности, в связи с сохранностью тактильной сферы и схемы тела. При раннем варианте болезни Альцгеймера на начальном этапе заболевания у многих пациентов отмечаются трудности выполнения праксиса позы по зрительному образцу, что свидетельствует о нарушении кинестетической организации праксиса в связи с патологическими симптомами со стороны теменных структур коры больших полушарий (КБП).

Пространственный праксис. При исследовании пространственного праксиса у испытуемых позднего возраста наблюдаются такие характерные ошибки при выполнении проб Г.Хэда, как зеркальность и фрагментарность, то есть упрощение образца. Тем не менее, при нормальном старении эти ошибки не носят характер устойчивых

проявлений и доступны самостоятельной коррекции или исправлению по указанию психолога. У пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения (МС1) такие ошибки наблюдаются чаще и для исправления требуют внешней коррекции. При всех вариантах болезни Альцгеймера пространственный компонент праксиса нарушен и может оцениваться как пространственная апраксия.

Кинетический праксис. При нормальном старении наиболее часто встречаются такие ошибки как трудности усвоения последовательности движений, некоторое сокращение программы. Кроме того, необходимо отметить такие соборенно динамические составляющие произвольных движений как импульсивность и инертность, которая затрудняют плавность переключения от одного элемента двигательной программы к другому. При этом использование речевой регуляции существенно улучшает результаты выполнения двигательных программ, что свидетельствует о сохранности лобных структур мозга, обеспечивающих произвольную регуляцию в сознательном поведении стареющего человека. У пациентов из группы мягкого когнитивного снижения трудности усвоения программы движений выражены отчетливо и плохо поддаются коррекции в рамках нейропсихологической диагностики. При этом занятия когнитивным тренингом с этими пациентами с акцентом на кинетическую организацию движений способствуют уменьшению импульсивности и инертности в праксисе. У пациентов с болезнью Альцгеймера кинетическая организация праксиса нарушена уже на этапе мягкой деменции, продолжает ухудшаться по мере развития деменции, достигая степени кинетической апраксии.

Регуляторный праксис. При нормальном старении регуляторный праксис остается в целом сохранным, что свидетельствует о достаточно высоком уровне функционирования лобных структур (особенно левого полушария). При исследовании регуляторного праксиса у пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения наблюдаются такие симптомы как трудности и неустойчивость удержания программы движений, снижение возможностей переключения с одной двигательной программы на другую (системные персеверации), тенденция к игнорированию левой руки в двуручных мануальных пробах. Все эти особенности проявляются в негрубой степени и не достигают уровня регуляторной апраксии. Таким образом, при синдроме МС1 имеет место относительное снижение активности лобных долей преимущественно в левой гемисфере. При раннем и позднем варианте болезни Альцгеймера отмечается постепенно нарастающее сочетанное нарушение произвольных движений в целом. При этом на первый план может выступать регуляторная и/или

пространственная апраксии, выраженные уже на начальных стадиях заболевания, которые свидетельствуют о патологии передних и задних ассоциативных зон КБП.

Заключение. Комплексное исследование праксиса позволяет оценивать особенности когнитивной сферы и церебральные механизмы при сопоставлении нормы, мягкого когнитивного снижения и болезни Альцгеймера у пациентов в позднем возрасте. Оценка праксиса может указывать на дисфункцию нейропсихологических факторов, которую не всегда легко удастся оценить при исследовании таких сложных высших психических функций (ВПФ) как мышление и речь. В известной мере нарушения различных составляющих праксиса могут выступать как первичные симптомы изменений (нарушений) познавательной деятельности при нормальном и патологическом старении. Вместе с тем анализ расстройств произвольных движений может объяснять механизмы вызванных болезнью изменений в эмоционально-личностной сфере пациента, что подтверждает правомерность таких научных метафор как «движение души» и «движение мысли».

Это имеет значение для построения программ реабилитации, так как при проведении программ когнитивной стимуляции (тренинга) необходимо учитывать уровень возможностей стареющего человека в двигательной сфере и произвольной регуляции психической деятельности в целом. Результаты нейропсихологической диагностики произвольных движений обнаруживают сохранные и сниженные или нарушенные составляющие праксиса, которые могут быть мишенью для составления заданий когнитивного тренинга с учетом индивидуальных особенностей, непатологических и патологических изменений психической деятельности стареющего человека. Таким образом, можно говорить о том, что тренинг двигательной сферы в комплексной программе нейрореабилитации способствует улучшению других ВПФ.

Литература

1. Балашова Е.Ю. Пространственная организация произвольных движений при нормальном и патологическом старении // Психологические исследования. 2015. Т. 8, № 41. С. 1. URL: <http://psystudy.com/index.php/num/2015v8n41/1133-balashova41.html>.
2. Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Смысл; Эксмо, 2005.
3. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М.: Просвещение, 2008.
4. Геллерштейн С. Г. Вопросы психологии труда // Психологическая наука в СССР. 1960.

5. Иванова Е. М., Котелова Ю. В. Экспериментальное исследование работоспособности человека в условиях высокой сенсомоторной нагрузки // Проблемы инженерной психологии и эргономики. М., 1974.
6. Корнилов К.Н. Учение о реакциях человека с психологической точки зрения («реактология»). М., 1921.
7. Корсакова Н. К. Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология: учебное пособие для вузов 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — 165 с.
8. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Когнитивные функции при нормальном и патологическом старении (глава в монографии). «Нейродегенеративные заболевания». Фундаментальные и прикладные аспекты. Под ред. Акад. М.В.Угрюмова. // М. Наука. – 2010. – Ч. 2, гл. 4. – С. 304-312.
9. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Концепция А.Р. Лурии о трех функциональных блоках мозга и нейропсихологический синдром нормального старения / Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2018. С.203-211. <http://www.medpsy.ru/library/library238.pdf>.
10. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 3-4. С.4-8.
11. Котелова Ю. В. Очерки по психологии труда. – М., 1986.
12. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М.: Изд-во МГУ, 1981.
13. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во МГУ, 1973.
14. Рубинштейн С. Я. «Исследования распада навыков и психических больных позднего возраста» //Вопросы экспериментальной психологии. - М., 1965
15. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга. 2014
16. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность. Изд-во МПСИ, Модэк, 2004.

Нелюбина А.С.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ И НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Аннотация. Приверженность лечению (фармакологическая приверженность) и приверженность рекомендованному врачом образу жизни (нефармакологическая приверженность) являются предметом изучения как в медицинских, так и в психологических исследованиях. В клинической психологии акцент ставится на изучении комплаентного поведения пациента (комплаентности) и психологических факторах, способствующих или препятствующих хорошей приверженности пациента. Дискуссионным остается вопрос качественной диагностики

приверженности, поскольку все существующие методы ее исследования имеют свои ограничения.

Ключевые слова: психология больного, приверженность лечению, комплаентное поведение, диагностика.

Проблема приверженности пациента лечению и рекомендованному врачом образу жизни стала одной из самых востребованных тем в научных медицинских и клинико-психологических исследованиях последних лет. По данным исследования Дж. Данбар [13] более чем 80% пациентов, страдающих хроническим заболеванием, не достигают терапевтического эффекта, из-за несоблюдения назначений врача. Данные Американской кардиологической ассоциации свидетельствуют о том, что только около 50% пациентов с хроническими соматическими и психическими расстройствами привержены предписанной лекарственной терапии [10]. Другие исследователи [28] считают, что до 60% пациентов с хроническими заболеваниями некомплаентны.

Востребованность этих исследований обусловлена высокими издержками, которые влечет за собой несоблюдение пациентом лечебных назначений и рекомендаций врача по изменению образа жизни. Наличие высокотехнологической медицинской помощи, объективной доступности медицинских услуг и лекарственных препаратов населению недостаточно для снижения количества осложнений, рисков рецидивов и смертей в трудоспособном возрасте, если пациент не готов принять эту помощь и быть приверженным медицинским назначениям. Поиск специалистов, занимающихся проблематикой приверженности пациентов, идет в двух направлениях: разработка валидного инструментария для оценки уровня приверженности и способов улучшения комплаентного поведения пациентов. Однако, ряд исследователей за последние 30 лет, как отмечает Лукина Ю.В. с соавт., признают отсутствие серьезного прогресса в исследовании проблемы приверженности и малой эффективности принятых способов ее повышения [5].

Целью данной главы является определение места клинической психологии в понимании феномена приверженности и анализ инструментов ее оценки.

Для начала определим, что понимается под приверженностью пациента и комплаентным поведением. Термин «комплаенс» (compliance) впервые был использован в доказательной медицине ее основателем Д. Л. Сакеттом (D. L. Sackett) в 1976 г. и чуть позже, в 1979 г., Р. Б. Хайнсом (R. B. Haynes). В этих работах пациенту отводилась пассивная роль ответственного исполнителя распоряжений врача. Но со временем взгляды на поведение пациента менялись и появился термин

«adherence»), который согласно руководству ВОЗ¹ по формированию долгосрочной приверженности у пациентов является наиболее верным для описания фактов и причин несоблюдения пациентом лечебных назначений. Приверженность лечению заключается в мере соответствия поведения пациента (прием лекарств, соблюдение диеты, изменение образа жизни) лечебным рекомендациям. Она подразделяется на приверженность собственно медикаментозному лечению и изменению образа жизни (диета, физические нагрузки, определенные ограничения). Как мы видим, термин «приверженность» по сравнению с первоначальным комплаенсом, предполагает некую свободу выбора пациента — следовать назначениям врача или нет. От больного стали ожидать участия в терапевтическом процессе и принятии решения, подчеркивая его права и возможности [21].

