

проблемами, сформированными в прошлом, терапевт обращается к «там и тогда», поскольку других источников информации у него нет. Несмотря на то, что интерпретация прошлого клиентом субъективна, пристрастна, искажена всем опытом последующей жизни, все же с учетом характерного для пациента стиля переживания, который он демонстрирует, можно надеяться на возможность относительно объективной оценки прошлых травматических событий, оценке, которая дает ключ к психологической проблематике клиента.

Литература

1. Карвасарский Б. Д. (общая редакция) Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб: Питер Ком, 1998.- 752с.
2. Ледер. С., Високинська-Гонсер Т. Исторический очерк развития групповой психотерапии и основные теоретические направления// Групповая психотерапия/ Под ред. Б.Д.Карвасарского, С.Ледера.- М.: Медицина, 1990.-384с. С.12-46.
3. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л.Морено. Пер. с нем./ Общ.ред. и предисл. Е.В.Лопухиной и А.Б.Холмогоровой.- М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994.-352с.
4. Перлз Ф. Гештальт-подход и свидетель терапии /Пер. с англ. М. Папуш. М.: Изд. Института Психотерапии, 2003.-224 с.
5. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга.- М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1982.-168с.

РАЗДЕЛ 11. СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЯ КРИТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Гаюрова Ю.А.

ГБУ «Центр помощи семье и детям», Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: нарушения критичности, хронический алкоголизм, псевдонекритичность.

THE PROBLEM OF CRITICALITY DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOLISM

Gayurova Yu.A.

SBI « Family and Children Assistance Center», St. Petersburg, Russia

Keywords: criticality disorders, chronic alcoholism, criticality pseudo disorders.

Введение. Критичность представляет собой явление человеческой жизни, без которого невозможно полноценное существование человека как разумного существа, как субъекта биологической, психической и социальной сфер жизни. Формирование критичности основывается на приобщении личности к определенной культуре и усвоении,

воспроизведении и ретрансляции личностью культурных норм, ценностей, системы взглядов на мир и место человека в нем. Можно выделить следующие функциональные аспекты критичности:

- критичность выступает в качестве средства достижения относительного единообразия человеческого поведения в рамках конкретной культуры;

- критичность является одним из главных критериев нормы в данной культуре.

Согласно положению Всемирной организации здравоохранения «критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам» является критерием психического здоровья наряду с другими, такими как осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях и др. Проблеме критичности и ее нарушений уделяли особое внимание многие психиатры (С.С. Корсаков, А.Б. Гиляровский, М.О. Гуревич, М.Я. Серейский, Г.Е. Сухарева, Ю.Ф. Поляков и др.). Данная проблема изучалась также психологами в связи с формированием сознания и самосознания, что отражено в работах С.Л. Рубинштейна, Б.М. Теплова, А.Г. Спиркина, Е.В. Шороховой. В связи с исследованием формирования самооценки критичность частично освещена в работах Л.И. Божович, Б.И. Пинского, М.С. Неймарк, Е.А. Серебряковой, Е.И. Савонько, В.М. Синельникова и др. В патопсихологии вопросам критичности больных посвящены работы А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, Л.С. Цветковой, С.Я. Рубинштейн, В.В. Лебединского, в которых анализ нарушения критичности проведен в основном у больных с поражением лобных долей головного мозга. Б.В. Зейгарник определяет критичность как умение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями. Виды нарушения критичности у психически больных были изучены И.И. Кожуховской. Автором было выделено три вида нарушения критичности: некритичность к своим суждениям, действиям и высказываниям; некритичность к себе, к оценке своей личности; некритичность к своим психопатологическим переживаниям.

Современные исследования критичности в клинической психологии связаны как с изучением конкретных проявлений нарушения критичности при различных заболеваниях, так и общетеоретических вопросов. Так, анализу феномена критичности посвящены работы Кудрявцева И.А., Ерохина М.Б., Лавриновича А.Н., Сафуанова Ф.С. Исследование нарушений критичности при алкоголизме проводили Худик В.А., Гофман А.Г., Никифоров И.И., Штаньков С.И., Никулина Л.А., Мохова Е.В., Уманский М.С., Зотов П.Б. и др. В контексте проблем судебно-психологической экспертизы и расстройств личности критичность изучали Мещерякова К.В., Рязанова А.Ю. Исследование различий в проявлении нарушений критичности при различной нозологии провела Бенкс Г.С. Развитие критичности в детском

возрасте исследовал Худик В.А. В соавторстве с Блейхером В.М. им была разработана методика для выявления нарушений критичности мышления.