В России термин «комплаенс» впервые появился в 1985 г. в работе В.П. Зайцева, посвященной реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда, но широко стал использоваться только в последние 15 лет. Отметим, что в отечественной медицинской психологии сам феномен некомплаентного поведения активно изучался в рамках «неадекватного типа отношения к болезни» (работы, основанные на теории отношений В. Н. Мясищева), «дезадаптивного поведение соматических больных» (К. К. Платонов), низкой критичности пациента и т.д. В современной России изучением комплаентного поведения пациентов занимаются и врачи различных специальностей, и клинические психологи, изучая этот феномен на пациентах различных нозологических групп [1-4; 6-9 и др.].

В каких формах может проявляться некомплаентное поведение? Во-первых, это намеренное или случайное изменение пациентом дозировки препарата, либо его нерегулярный прием, когда пациент принимает лекарство по назначенной схеме, но делает перерывы в несколько дней и даже недель (этот феномен еще называют «каникулы от лекарств»). Во-вторых, это может быть неточность времени приема без изменения дозировки, что может приводить к осложнениям, если время приема или прием препарата «до» или «после» еды важны для эффективности лечения и самочувствия пациента. В-третьих, некомплаентное поведение заключается в самовольном употреблении других лекарств (или средств, которые больной считает лекарствами), либо в параллельном приеме самоназначенных препаратов и прописанных врачом. И, наконец, последний вариант некомплаентного поведения – это полное прекращение лечения.

¹ https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

В руководстве ВОЗ¹ причины недостаточной приверженности разделены на пять (взаимодействующих) групп:

1. Социально-экономические факторы: социально-экономический статус пациента (материальное положение, уровень образования, социальная поддержка, стоимость лечения, ситуация в семье), раса, военные действия на территории страны, возраст.

2. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения: степень развития медицинской системы в целом, степень развития системы распределения медицинских услуг, образование медперсонала (его представление о проблеме приверженности пациента к терапии), система образования пациентов и их длительного наблюдения, время, отводимое на консультацию пациента.

3. Факторы, связанные с проводимой терапией: сложный режим приема препаратов, их количество, длительность лечения, частота смены терапии, скорость достижения эффекта, побочные эффекты препарата.

4. Факторы, связанные с пациентом: знания пациента о заболевании, мотивация к лечению, его ожидания от лечения, забывчивость, непонимание инструкций врача, страх побочных эффектов, привыкания к терапии, предыдущий опыт лечения.

5. Факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент: выраженность симптомов заболевания, скорость прогрессирования заболевания, физическое, психическое, социальное состояние пациента, наличие сопутствующей патологии (депрессия, алкоголизм, наркомания), наличие эффективных методов лечения.

Как мы видим, часть из этих причин не зависят от самого пациента и не могут быть им изменены.

Исследователи отмечают, что клинические особенности заболевания могут сказываться на приверженности терапии: вероятность несоблюдения лечебных назначений возрастает, когда лечение носит скорее профилактический, чем лечебный характер или когда болезнь бессимптомна [17], а приверженность к монотерапии в виде одной таблетки будет выше, чем при комбинированной [29]. Особая ситуация складывается с приверженностью к длительной терапии (включая пожизненную) при хронических заболеваниях (таких как астма, диабет, артериальная гипертензия, ВИЧ/СПИД и др.). Сложность мотивации к длительному приему лекарств связана с тем, что, в отличие от заболевания, излечиваемого в короткий срок, долгосрочная терапия может не давать быстрого и заметного для самого

¹ https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

пациента эффекта. Кроме того, происходит изменение жизненной перспективы пациента — жизнь делится на прежнюю, «полноценную» и последующую, «неполноценную» с ежедневным лечением, срока окончания которого врач не называет.

Рассмотрим основные подходы к диагностике фармакологической и нефармакологической приверженности. Во-первых, это оценка объективных данных о состоянии пациента, полученных при помощи осмотра и медицинских анализов, собранного анамнеза о количестве рецидивов и госпитализаций за последнее время. Кроме того, врач может понять, принимал ли пациент назначенное лекарство, измерив концентрацию лекарственных препаратов или их метаболитов в жидкостях организма (крови, моче). Однако же последний метод оценки не позволяет судить о длительной приверженности, а только о том, что накануне визита к врачу нужный препарат был принят пациентом.

Помимо получения объективных данных врач прибегает и косвенным методам исследования приверженности. Рассмотрим их ниже.

Клиническое наблюдение и расспрос позволяют косвенно оценить постоянство приема лекарств и соблюдение рекомендаций по режиму. Врач может уточнить у пациента, какие препараты и по какой схеме он принимает, какие ограничения физической активности и диету использует, и установить факты неправильного понимания назначений и нарушения терапии. Необходимо отметить, что пациенты склонны в беседе с врачом давать социально желательные ответы о своей приверженности.

В отечественных клинических исследованиях фармакологической приверженности чаще всего применяется подсчет количества неиспользованных таблеток в блистерах. В таких исследованиях пациент обеспечивается бесплатным лекарством, использованные блистеры от которого он должен возвращать врачу при повторном визите. Врач подсчитывает количество неиспользованных таблеток (если они есть) и судит о приверженности терапии, используя индекс комплаентности (отношение принятых доз препарата к количеству, выданных на месяц, выраженное в процентах). При этом высокой приверженностью будет употребление более 80% таблеток, средней — от 20 до 80%, а низкой — ниже 20%. Но нет гарантии, что пациент принимает эти лекарства. Приверженность более 100% (когда лекарство заканчивается у пациента раньше срока) тоже свидетельствует о некомплаентном поведении — либо пациент принял слишком много лекарств, нарушив дозировку, либо их использовал кто-то другой, либо же они были выброшены пациентом по разным причинам.

К техническим методам оценки приверженности медикаментозной терапии относятся автоматические системы MEMS (*Medication Event Monitoring System*) и eDEM (*Electronic Drug Exposure Monitor*). Для этого метода используются специальные контейнеры для лекарств с электронными датчиками на крышках. Каждый раз, когда пациент открывает pillbox, датчик передает сигнал на сервер и исследователь может увидеть дату и время открытия контейнера с лекарственным средством. Предполагается, что время открытия совпадает со временем приема лекарства, но гарантировать последнее невозможно. Пациент может открыть контейнер и забыть достать лекарство или достать сразу несколько таблеток, он может забыть принять его или поделиться им с другим больным. Некоторые исследователи [14] отмечают также, что вероятность участия в исследовании в системе MEMS комплаентного больного выше, чем некомплаентного.

Следующий вид методов – это опросные методы. К ним относится метод самоотчетов пациентов в виде дневников пациентов или дневников самонаблюдения. В такой дневник пациенты заносят данные своего самочувствия, показатели, которые могут измерить сами (например, при помощи тонометра, глюкометра, весов, количество выпитой жидкости и т.д.). Дневники подлежат проверки врачом при следующем визите. Для мотивации пациента к ведению дневника, врач сообщает ему, что информация, полученная из дневника самонаблюдения поможет вовремя корректировать назначения. Однако, эта мотивация бывает недостаточно сильной, и сами врачи отмечают, что далеко не все пациенты соглашаются вести дневник, а те, кто регулярно его ведет и так является приверженным терапии. Бывают случаи, когда дневник самонаблюдения заполняется ретроспективно за месяц перед самым приемом у врача, и такое его заполнение не несет никакой диагностической ценности. Халатное отношение пациента к дневнику самонаблюдения чаще всего вызвано тем, что он не видит связи между его заполнением и эффективностью лечения.

Существуют и стандартизированные опросники для оценки приверженности. Обычно такие опросники содержат небольшое количество вопросов (до 10), касающихся лояльности пациента терапии и не содержат шкал лжи и коррекции. В них включены утверждения о том, считает ли пациент возможным пропустить прием лекарства, уменьшить дозу, видит ли связь между приемом препарата и болезненными симптомами, опасается ли вредного воздействия лекарств, удовлетворен ли качеством лечения и т.д. Назовем пять ведущих иностранных опросников, наиболее востребованных в практике и имеющих наиболее высокие показатели надежности для оценки приверженности лечению:

1. The Medication Adherence Questionnaire (MAQ).
2. The Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS).
3. The Brief Medication Questionnaire (BMQ).
4. The Hill-Bone Compliance Scale (для пациентов кардиологической клиники).
5. Medication Adherence Rating Scale (MARS).

The Medication Adherence Questionnaire (MAQ) или шкала Мориски–Грина. Наиболее ранний, компактный, адаптированный на широкой выборке заболеваний опросник, по словам авторов, Morisky D. E. и Green L. W., определяет препятствия на пути несоблюдения режима, но не самоэффективность пациентов. Первая версия была предложена в 1986 г. [25] и включала четыре утверждения о поведении пациента относительно лечения. Эта шкала основывается на убеждении, что ошибки в употреблении препаратов могут произойти, когда пациенты забывчивы, небрежны, прекращают прием лекарства, если чувствуют себя лучше или бросают прием препарата, если их самочувствие ухудшилось. Поскольку пациент был склонен отвечать «да», то вопросы формулировались так, что ответы «да» относились к некомплаентному поведению. В результате пациент набирает от 0 до 4 баллов, что, по мнению авторов, свидетельствует о высокой (0 баллов), средней (1–2 балла) или низкой (3 или 4 балла) приверженности лечению. Приведем примеры утверждений: «Забывали ли Вы когда-либо принять препараты?» (и ответы – забывал или не забывал); «Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?» (и ответы – пропускаю/ не пропускаю). Первоначально данный опросник был апробирован на больных с гипертонической болезнью. В этой популяции пациентов внутренняя согласованность была относительно высокой ($\alpha = 0,61$), а чувствительность и специфичность теста были 0,81 и 0,44 соответственно. Впоследствии опросник был апробирован на широком круге заболеваний — от ВИЧ до болезни Паркинсона. Преимущества опросника — понятность для пациента, быстрота заполнения, простой подсчет баллов. Ограничением является то, что опросник не оценивает самоэффективность пациента и допускает социально желательные ответы респондента.

Новая версия этого опросника называется Eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) [24] и включает 8 утверждений, касающихся соблюдения пациентом лечебных назначений с пятью вариантами ответов: «всегда», «часто», «иногда», «редко», «никогда». Отметим, что субъективно понятие, например, «часто» для одного пациента — 2–3 раза в неделю, для другого — один раз в неделю и т.д. То есть критерии оценки крайне субъективны. Эта версия так же не содержит шкалы лжи, и пациент может давать социально желательные

ответы.

Шкала «The Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale» (SEAMS) была предложена в 2007 г. Д. Риссер (J. Risser) с соавторами [31] для оценки самоэффективности пациента в использовании медицинских препаратов. Самоэффективность определяется как вера или уверенность пациента, что он может успешно выполнить определенное действие, необходимое для достижения желаемого результата. Конечный вариант включает в себя 13 утверждений, каждый элемент оценивается с помощью трех пунктов шкалы Лайкерта (1 — не уверен, 2 — в некоторой степени уверен, 3 — уверен). Шкала была подтверждена у пациентов с хроническими заболеваниями, включая ИБС и связанных с ними заболеваний, таких как гипертония, гиперхолестеринемия и диабет. Была установлена высокая внутренняя согласованность и надежность теста у пациентов с низким и высоким уровнем грамотности в вопросах здоровья ($\alpha = 0,89$ и $0,88$ соответственно). Данных о чувствительности и специфичности теста не поступало. Методика позволяет выявить барьеры приверженности терапии, но сложна для быстрого заполнения. Данную шкалу удобно использовать в клинике, где фокус внимания сконцентрирован именно на медикаментозном комплаенсе и где пациент доступен для наблюдения врачом.

The Brief Medication Questionnaire (BMQ) - краткий опросник о лечении, предложенный в 1999 Б. Сварстад (B.L. Svarstad) с соавторами [33]. Целью его конструирования было создать компактный, чувствительный инструмент для обнаружения различных типов несоблюдения режима. Шкала состоит из пяти утверждений для обнаружения повторения и отдельных нарушений приверженности и два пункта для того, чтобы оценить представления об эффективности препарата и для выявления трудностей в запоминании приема препарата. Опросник изначально апробирован на выборке, принимающей эналаприл или каптоприл. BMQ также был использован для пациентов с сахарным диабетом, депрессией и другими хроническими заболеваниями. Данная шкала также позволяет оценить барьеры на пути приема препарата. Шкала требует особых режимов, лекарства должны быть перечислены, и этот список является исчерпывающим. Методика полезна для оценки фармакологического комплаенса.

Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale (Hill-Bone Scale) предложена в 2000 году М. Ким (M.T. Kim) с соавторами [19] для обеспечения работников здравоохранения простым способом диагностики уровня соблюдения пациентом лечебных назначений. Методика оценивает поведение пациента по трем поведенческим

аспектам лечения гипертонии и включает в себя 14 вопросов, которые разбиваются по трем шкалам: «снижение потребления натрия» (3 пункта), «учет лечебных назначений» (2 пункта) и «прием лекарства» (9 пунктов). Каждый элемент может быть оценен по 4-балльной шкале, результат варьируется от 9 (полная приверженность) до 36 баллов. Шкала похожа на опросник MAQ в отношении определения барьеров на пути несоблюдения режима (забывчивость и побочные эффекты). Девять пунктов касаются соблюдения приема лекарств от высокого артериального давления, поэтому методика наиболее эффективна в кардиологической клинике. Авторы сообщают о недостаточных психометрических свойствах шкалы, но в более поздних исследованиях было рекомендовано для оценки приверженности использовать только медикаментозную подшкалу как наиболее валидную и внутренне согласованную. Приведем утверждения этой подшкалы для примера: «Как часто вы забываете взять с собой препараты от высокого АД? (How often do you decide not to take your HBP medicine?); «Как часто вы решаете не принять ваш препарат от высокого АД? (How often do you forget to get prescription refilled?).

Методика «Medication Adherence Rating Scale» (MARS) была создана К. Томпсон (K. Thompson) с соавторами [34] в 2000 г. для оценки соблюдения лечебных назначений у психиатрических пациентов. Шкала включает 10 пунктов и впервые апробирована на пациентах с шизофренией. В первоначальном исследовании была установлена внутренняя согласованность шкалы $\alpha = 0,75$. Второе исследование на большей выборке пациентов с шизофренией, шизоаффективными и бредовыми расстройствами обнаружило внутреннюю согласованность при $\alpha = 0,60$. MARS считается специфичной шкалой для психиатрической практики, хотя ее применение ограничено при хронических заболеваниях.

Существуют и специфические шкалы, и опросники, апробированные на какой-то одной, узкой нозологии, и которые, по мнению их авторов, не могут быть использованы для оценки неадаптивных представлений у пациентов с сочетанной патологией. Таким является, например, опросник «York Cardiac Beliefs Questionnaire» — для пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Он состоит из 22 пунктов, разбитых на три секции: вопросы, касающиеся жизни с болезнью сердца (12) (например, «одна из важнейших причин болезни сердца — это стрессы» или «людям, с заболеваниями сердца не рекомендуется расстраиваться»); вопросы, касающиеся инфаркта (5), и вопросы о стенокардии (5) (например, люди, болеющие стенокардией, должны избегать активности). Опросники предлагается выдавать для заполнения перед приемом или на самом приеме, выполнение занимает

несколько минут. Полученная информация позволяет врачу понять, какая именно информация о заболевании или его лечении непонятна или неправильно понята пациентом. Опросник «York Angina Beliefs Questionnaire» [16] создан для пациентов, страдающих стенокардией напряжения, а «Heart Failure Compliance Questionnaire» [15] — опросник комплаентного поведения для пациентов с сердечной недостаточностью. Medical Outcomes Study (MOS) Measures of Adherence (Hays, 1994); Drug Regimen Unassisted Grading Scale (DRUGS) — шкала оценки самостоятельного приема лекарств, помогают предсказать необходимость целенаправленного вмешательства и усиления поддержки; опросник отношения к лекарствам Drug Attitude Inventory (DAI-10); опросники удовлетворенности пациента лечением: Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM 1) и Medical Patient Satisfaction Questionnaire (2007); Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIV-ASES) (2000); Rating Of Medication Influences (ROMI); Insight And Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ).

Смежными с приверженностью феноменами, исследование которых позволяет глубже понять причины некомплаентного поведения пациентов, являются: медицинская грамотность пациента и представления пациента о болезни.

Феномен health literacy, который чаще всего переводится на русский как медицинская грамотность пациента или грамотность в вопросах здоровья, часто связывается с низкой приверженностью терапии и различными ее нарушениями [22; 23; 27; 32]. Низкая грамотность выражается в плохом понимании пациентом врачебных назначений — действия лекарств и плана лечения и связывается с риском повторной госпитализации и смертности [23; 32]. Медицинская грамотность влияет на способность пациента правильно принимать лекарства, приходить на назначенные встречи с врачом, знать признаки обострения заболевания и понимать, что нужно делать, если оно произойдет [22]. Для ее диагностики используются опросники, позволяющие оценить когнитивную сохранность пациента, его мотивацию к пониманию медицинской информации. Так, например, опросник Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA или его краткий вариант s-TOFHLA) [30]. Опросник состоит из 36 пунктов, заполняется около 12 минут и позволяет определить три степени грамотности в вопросах здоровья по уровню их адекватности — неадекватная, предельная, адекватная. Другой опросник - Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) [12] — один из первых инструментов для скрининга пациентов, неспособных адекватно понять вопросы, связанные с их здоровьем. Опросник довольно объемный, состоящий из 66 вопросов, предназначенных для измерения

способности взрослого человека понимать медицинскую терминологию, и обеспечивает точные оценки уровней чтения. Опросник имеет высокую надежность при повторном тестировании. Несмотря на это, в своем первоначальном виде в практической работе используется редко из-за своего объема и чаще применяется в научных исследованиях для выявления надежности вновь апробируемых опросников.

Опросник «Newest Vital Sign» (NVS) [35] - позволяет оценить степень, в которой люди могут получать, обрабатывать и понимать базовую медицинскую информацию и услуги, необходимые для принятия соответствующих решений в области здравоохранения. Апробирован на разных группах населения и для различных нозологий. Выполнение занимает в среднем не более трех минут.

Наиболее компактным считается краткий опросник выявления пациентов с неадекватными представлениями о здоровье — Brief Health Literacy Screen (BHLS) [18], состоящий всего из трех пунктов, касающихся самостоятельного заполнения медицинских форм, способности читать больничные материалы и узнавать информацию о своей болезни.

Для диагностики представлений пациента о болезни или особенностей восприятия ситуации болезни, которые могут негативно сказываться на приверженности, так же используются опросники. Приведем некоторые из них.