Понимание критичности в современной науке имеет междисциплинарный характер и раскрывается как в патопсихологическом, так и в психиатрическом ракурсах. В патопсихологии критичность анализируется в теоретико-методологической парадигме субъектности и деятельности, где ключевыми понятиями являются психика как система, личность, мотивационная сфера, самооценка и саморегуляция. В психиатрии критичность выступает в качестве диагностического критерия психического здоровья личности. Снижение критичности при алкоголизме входит в структуру синдрома алкогольной деградации личности в качестве общего признака психической деградации.

В понимании сущности критичности автор придерживается подхода Б.В. Зейгарник, которая рассматривала нарушения критичности в контексте личностных нарушений. Исходя из этого, критичность есть способность личности воспринимать информацию о своем поведении, мышлении, эмоциональных процессах и критически реагировать на нее, отмечать несоответствие неким принятым социально-культурным эталонам (ориентирам), отражающими объективные закономерности бытия, и исправлять его. Применительно к проблеме расстройств, сопутствующих развитию и протеканию алкоголизма, можно предположить, что нарушение критичности личности имеет особенности у больных хроническим алкоголизмом, связанные с уровнем личностных нарушений, а также с развитием патологического процесса.

Цель исследования - выявить особенности нарушения критичности как системного психического явления у больных алкоголизмом.

Материал и методы. Для решения поставленной задачи были исследованы больные алкоголизмом, которые находились на стационарном лечении в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. В исследование были включены пациенты со средней (II) стадией хронического алкоголизма, с его постоянной, периодической (запой) и промежуточной формами. Всего был обследован 31 пациент, среди которых 21 мужчина и 10 женщин. Возраст больных - от 18 до 55 лет. В большинстве случаев образование больных было высшим, незаконченным высшим или средним-специальным. При отборе методик использовался принцип системности в исследовании критичности как явления когнитивного и эмоционально-волевого одновременно: «Классификация предметов», методика «Проба Эббингауза», методика исследования самооценки Дембо – Рубинштейн, а также другие методики исследования критичности.

Результаты и их обсуждение. При обработке и анализе данных предпочтение отдавалось качественному анализу результатов по каждому отдельному пациенту с целью выстроить

определенную концепцию нарушений критичности у больных алкоголизмом, найти отличительные признаки в сравнении с больными других нозологий. Все пациенты были разделены на две группы по степени когнитивного снижения на основе критерия – наличие энцефалопатии (согласно данным медицинских карт). В первую группу (14 человек) вошли пациенты с энцефалопатией (II-III стадии алкоголизма), во вторую (17 человек) – пациенты с абстинентным синдромом, но без энцефалопатии (I-II стадии алкоголизма). Пациенты из первой группы характеризовались большим стажем и большей интенсивностью употребления алкоголя (непрерывное употребление алкоголя в течение последних 5 – 15 и даже 20 лет). Негативные симптомы проявлялись у них в виде снижения уровня личности, амнезии и судорожных припадков. Во вторую подгруппу вошли пациенты, употреблявшие алкоголь в течение длительного времени, но с определенными интервалами, в связи с чем можно констатировать существенную разницу первой и второй группы по влиянию интоксикации. При выполнении проб «Классификация предметов» и «Проба Эббингауза» у респондентов первой группы обнаруживались грубые нарушения критичности в виде ситуативного и предметного мышления, соскальзывания, нечувствительности к противоречиям. У 10 респондентов этой группы были выявлены грубые нарушения по обоим патопсихологическим методикам. К грубым нарушениям относили отсутствие реакции на критику со стороны экспериментатора, а также все виды несогласованного со смыслом решения поставленных задач. В данной подгруппе были мужчины в возрасте от 31 до 60 лет и одна женщина 35 лет. У всех пациентов первой группы в той или иной степени выражены психопатоподобные нарушения. Например, респондент М., 49 лет, предприниматель, скрывающий свой род деятельности, начал классифицировать предметы, правильно называя группы и обобщая, однако в какой-то момент он не смог соотнести предметы между уже имеющимися группами, что послужило толчком к отходу от первоначальной инструкции и выделению в качестве группы отдельных предметов. Таких групп разной наполненности (от 1 до 8-10 предметов) набралось 24, одна из групп была «Без названия», туда входила уборщица и метла. Вторым этапом выполнения методики вскрыл глубокий личностный дефект, схожий с дефектом органического происхождения: респондент начал мучительно долго разбираться, что можно объединить в более крупные группы, затрудняясь с решением. Затем он пришел к выводу объединить фрукты, овощи, ягоды в группу «Съедобное», затем объединил животных и птиц в группу «Мясо». Затем, после нескольких минут размышлений и сомнения, респондент отказался продолжать работу над заданием, сказав, что больше ничего объединить не может.