The Illness Perception Questionnaire (версии IPQ и IPQ-R)¹ — этот опросник восприятия болезни построен на модели саморегуляции болезни Х. Левенталя (1984, 1997) и позволяет оценить когнитивные представления пациента и эмоциональное отношение к болезни по пяти компонентам модели: идентификация или опознание симптомов (Identity), причины (Cause), сроки/продолжительность, ее динамика (Timeline), последствия (Consequences) болезни и подконтрольность излечения (Cure-Control). Версия IPQ состоит из трех блоков: 1) перечень симптомов (12), из которых пациент должен выбрать относящиеся к его болезни; 2) представления о заболевании и его последствиях (50 утверждений); 3) блок причин болезни (18), после которых пациенту предлагается указать три наиболее значимые, по его мнению, причины. Данная версия опросника переведена на восемь языков и помимо общей версии для любого заболевания имеет вариации для четырех нозологий.

Версия IPQ-R является более короткой, но также состоит из трех

¹ <https://ipq.h.uib.no/>

блоков:

1) перечня симптомов (14); 2) представлений о заболевании и его последствиях (38 утверждений); 3) блока причин болезни (18), после которых пациенту предлагается указать три наиболее значимые, по его мнению, причины. Данная версия переведена на 17 языков (для некоторых есть краткий вариант) и помимо общей версии для любого заболевания имеет вариации для 13 нозологий. Обе версии опросника предполагают количественную оценку атрибутов болезни, каждый из которых оценивается по 5-балльной шкале Лайкерта (от «полностью не согласен» до «полностью согласен»).

The Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) [11] — краткий опросник восприятия болезни для оценки когнитивных и эмоциональных представлений о болезни, также основанный на модели Х. Левенталя (1984, 1997). Опросник содержит восемь вопросов, которые пациент оценивает по балльной шкале от 0 до 10. Например, на вопрос: «Насколько хорошо Вы понимаете свое заболевание?», 0 баллам соответствует ответ «Совсем не понимаю», а 10 — «Понимаю очень четко». Опросник заканчивается предложением пациенту вписать три наиболее важные причины своей болезни, проранжировав их. Опросник переведен на 24 языка, включая русский, и не имеет вариантов для различных нозологий. Данная методика в основном ориентирована на диагностику больших групп пациентов, когда время для обследования ограничено, или для очень тяжелых пациентов, не способных к длительному обследованию.

The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) [26] — опросник, выявляющий представления о лекарствах. Состоит из 18 утверждений, разбитых на два раздела: конкретные представления о лекарствах, которые принимает пациент (BMQ-Specific) и убеждения о лекарствах в целом (BMQ-General). Опросник имеет 4-факторную структуру стабильную для различных групп заболеваний. The BMQ-Specific состоит из двух факторов (по пяти утверждений в каждом): убеждения о необходимости приема лекарств и убеждения, связанные с опасениями отрицательного воздействия лекарства на организм (появление зависимости, токсичность при длительном использовании и т.д.). The BMQ-General состоит из двух факторов (по четыре утверждения в каждом): убеждения о вредных последствиях приема лекарств и убеждения о том, что врачи злоупотребляют их назначением. Опросник может использоваться целиком или по разделам в зависимости от целей исследователя.

В клинике используются и частные шкалы, созданные для пациентов с определенными заболеваниями, с помощью которых выявляются знания и убеждения пациента о своем заболевании и необходимом

лечении. В подобных опросниках (анкетах) используются заданные исследователями перечни симптомов, наиболее характерных для заболевания. Так, например, для больных идиопатическим артритом предлагался следующий набор симптомов: боль, першение в горле, тошнота, одышка, потеря веса, быстрая утомляемость, боль в суставах, боль в глазах, головные боли, расстройство желудка, трудности засыпания, головокружение и упадок сил [20]. Больного спрашивали, есть ли у него эти симптомы и связывает ли он их со своим заболеванием.

Таким образом, если врач фиксирует сам факт некомплаентного поведения пациента, то психолога больше интересуют те психологические феномены, которые могли бы объяснить это поведение. Это и мотивация, и действие психологических защит, эмоциональные переживания пациента по поводу болезни и ее последствий, страх прогрессирования заболевания, особенности восприятия заболевания, субъективных представлений о нем и пр. Без понимания психологических феноменов и механизмов, стоящих за некомплаентным поведением больного, его качественная диагностика и эффективная коррекция невозможны.

Литература

1. Исаева Е.Р., Ситкина Е. В., Орехова Л. Ю., Кудрявцева Т. В., Тачалов В. В., Волохонский В. Л. Психологические факторы приверженности к лечению: сравнительный анализ: сравнительный анализ пациентов, выполняющих и не выполняющих рекомендации врача-стоматолога // Медицинская психология в России. 2017. № 1. С. 9 [Электронный ресурс]. – URL: http://www.medpsy.ru/mpri/archiv_global/2017_1_42/nomer03.pdf
2. Круков П. Нейропсихологические нарушения у пациентов с ССЗ и их потенциальное влияние на проблему несоблюдения рекомендаций врача // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 2012. № 3. С. 108–120.
3. Лапин И. П. Отношение пациента к эффектам лекарства как причина отказа от фармакотерапии // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2012. № 3. С. 112–115.
4. Левина О. С. Социально-психологические детерминанты приверженности к лечению и минимизации риска распространения ВИЧ-инфекции. Дисс. ... канд. психол. наук. СПб.: Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России, 2013.
5. Лукина Ю. В., Кутищенко Н. П., Марцевич С. Ю. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017. 16 (1). С. 91–95.
6. Малкова Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых [Электронный ресурс]: учебное пособие для вузов / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколодов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2020. — Режим доступа: <https://urait.ru/bcode/454038>

7. Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Московченко Д. В. Психологические факторы приверженности лечению у пациенток, страдающих раком молочной железы // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. 2013. № 11. С. 16–20.
8. Фофанова Т. В., Агеев Ф. Т., Смирнова М. Д., Свирида О. Н., Кузьмина А. Е., Тхостов А. Ш., Нелюбина А. С. Отечественный опросник приверженности терапии // Системные гипертензии. 2014. 11(2). С.13–16.
9. Яковлева М. В. Психологические факторы приверженности лечению больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование. Дисс. ... канд. психол. наук. СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2016.
10. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics: 2008 update. Dallas, TX: American Heart Association. 2008 // URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
11. Broadbent E., Petrie K.J., Main J., Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J. Psychosom. Res. 2006 Jun;60(6):631-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
12. Dumenci L., Matsuyama R. K., Kuhn L., Perera R. A. & Siminoff L. A. (2013). On the Validity of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy. Communication methods and measures, 7(2), 134–143. <https://doi.org/10.1080/19312458.2013.789839>
13. Dunbar J., Mortimer-Stephens M. K. Treatment adherence in chronic disease // Journal of Clinical Epidemiology. Jan. 2002. Vol. 54, N 1. P. 57–60.
14. El Alili M., Vrijens B., Demonceau J., Evers S. M. & Hiligsmann M. (2016). A scoping review of studies comparing the medication event monitoring system (MEMS) with alternative methods for measuring medication adherence. British journal of clinical pharmacology, 82(1), 268–279. <https://doi.org/10.1111/bcp.12942>
15. Evangelista L. S., Berg J., Dracup K. Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure // Heart Lung. 2001. 30. 294–301.
16. Furze G., Bull P., Lewin R. J., Thompson D. R. Development of the York Angina Beliefs Questionnaire // Journal of Health Psychology. 2003. 8(3). P. 307–316.
17. Gellad Walid F., Jerry Grenard and Elizabeth A. McGlynn. A Review of Barriers to Medication Adherence: A Framework for Driving Policy Options. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2009. https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR765.html
18. Haun J., Luther S., Dodd V. & Donaldson P. (2012). Measurement variation across health literacy assessments: implications for assessment selection in research and practice. J Health Commu,17 Suppl 3:141-59. doi: 10.1080/10810730.2012.712615.
19. Kim M. T., Hill M. N., Bone L. R., Levine D. M. Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale // Prog. Cardiovasc. Nurs. 2000. 15. 90–96.

20. Lelieveld O. Ch. 6. Illness representations and the relationship with functional status in adolescents with juvenile idiopathic arthritis // Physical activity and physical fitness in juvenile idiopathic arthritis. Groningen: s.n. 2010. P. 72–84.
21. Menichetti J., Libreri C., Lozza E., Graffigna G. Giving patients a starring role in their own care: a bibliometric analysis of the on-going literature debate. *Health Expect.* 2016; 19(3):516-526. doi:10.1111/hex.12299
22. Meyers A. G. et al. Determinants of health after hospital discharge: rationale and design of the Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS)// *BMC Health Services Research.* 2014 // URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/10>
23. Mitchell S. E., Sadikova E., Jack B. W., Paasche-Orlow M. K. Health literacy and 30-day postdischarge hospital utilization // *J. Health Commun.* 2012. 17(3). P. 325–338
24. Morisky D. E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H. J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting // *J. Clin. Hypertens.* 2008. 10. P. 348–354.
25. Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // *Med. Care.* 1986. 24. P. 67–74.
26. Neame R., Hammond A. Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis, *Rheumatology*, Vol 44, Issue 6, June 2005, PP. 762–767, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keh587>
27. Ngoh L. N. Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence // *J. Am. Pharm. Assoc.* 2003. 49 (5). P. 132–146; 147–149.
28. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication // *N Engl. J. Med.* 2005. 353. P. 487–497.
29. Parati G, Kjeldsen S, Coca A, Cushman WC, Wang J. (2021). Adherence to Single-Pill Versus Free-Equivalent Combination Therapy in Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hypertension.* Feb;77(2):692-705. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15781
30. Parker R.M., Baker D.W., Williams M.D., Nurss J.R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541.
31. Risser J., Jacobson T. A., Kripalani S. Development and psychometric evaluation of the Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) in low-literacy patients with chronic disease // *J. Nurs. Meas.* 2007. 15. P. 203–219.
32. Sudore R. L., Yaffe K., Satterfield S., Harris T. B. et al. Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study // *J. Gen. Intern. Med.* 2006. 21(8). P. 806–812.
33. Svarstad B. L., Chewing B. A., Sleath B. L., Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence // *Patient Educ. Couns.* 1999. 37. P. 113–124.
34. Thompson K., Kulkarni J., Sergejew A. A. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses // *Schizophr Res.* 2000. 42. P. 241–247.

35. Weiss B. D., Mays M. Z., Martz W., Castro K. M. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign // *Annals of Family Medicine*. 2005. 3. P. 514–522.

**MODERN DIRECTIONS OF DIAGNOSTICS IN CLINICAL
(MEDICAL) PSYCHOLOGY**
Collective monograph

**SECTION 1. PSYCHOLOGY AND MEDICINE: METHODOLOGY
AND COOPERATION ISSUES**

Aleksandrovich M., Kardaś-Grodzicka E.
Pomeranian University in Slupsk, Poland

**PSYCHOLOGY AND MEDICINE IN THE WORK OF
PROFESSIONALS IN POLAND**

Abstract. A modern understanding of health in accordance with the holistic model implies the need for a complex attitude towards a person as a system striving for well-being in the physical, mental and social spheres, and not just to the opposition of the independent systems of *soma* and *psyche*. It is the doctrine of holism that unites two worlds: the psychological one, related to the *psyche*, and the medical one, much more often acting in the sphere of *soma* (Cybulski, Strzelecki, 2010). The connection between psychology and medicine is manifested in their interaction aimed at serving the modern human being. The purpose of our article is to present the tasks and methods of psychologists' work in psychological counseling offices and mental health clinics in Poland.

Keywords: holism, psychology, medicine, methods of psychologists' work.

Balakireva E.E., Blinova T.E., Nikitina S.G.
Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation

**ASPECTS OF JOINT COOPERATION OF PSYCHIATRISTS
AND CLINICAL PSYCHOLOGISTS**

Abstract. Traditionally, mental disorders are considered within the framework of a biopsychosocial model, which assumes the combined influence of biological (genetic, immune), personal and environmental factors on the possibility of developing mental pathology. For a holistic assessment of the condition of patients, the characteristics of their society are important, which determines the goals and objectives of sociotherapeutic measures. Joint work reveals symptoms of disorders in mental development, namely mental underdevelopment, distorted or disharmonious development, somatopathies, diatheses. It is important to work together in assessing the dynamics of the condition against the background of ongoing treatment and psychocorrection, both in outpatient

and inpatient care.

Keywords: psychology, psychiatry, multidisciplinary approach, mental disorders.

Barkhatova A.N.

Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation

THE PLACE OF CLINICAL PSYCHOLOGY IN FIELD OF PSYCHIATRY

Abstract. The paper is aimed at identifying the place for modern clinical psychology in the field of psychiatry. The paper studies the history of collaboration between psychiatry and psychology from their origins till present, citing the views of classics of both psychiatry and psychology, both Russian and foreign (mainly French and German), addresses the differences and similarities between clinical pathopsychological and pathopsychological methods of both research and therapy, and proposes a multidisciplinary approach and increased collaboration of specialists in these two areas.

Keywords: psychiatry, clinical psychology, clinical pathopsychological method, pathopsychological diagnostic, bio-psycho-social model, multidisciplinary approach.

Vasilenko T.D.

FSBEI HE KSMU of the Ministry of Health of Russia, Kursk, Russia

PSYCHOLOGY AND MEDICINE: WAYS OF DIALOGUE

Abstract. The article focuses on the interaction between psychology and medicine. The medical psychologists' regulations and content of their activity are under consideration. The article reviews the achievements and problems of interprofessional collaboration between a doctor and a medical psychologist as well as methodological problems, the solution of which could bring psychology and medicine closer together. The article contains an in-depth analysis of updated clinical recommendations focused on the teamwork of a doctor and a medical psychologist.

Keywords: clinical psychology, medical psychologist, medical services of clinical - psychological content, clinical recommendations.

Kulygina M.A.

Mental-health clinic No.1 named after N.A. Alekseev, Moscow, Russian Federation

DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS IN ICD-11: NEW CHALLENGES FOR CLINICAL PSYCHOLOGISTS

Abstract. The upcoming implementation into psychiatric practice of the 11th version of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems poses new challenges for pathopsychological diagnostics. Overcoming the inconsistencies that arise in the process of interdisciplinary interaction between psychiatrists and clinical psychologists is seen in the revision of the concept of pathopsychological diagnosis and in its correlation with the modern classification of mental disorders, which contains a number of psychologically significant innovations. Convergence of positions is also possible under such conditions as the formation of a correct medical request, the preparation of an appropriate conclusion based on the results of the examination, as well as the selection of experimental psychological tools adequate to the tasks and preserving the explanatory potential traditional for the Russian pathopsychology.

Keywords: pathopsychology, experimental psychological investigation, ICD-11 mental disorders, diagnostics

Mikadze Yu. V.

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

METHODOLOGICAL TRENDS IN THE MODERN DEVELOPMENT OF NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS

The work was carried out with the support of the RFBR (project No. 18-29-22047).

Abstract. The article discusses current trends in the use of neuropsychological assessment. The specifics of the current practice of constructing neuropsychological diagnostics for solving theoretical and applied problems of neuropsychology are considered. Neuropsychological assessment in general is based on a set of knowledge about mental functions and methods of their qualitative and quantitative assessment. The necessity of the complex use of various methodological tools that ensure the reliability of conceptual ideas about the structure of mental functions, cognitive activity and the completeness of the neuropsychological conclusion data for working with the patient is substantiated.

Keywords: neuropsychology, neuropsychological diagnostics, syndromic analysis, psychometric method, screening techniques.

SECTION 2. DIAGNOSTIC TOOLS FOR THE WORK OF THE CLINICAL PSYCHOLOGIST

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

1- Moscow State University of Psychology and Education

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

DEVELOPMENT AND PRACTICAL EVALUATION OF THE «PARENTAL RESPONSIVENESS» QUESTIONNAIRE FOR PARENTS OF YOUNG CHILDREN

The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 9-513- 92001«Cross-cultural peculiarities of interaction between a significant adult and a child in Russia and Vietnam».

Abstract. The article presents the results of the approbation of the "Parental Responsiveness" questionnaire that is developed on the basic indicators of Parental Responsiveness (PR) behavior that were identified during the study while using video surveillance. Sample: parents of normotypic young children (N=118). Method: focus group, exploratory factor analysis, verification of test-retest reliability and internal consistency, parametric Student's T-test and the nonparametric Wilcoxon test were used to measure the dynamics of the indicators. Results: the developed "Parental responsiveness" questionnaire stands to be a reliable diagnostic tool. The stated scales of the questionnaire in terms of the composition and content of items correlate with the parental responsiveness factors (Support, Dominance, Apathy and Sensitivity), that were identified by the authors in the study while using video surveillance. This fact may indicate the factor validity of the questionnaire.

Keywords: early childhood, parental responsiveness, diagnostics of parent-child interaction.

Davydov D.G¹, Fomenko M.S.², Khlomov K.D.^{1,2},

1.Center for Training Managers and Teams of Digital Transformation, RANEPA Graduate School of Public Administration, Director of the Institute of Neurocognitive Research of the SGA, Moscow, Russia, dgdavydov19@gmail.com.

2 Institute for the Study of Childhood, Family and Upbringing of RAO (FGNU ISV RAO), Master's student of the Clinical Psychology program of ION RANEPA, Moscow, Russian Federation, e-mail: ms-fomenko@bk.ru, kyrill@rambler.ru

APPLICATION OF THE METHODOLOGY FOR DIAGNOSING VIOLENT EXTREMISM IN A SAMPLE OF RUSSIAN SCHOOLCHILDREN

Abstract. The paper is dedicated to the analysis of the relationship between various indicators of aggressiveness and the tendency to extremist

behavior of modern adolescents and youth. In the study were used the Bass-Perry Aggressiveness Level Questionnaire in the adaptation of S.N. Enikolopov and N.P. Tsybulsky (Enikolopov, Tsybulsky, 2007), the Methods of diagnosing the dispositions of violent extremism (Davydov, Khlomov, 2017), the Questionnaire of legitimized aggression by S.N. Enikolopov and N.P. Tsybulsky (Barkanova, 2009, Enikolopov, Tsybulsky 2008). The sample consisted of 195 students from different regions of Russia. As a result, a high consistency of methods in the field of studying aggressive behavior was revealed, as well as some characteristic gender features of aggression appearance.

Keywords: violence, extremism, teenagers, aggression, diagnostics.

Zvereva M.V.

Mental Health Research Center, Moscow, Russia,
maremerald@gmail.com.