Другим примером решения данной задачи пациентом с энцефалопатией (М.Р., 54 года, электромонтер с высшим техническим образованием) является полученные в конце работы две группы предметов: «Фауна и флора» и «Необходимые домашние вещи» (туда вошли все

остальные предметы и люди).

У респондентов второй группы грубых нарушений по патофизиологическим методикам на критичность не выявлено. Но с помощью других методик выявлены признаки мотивационно-личностного дефекта, также снижающего критичность. У респондентов второй группы отмечались незначительные нарушения по обеим методикам, чаще в пробе Эббингауза, которые состояли в попытке уклониться от инструкции, написав слова, меняющие мораль рассказа. Такого рода снижение критичности можно определить как псевдонекритичность, поскольку оно потенциально компенсируемо, на наш взгляд, в условиях длительной направленной психотерапевтической помощи.

При анализе результатов исследования самооценки особое значение имел феномен переоценки респондентами своих возможностей, завышение их в сопоставлении с идеалом. Мотивационно-личностный дефект и когнитивный (органический) дефект следует разграничить как два разных фактора, вызывающих разные типы нарушений критичности у больных алкоголизмом:

- истинную некритичность, или некритичность органического происхождения (некритичность, связанную с нарушением когнитивных функций ввиду алкогольной энцефалопатии);

- псевдонекритичность или некритичность мотивационно-личностного происхождения (снижение критичности под влиянием такого фактора, как мотивационно-личностный дефект).

Заключение. Снижение критичности при алкоголизме входит в структуру синдрома алкогольной деградации личности в качестве общего признака этого психического заболевания. У больных алкоголизмом на поздних стадиях заболевания критичность снижается как за счет общего дефекта психики, сопряженного с выраженным нарушением когнитивных функций, так и за счет мотивационно-личностного дефекта, который может быть связан с морально-этической деградацией и с преморбидными личностными особенностями больного. У больных на ранних этапах болезни доминируют мотивационно-личностные факторы снижения критики, и они носят парциальный, компенсируемый характер.

Литература

1. Альтшулер, В.Б. Психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя // Психиатрия: Руководство для врачей. В 2 т. / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012. – Т. 2. – С. 320-407.
2. Блейхер, В.М., Крук, И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / В.М. Блейхер, И.В. Крук. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – С. 360
3. Зейгарник, Б.В. Патология мышления / Б.В. Зейгарник. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1961. – 245 с.
4. Кожуховская, И.И. Нарушение критичности у психически больных. Патопсихологическое исследование / И.И. Кожуховская. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 79 с.

5. Лурия А.Р. Нарушение познавательных процессов при локальных поражениях мозга / Лурия А. Р., Хомская Е. Д. // Хрестоматия по нейропсихологии: Хрестоматия. – М.: Изд-во Ин-та общегум. исслед., изд-во МПСИ. – С. 393-394.
6. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллект. моногр. / Научн. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – 408 с.
7. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. (Практическое руководство) / С.Я. Рубинштейн. – М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. – 224 с.
8. Яньшин, П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности / П.В. Яньшин. – СПб : Питер, 2004. – 336 с.

ПРОБЛЕМА ПРИМЕНЕНИЯ IQ ПРИ РЕШЕНИИ ЭКСПЕРТНЫХ ВОПРОСОВ В ПАТОПСИХОЛОГИИ

Исупова Е.А., Марченко О.В.