PECULIARITIES OF PATHOPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS IN ADOLESCENCE

Abstract. The article is devoted to the problem of pathopsychological diagnostics in adolescence. The main stages of experimental pathopsychological research are considered, the main emphasis is placed on clinical conversation as a key tool of a pathopsychologist in interaction with a teenager. Examples of the historical development of the method of clinical conversation in foreign and domestic psychology and psychiatry, as well as ways of expanding this method for successful work in the selected age category are given.

Keywords: adolescence, pathopsychological diagnostics, clinical interview, clinical psychology, psychiatry

Polskaya N.A. Yakubovskaya D.K.

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
polskayana@yandex.ru, darrafy@gmail.com

Funding. The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 20-013-00429.

PERSONAL FACTORS OF VULNERABILITY TO INTERPERSONAL SENSITIVITY

Abstract. The paper reviews personal traits that constitute risk factors of vulnerability to interpersonal rejection: rejection sensitivity (J. Downey, S.I. Feldman) and interpersonal sensitivity (P. Boyce, G. Parker). The impact of these factors on psychopathological symptoms is described. The paper presents measures designed to assess them in the framework of clinical

psychology research.

Keywords: interpersonal rejection, rejection sensitivity, interpersonal sensitivity, psychodiagnostic measures, mental health risk factors

Sergienko A.A.,

Mental Health Research Center, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, aumsan@gmail.com

TEST FOR ASSESSMENT OF ASYMMETRY OF VOLUNTARY VISUAL ATTENTION: DIAGNOSTIC CRITERIA, NORMATIVE DATA

Abstract. A modification of Nikolayenko N.N.'s technique "Test for the asymmetry of voluntary visual attention" is described. New diagnostic criteria have been introduced. The normative data collected on normotypical children of 7-9 years old and an adult sample (20-45 years old) are presented. The experience of using the technique in a group of children with developmental disorders of various origins is considered. Evaluation of the asymmetry of visual attention is recommended in the clinical and psychological diagnosis of children and adolescents. It allows to identify abnormal lateralization of functions in various developmental disorders, to reveal features of disturbance of the formation of functional systems of voluntary attention in various types of endogenous pathology. The method is applicable to identify children of the "risk group", children with learning difficulties.

Keywords: asymmetry of visual attention, neuropsychological diagnostics, lateralization of functions, neurocognitive dysontogenesis, endogenous pathology, children with learning disabilities.

SECTION 3 CLINICAL PSYCHOLOGY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Solovieva Yul .^{1,2}, Quintanar L.²

1-Faculty of Psychology of Puebla Autonomous University, México

2 - Faculty of Science for Human Development of Autonomous University of Tlaxcala, Mexico, aveivolosailuy@gmail.com, ranatniug@icloud.com

ASSESSMENT OF DEVELOPMENTAL DIFFICULTIES: QUALITATIVE APPROACH IN MEXICO

Abstract. Assessment of developmental difficulties is one of the central topics in child neuropsychology and psychiatry. Consideration of clinical assessment includes procedures, selected tasks and items, analysis of results

and conclusions, which might be chosen by each particular specialist and researcher. The authors of the chapter are convinced that the choice of this selection depends always on general theoretical position, on which this specialist or researcher was previously prepared. The chapter describes the basis of neuropsychological approach for assessment of developmental difficulties. The structure of the Scheme for neuropsychological assessment for Spanish speaking children in Mexico is presented together with the tasks, included for each neuropsychological factor. The chapter concludes that the goals of qualitative neuropsychological are specific and differs from the goals of psychometric and cognitive assessment of isolated functions. The findings of qualitative assessment allow to determine the ways and recommendations for individual correction, which leads to psychological development.

Keywords: child neuropsychology and psychiatry, developmental difficulties, scheme for neuropsychological assessment, psychometric and cognitive assessment

Koval-Zaytsev A.A., Ivanov M.V., Simashkova N.V.

Mental Health Research Center, Moscow, Russia, E-mail: koval-zaitsev@mail.ru, ivanov-michael@mail.ru, simashkovanv@mail.ru.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL EXAMINATION OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Abstract. Recently, much attention has been paid to the problem of autism spectrum disorders (ASD) in childhood. Despite the abundance of psychometric approaches to the diagnosis of autism in childhood, questions remain about the validity of their use in everyday practice. Russia has many years of experience in multidisciplinary cooperation of medical psychologists and clinicians in child psychiatric practice, which makes it possible to more accurately determine the depth and severity of autistic manifestations, as well as to determine the dynamics of a child's development, which will make it possible to provide targeted effective assistance.

Keywords: autism, atypical autism, autism spectrum disorders, psychological diagnostics, psychological profile.

Kovshova O.

FSBEI HE Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Russia, Samara, Russia e-mail: o.s.kovshova@samsmu.ru

PROJECTIVE DIAGNOSTIC METHODS IN PSYCHOSOMATICS

Abstracts. The use of S. Rosenzweig's drawing associations method in the diagnosis of emotional response and behavior in a situation of frustration

in 196 adolescents with essential arterial hypertension made it possible to determine significant factors of mental maladjustment and to carry out mathematical modeling of the states of frustration and emotional stress by multivariate analysis. The resulting discrimination models had a high statistical significance ($p < 0.001$). Within each subgroup (cluster), 6 reliably significant variables were established in the mathematical model, which made it possible to distinguish each behavioral cluster and develop a differentiated approach in integrative child and adolescent psychotherapy.

Keywords. Essential arterial hypertension, adolescence, emotional response, psycho-social adaptation, integrative psychotherapy for children and adolescents.

Kravtsova N.A., Katasonova A.V.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Pacific State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Vladivostok, Russia

PSYCHODIAGNOSTICS IN THE SYSTEM OF PROVIDING PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO CHILDREN WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Abstract. The experience of using some psychodiagnostics methods in the study of factors of psychosomatic disorders in children is presented in the article. The aim of the work was to study the diagnostic significance of widely used techniques in conducting psychological examinations of children 4-10 years old suffering from psychosomatic disorders. The biological, psychological, and psychosocial indicators in 840 children with PSR were compared with those in healthy children in the process of diagnosis. Significant differences were obtained in the comparison groups, which made it possible to talk about the personality characteristics of children with PSR of different age groups.

Keywords: psychosomatic disorders, psychosomatic phenotype, psychodiagnostics.

Kurtanova Yu.E.

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
kurtanovayue@mgppu.ru

PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS IN THE CHILDREN'S SOMATIC CLINIC

Abstract. The article is devoted to the issue of psychological diagnostics of children with somatic pathology undergoing inpatient treatment. The

article reflects the principles and limitations that are important to consider when working with children in a medical institution. Diagnostic techniques have been proposed that have proven effective when working with children in a somatic clinic. An example of drawing up and filling out documentation after examining a child is also given.

Keywords: psychological diagnostics, children, somatic diseases.

Solondaev V. K.¹, Koneva E. V.¹, Krupennikova I. V.²

1 - Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russia, solond@yandex.ru

2.- State Educational Institution of the Yaroslavl region "Children's Aid Center", Yaroslavl, Russia

MENTAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS SCHOOLING IN SECONDARY SCHOOLS.

Abstract. The article describes the study of the mental development depending on the form of education for kids with disabilities. The studied indicators: self-assessment and teacher evaluation, sociometric status, social and household orientation, mood, quality of life, academic performance. Sample: children with normal development, children with mild mental retardation (F70), children with mixed specific developmental disorders (F83); 4-6 grade; a different form of the education. It was found that the form of education the mental development of children and the attitude of teachers towards them; social and household orientation is associated with other parameters of mental development; teacher evaluation of children with disabilities are polar and not enough differentiated.

Keywords: special needs, mental retardation, mixed specific developmental disorders, special education, mental development

Strogoва S.E.¹, Zvereva N.V.^{1,2}

1-Mental Health Research Center, Moscow, Russia, svetlana.strogoва0101@gmail.com

2- Moscow State University of Psychology & Education Moscow, Russia, nwzvereva@mail.ru

ON THE APPLICATION OF THE WECHSLER TEST IN CHILDREN'S CLINICAL PSYCHOLOGY

Abstract. Information about the history of the issue of studying intelligence is presented. Modern domestic and foreign studies of the use of psychometric methods in health and in mental pathology in children and adolescents are outlined, constructive criticism of the Wechsler test is considered. The possibilities of different use of standard methods and

complex diagnostics in clinical, special psychology and educational psychology are discussed. The specificity of the application of the Wechsler test in the historical and modern aspects is shown. A specific example of a modern comprehensive study of the cognitive development of children conceived with the help of assisted reproductive technologies is given.

Keywords: intelligence, psychometric diagnostics, children and adolescents, mental pathology, dysontogenic

Trushkina S.V.

Mental Health Research Center, Moscow

PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF EARLY CHILDREN: DIRECTIONS, PURPOSES, METHODS

Abstract. Several Russian and foreign psychodiagnostics techniques for young children are considered, differences in methodological approaches to determining the level of a child's development are shown, and the question of the fundamental importance of diagnosing child-parental relations is raised. A practice-oriented classification of psychodiagnostics methods for young children is proposed. The necessity of developing new diagnostic tools has been substantiated.

Keywords: early childhood, psychological diagnostics, developmental tests, levels of emotional and social functioning, parent-child relationship.

Turevskaya Rita A.

Moscow State University of Psychology & Education (MSUPE),
Moscow, Russia, info@turita.net

DIAGNOSTICS OF SELECTIVITY OF EMPATHIC EXPERIENCES IN NORMAL AND ABNORMAL DEVELOPMENT

Abstract. The article is devoted to the development of a test aimed at diagnosing empathic experiences in childhood. The purpose of the article is to develop the content of the test and analyze the results of its approbation. Hypotheses about the age dynamics of empathic processes in preschool age are put forward. Parameters - cognitive attributions, which mediate and have a differentiating significance in relation to empathic experiences, are identified and meaningfully analyzed, the results of the study reveal their development in childhood. Based on statistical methods, the constructive and retest reliability of the developed method is proved. The test is used to assess the development of empathy in autistic children.

Keywords: empathy, selectivity of experiences, attributive processes, development.

Buzina T.S.

Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia
V. Serbsky National Medical Research Centre of Psychiatry and
Narcology under the RF Ministry of Public Health, Moscow, Russia

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL STUDY OF THE MOTIVATIONAL LEVEL OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ADDICTIONS

Abstract: The motivational sphere of the personality is considered as the main target of psychological interventions for psychoactive substances addictive behavior. As its highest level, the content characteristics of the value and sense organization of the individual are analyzed in the form of a hierarchy of value orientations and the dynamic parameters presented by the motivation of achievements and the meaningfulness of life. As its highest level, the content characteristics of the value-semantic organization of the personality in the form of a hierarchy of value orientations are analyzed. The dynamic parameters of this level are represented by the motivation of achievement and the meaningfulness of life. The sensation seeking is lower-order level of the motivational sphere. The level analysis of motivation shows the strategic targets for prevention and treatment psychoactive substances addictions.

Keywords: psychoactive substances addictions, motivational psychological risk factors, content and dynamic aspects of motivation.

Goryacheva T., Sedova E.

Pirogov RNRMU goryacheva_tg@mail.ru, eosedova@mail.ru Moscow, Russia

DEVELOPMENT OF VOLUNTARY SELF-REGULATION IN THE FRAMEWORK OF SENSORY-MOTOR CORRECTION

Abstract. The article reveals the basics of the sensory-motor correction method allowing to form self-regulation skills via specially organized intervention aiming at developing sensory and motor spheres of a child. A special attention is paid to describing the scheme of mutual activity of the child and the specialist. The advantages of group work are highlighted: it establishes an optimum environment for the children in need of mastering self-regulations skills as well as building up social contacts.

Keywords: sensory-motor correction, self-regulation, psychic dysontogenesis.

Limankin O.V.¹, Hanko A.V.¹ Isaeva E.R.²,

1 -St. Petersburg State Budgetary Institution "Psychiatric Hospital No. 1

named after P.P. Kashchenko "(St. Petersburg) , Russia,limankin@mail.ru.

2 -First Saint Petersburg State Medical University named after V.I. acad. I.P. Pavlova (St. Petersburg); E-mail: isajeva@yandex.ru.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Abstract. The paper presents modern views on the problem of rehabilitation of patients with mental disorders. Approaches to psychosocial work, principles of its construction, forms and methods of reintegration of patients with mental disorders into society are considered. Models of interaction between members of a polyprofessional (multidisciplinary) team, the role and place of psychotherapy in the rehabilitation process are described. The scientific knowledge and experience presented by the authors can be used to train specialists in the field of mental health, as well as in the practice of doctors and medical psychologists who provide psychiatric care.

Keywords: rehabilitation, mental disorders, psychosocial work, multidisciplinary team.

Mitikhin V.G., Solokhina T.A., Kuzminova M.V., Tiumenkova G.V., Limankin O.V., Babin S.M

FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, the Russian Federation, Moscow, Russia, tsolokhina@live.ru

AN INNOVATIVE APPROACH TO THE PROBLEMS OF ASSESSING THE SEVERITY OF MENTAL DISORDERS AND THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

Abstract. An innovative methodology and algorithms based on the analytic hierarchy process have been developed to assess the severity of mental disorders and the effectiveness of interventions in the implementation of various rehabilitation strategies. The fundamental difference between the proposed approach and the rank methods of processing initial information is the formation of the results of processing expert information in the relationship scale (numerical scale), which ensures the correct integration of psychometric and neurobiological characteristics when considering diagnostic procedures, psychosocial therapy and rehabilitation.

Keywords: psychometry, evaluation, effectiveness, analytic hierarchy process.

Selezneva N.D., Roshchina I.F.
MHRC, MSUPE, Moscow, Russia

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL STUDY OF THE DYNAMICS OF MINIMAL COGNITIVE DYSFUNCTION IN RELATIVES OF THE 1ST DEGREE OF RELATIONSHIP OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Abstract. The article presents the results of a clinical and psychological study of a cohort of 1st degree relatives of patients with Alzheimer's disease who were observed on an outpatient basis in the department of geriatric psychiatry (Mental Health Research Center) for 10 years. Follow-up assessment of various parameters of cognitive functions was carried out using clinical-psychopathological, psychometric and neuropsychological methods. Clinical and psychological assessment of the cognitive sphere after 5 and 10 years showed a significant deterioration in various parameters of mental activity in the examined relatives and the need to use neurometabolic therapy and cognitive training programs to prevent their cognitive decline.

Keywords: relatives of the 1st degree of relationship of patients with Alzheimer's disease (AD); minimal cognitive dysfunction (MCD); clinical and psychological research; cognitive dynamics

Alfimova M. V.
Mental Health Research Center, Moscow, Russia

ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN MODERN GENETIC STUDIES

Abstract Genetic influences on psychological traits are represented by a combination of very small effects of a very large number of genes. Their analysis requires samples of hundreds of thousands of subjects. It is an impossible mission to survey such samples, adhering to traditional requirements for the validity and reliability of measurement. This forces researchers to look for new ways to assess psychological constructs. The article describes approaches used in the largest whole-genome studies: bringing different assessments of a trait to one scale; minimal phenotyping and the use of proxy of psychological constructs; research of latent variables; and analysis of unknown unmeasured traits.

Keywords: behavioral genetics, genome-wide association studies, psychometrics.

Boyko O.M., Medvedeva T.I., Vorontsova O.Yu., Enikolopov S.N., Kazmina O.Yu.

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

THE USE OF THE INTERNET IN PSYCHOLOGICAL RESEARCH

Abstract. The Internet is widely used in clinical psychology research. It provides opportunities for traditional research methods, and also contains information about the characteristics of the user (digital traces), which provide material for the study. The advantages of using Internet in clinical psychology research include: increase in the sample of subjects due to previously inaccessible groups of the population; better understanding of the characteristics of the "norm" through a more diverse sample. The difficulties associated with this format, as well as legal and ethical issues are discussed.

Keywords: clinical psychology, research in the internet, research, internet

Vasilenko T.D., Zemzyulina I.N.

FSBEI HE KSMU of the Ministry of Health of Russia, Kursk, Russia

tvasilenko@yandex.ru – irina-zemnik@yandex.ru

INFERTILITY AS A PSYCHOSOMATIC PROBLEM

Abstract. The article is devoted to the clinical and psychological analysis of factors of reproductive dysfunction. The study examined the problem of the influence of personality traits on the reproductive health of the family from the perspective of a biopsychosocial approach. The authors consider infertility as a psychosomatic problem, as a specific response of the body to conflicts accumulated in the process of a person's life path. On the basis of objective methods of analysis, the authors formulate conclusions that correspond to the goals, objectives and the problem of research.

Keywords: infertility, life path, experience, readiness for motherhood, personality maturity.

Zvereva N.V., Sergienko A.A., Strogova S.E., Surkova K.L., Zvereva M.V., Zozulya S.A., Simashkova N.V., Gorbachevskaya N.L., Dallada N. V.

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

ASSESSMENT OF THE COGNITIVE DEVELOPMENT OF CHILDREN BORN WITH THE ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

Abstract. The article presents the results of a multidisciplinary study of

cognitive ontogenesis (dysontogenesis) 69 children aged 3-15 years, conceived using in vitro fertilization (IVF), and other assisted reproductive technologies (ART). The analysis was carried out in the areas of diagnostics (psychological, neuropsychological, neurophysiological, immunological). The spectrum of development from a high norm to a pronounced deficit (developmental lag) was obtained according to the results of psychological diagnostics in the IVF group. A tendency towards a decrease in general neurodynamics, dynamic indicators of cognitive functions, functional deficit, similar to that observed in perinatal (residual) organic pathology. The uniqueness of the neurocognitive development of IVF children was revealed (to varying degrees for all types of diagnostics). The data showed the promise of the research methodology and techniques.

Keywords: in vitro fertilization (IVF), assisted reproductive technologies (ART), children and adolescents, cognitive development, IQ (intelligence quotient), neuropsychological diagnostics, EEG-electroencephalography, neurophysiological diagnostics, neuroimmunotest.

Korsakova N.K., Roshchina I.F.

Moscow State University M.V. Lomonosov, Mental Health Research Center, MSUPE, Moscow, Moscow, Russia

ON THE ROLE OF PRAXIS IN COMPLEX NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS IN AGING

Abstract. The article draws attention to the importance of the study of praxis in the complex neuropsychological diagnosis of the cognitive sphere in normal physiological aging and in different variants of mnemonic-intellectual decline at a later age (with mild cognitive decline and with neurodegenerative diseases). Praxis assessment may indicate dysfunction of neuropsychological factors (kinesthetic, kinetic, spatial and voluntary regulation), which is not always easy to assess when studying such complex higher mental functions (HMF) as thinking and speech. Praxis disorders can act as primary symptoms of changes (disorders) in cognitive activity during normal and pathological aging.

Keywords: praxis, aging, neuropsychological diagnostics

Neliubina A.S.

Institute of Psychology named after L.S. Vygotsky RSUH, Moscow,
Russia

**PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE DIAGNOSIS OF
PHARMACOLOGICAL AND NON-PHARMACOLOGICAL
ADHERENCE**

Abstract. Adherence to treatment (pharmacological adherence) and adherence to a lifestyle recommended by a doctor (non-pharmacological adherence) are the subject of study in both medical and psychological studies. In clinical psychology, the emphasis is placed on the study of the patient's compliance behavior (compliance) and psychological factors that contribute to or hinder the patient's good adherence. The issue of qualitative diagnostics of adherence remains debatable, since all existing methods of its research have their limitations.

Keywords: patient psychology, adherence to treatment, patient's compliance behavior, diagnosis.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

1. **Александрович Мария** - кандидат психологических наук, Кафедра психологии Поморский университет в Слупске, Польша, maria.alexandrovich@apsl.edu.pl
2. **Алфимова Маргарита Валентиновна** – доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
3. **Бабин Сергей Михайлович**, доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, президент Российской психотерапевтической ассоциации СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург, Россия sergbabin@inbox.ru
4. **Балакирева Елена Евгеньевна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия.
5. **Бархатова Александра Николаевна** – доктор медицинских наук, профессор. Ученый секретарь ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
6. **Блинова Татьяна Евгеньевна** – младший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия.
7. **Бойко Ольга Михайловна** – научный сотрудник Федеральное Государственное Бюджетное Научное Учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
8. **Бузина Татьяна Сергеевна** – доктор психологических наук, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия; ННЦ Наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия
9. **Василенко Татьяна Дмитриевна** – доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Курск, Россия tvasilenko@yandex.ru
10. **Воронцова Оксана Юрьевна** - научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
11. **Галасюк Ирина Николаевна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии развития факультета клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия

12. **Горбачевская Наталья Леонидовна** – доктор биологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, gorbachevskaya@yandex.ru
13. **Горелов Николай Евгеньевич** - аспирант 3 года обучения кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии, ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия
14. **Горячева Татьяна Германовна** - кандидат психологических наук, доцент «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова» Минздрава России, доцент ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, goriatcheva_tg@mail.ru
15. **Давыдов Денис Геннадьевич** - руководитель отдела аналитики данных, Центр подготовки руководителей и команд цифровой трансформации, Высшая школа государственного управления РАН-ХиГС, Директор института нейрокогнитивных исследований СГА, Москва, Россия, dgdavydov19@gmail.com
16. **Даллада Наталья Валерьевна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, ngrig@yandex.ru
17. **Ениколопов Сергей Николаевич** – кандидат психологических наук, доцент, заведующий отделом медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
18. **Зверева Мария Вячеславовна** - кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», доцент МИП, Москва, Россия, maremerald@gmail.com
19. **Зверева Наталья Владимировна** - кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», профессор ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, nwzvereva@mail.ru
20. **Земзулина Ирина Николаевна** – кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Курск, Россия irina-zemnik@yandex.ru
21. **Зозуля Светлана Александровна** – кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, s.ermakova@mail.ru
22. **Иванов Михаил Владимирович**, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. E-mail: ivanov-michael@mail.ru

23. **Исаева Елена Рудольфовна** – доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия; E-mail: isajeva@yandex.ru
24. **Казьмина Ольга Юрьевна** - кандидат психологических, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
25. **Кардась-Гродзицкая Эмилия** - кафедра психологии, Поморский университет в Слупске, Польша, emilia.kardas-grodzicka@apsl.edu.pl
26. **Катасонова Анна Васильевна** - кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России», Владивосток, Россия
27. **Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич**, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. E-mail: koval-zaitsev@mail.ru
28. **Ковшова Ольга Степановна** – доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Россия, г. Самара, Россия, o.s.kovshova@samsmu.ru
29. **Конева Елена Витальевна**, доктор психологических наук, заведующий кафедрой общей психологии Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова
30. **Корсакова Наталья Константиновна** – кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В.Ломоносова
31. **Кравцова Наталья Александровна** - доктор психологических наук, доцент, зав. кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России», Владивосток, Россия
32. **Крупенникова Ирина Валентиновна**, кандидат психологических наук, педагог-психолог государственного образовательного учреждения Ярославской области «Центр помощи детям»
33. **Кузьмина Марианна Владимировна**, к.м.н., старший научный сотрудник отдела организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, kuzminovam-v@yandex.ru

34. **Куинтар Луис** - Ph.D., Профессор и научный сотрудник Факультета Науки Человеческого Развития Автономного Университета Тласкалы, Мексика, E-mail: ranatniuc@icloud.com
35. **Кулыгина Майя Александровна** – кандидат психологических наук, Научно-образовательный центр, ГБУЗ «ПКБ№1 ДЗМ», Москва, Россия mkulygina@yandex.ru
36. **Куртанова Юлия Евгеньевна** – кандидат психологических наук, зав.кафедрой факультета клинической и специальной психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» KurtanovaYuE@mgppru.ru
37. **Лиманкин Олег Васильевич** – доктор медицинских наук, главный врач СПб ГБУ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко» (Санкт-Петербург), доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Санкт-Петербург), профессор кафедры социальной психиатрии и психологии ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия; E-mail: limankin@mail.ru.
38. **Медведева Татьяна Игоревна** - научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
39. **Микадзе Юрий Владимирович** – доктор психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В.Ломоносова, ведущий научный сотрудник ФЦМН ФМБА; профессор «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова» ymikadze@yandex.ru
40. **Митина Ольга Валентиновна**, кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник лаборатории психологии общения и психосемантики, ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия, omitna@inbox.ru
41. **Митихин Вячеслав Георгиевич**, кандидат физико-математических наук, ведущий научный сотрудник отдела организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, mvg45@mail.ru
42. **Нелюбина Анна Сергеевна** – кандидат психологических наук, и.о. зав.кафедрой Институт психологии им. Л.С. Выготского РГГУ, Москва, Россия
43. **Никитина Светлана Геннадьевна** - младший научный сотрудник ФГБНУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ», Москва, Россия. nikitina.svt@mail.ru.
44. **Польская Наталия Анатольевна** – доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии,

Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия, e-mail: polskayana@yandex.ru.

45. **Рощина Ирина Федоровна** - кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», профессор ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, ifroshchina@mail.ru

46. **Седова Екатерина Олеговна** - кандидат психологических наук, доцент РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия, eosedova@mail.ru

47. **Селезнева Наталья Дмитриевна** - доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

48. **Сергиенко Алексей Анатольевич** - кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», доцент ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, aumsan@gmail.com

49. **Симашкова Наталья Валентиновна**, профессор, доктор медицинских наук, заведующая отделом детской психиатрии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. E-mail: simashkovanv@mail.ru

50. **Соловьева Юлия** - Ph.D., профессор, научный сотрудник Профессор и научный сотрудник Факультета Науки Человеческого Развития Автономного Университета Тласкалы, Мексика, E-mail: aveivosailuy@gmail.com

51. **Солондаев Владимир Константинович**, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова, solond@yandex.ru

52. **Солохина Татьяна Александровна**, доктор медицинских наук, заведующая отделом организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», председатель правления РБОО «Центр социально-психологической и информационной поддержки психически больных и членов их семей «Семья и психическое здоровье», Москва, Россия, tsolokhina@live.ru

53. **Строгова Светлана Евгеньевна** _кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, svetlana.strogoва0101@gmail.com

54. **Суркова Каролина Леонидовна** – младший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, www1-11@yandex.ru

55. **Трушкина Светлана Валерьевна**, - кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия
56. **Туревская Рита Аокадьевна** – кандидат психологических наук, профессор ГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» , директор АНО научно-практического психологического центра «Туррион», Москва, Российская Федерация, info@turita.net
57. **Тюменкова Галина Викторовна**, к.м.н., научный сотрудник отдела организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия tiumenkova@mail.ru
58. **Фоменко Мария Сергеевна** -младший научный сотрудник, Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО (ФГБНУ ИИДСВ РАО), магистрант программы клиническая психология ИОН РАНХиГС, г. Москва, Российская Федерация, e-mail: ms-fomenko@bk.ru
59. **Ханько Александр Валерьевич** – кандидат психологических наук, медицинский психолог, заведующий психологической службой СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кашенко», Санкт-Петербург, Россия; E-mail: aleksandrkhanko@yandex.ru.
60. **Хломов Кирилл Данилович** - кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории когнитивных исследований, ФГБОУ ВО РАНХиГС, Москва, Российская Федерация, старший научный сотрудник, Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО (ФГБНУ ИИДСВ РАО), г. Москва, Российская Федерация, kyrill@rambler.ru
61. **Якубовская Дарья Кирилловна** – студентка факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, e-mail: darrafy@gmail.com

Научное издание

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ (МЕДИЦИНСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ

Коллективная монография

Под редакцией:

Кандидата психологических наук, доцента Н.В. Зверевой
Кандидата психологических наук, доцента И.Ф.Рощиной

Верстка – М.В. Зверева

Подписано в печать 18.11.2021
Формат 60х90/16. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Тираж 500 экз.
Заказ №

Отпечатано в типографии «Onebook.ru»
ООО «Сам Полиграфист»
129090 г. Москва, Протопоповский переулок д. 6
www.onebook.ru