ФГАОУ ВО ЛГУ им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург, Россия

elizaveta_isupova@bk.ru

Ключевые слова: показатель IQ, критерии оценки интеллекта, патопсихология, проба на интерпретацию метафор.

THE PROBLEM IQ APPLICATION IN SOLVING EXPERT QUESTIONS IN PATHOPSYCHOLOGY

Isupova E.A., Marchenko O.V.

FSAEI HE A.S. Pushkin LSU, St. Petersburg, Russia

elizaveta_isupova@bk.ru

Keywords: IQ score, intelligence score, pathopsychology, metaphor interpretation test.

Введение. В современной патопсихологии при решении экспертных вопросов (определение пригодности к военной службе, дифференцирование степени выраженности психического расстройства у обследуемого, в судебно-психологической и трудовой экспертизах) опираются на общепринятое понятие о нормальном уровне интеллекта – на юридически установленные количественные показатели уровня IQ в МКБ-10, где умственной отсталости легкой степени соответствует 50-69 баллов IQ, умственной отсталости умеренной степени – 35-49 IQ, умственной отсталости тяжелой степени – 20-34 IQ балла и глубокой умственной отсталости – менее 20 баллов [4]. Такой «точный» подход создаёт значительные трудности в практике клинического психолога.

Ряд исследователей призывает избегать подобной строгости при вынесении экспертного решения «по цифрам», и брать в учет не менее значимые качественные показатели

респондента [1, 5, 7]. Одним из наиболее чувствительных методов диагностики нарушений интеллекта является проба на интерпретацию метафор [3]. Поскольку метафорическое мышление – одна из наиболее сложных форм мышления, не сводимых к понятийному, в пробе наиболее рано можно обнаружить нарушения, связанные со снижением или недоразвитием интеллекта [2]. Таким образом, вопрос в какой мере допустимо опираться на количественные показатели IQ остаётся неясным.

Материалы и методы. В целях разрешения вышеизложенного конфликта было организовано клиническое исследование, участниками которого стали 30 человек от 14 до 62 лет (средний возраст – 32,06) с различным уровнем интеллектуального развития, из которых 11 женщин и 19 мужчин. Из них 11 респондентов без психиатрического диагноза («здоровые»).

Работа с каждым участником проводилась индивидуально. Сбор эмпирического материала осуществлялся на базе ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко» и ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г. И. Турнера Минздрава России» в период с 31.03.22 по 22.01.23.

Оценка уровня IQ у обследуемых осуществлялась с помощью интеллектуальной батареи WAIS [6]. В качестве дифференцирующей методики была использована принятая в патопсихологии проба на интерпретацию метафор [3]. Респондентам последовательно предъявлялись 5 метафор по мере их возрастающей сложности: от общеизвестных и изучаемых в детском саду до сложных и нераспространённых.

Далее каждый ответ испытуемого классифицировался в соответствии с критериями, основанными на количественно-качественной оценке. Всего уровней было 7 (по мере возрастания уровня интерпретации): одно ключевое слово в ответ на предъявляемую метафору, эхололическая трактовка; тавтологическое повторение метафоры с перестановкой слов; буквальная развёрнутая интерпретация; перцептивное объяснение, с опорой на наглядные образы; объяснение смысла на широком круге конкретных ситуаций; правильное понимание метафоры в переносном смысле с вербализацией; приводится другая метафора с аналогичным смыслом.

Также некоторые интерпретации испытуемых были отнесены к неклассифицируемым типам ответов, среди которых: негативизм, шуточные, издевательские и осознанно нелепые ответы; отсутствие ответа; нетрадиционная метафора, метафорический ответ, не соответствующий традиционной трактовке в общеизвестном варианте.

Результаты и их обсуждение. Наибольшее число трактовок в буквальном смысле встречалось среди испытуемых, уровень интеллекта которых поднимался до отметки в 79 баллов. Выявлены единичные случаи интерпретаций на буквальном уровне при более высоком интеллектуальном развитии, среди них двое респондентов имеют диагнозы органического

заболевания головного мозга и один диагноз «шизофрени». Несмотря на сохранное интеллектуальное развитие, данная проба оказалась чувствительной к раннему выявлению нарушений.

Анализ ответов обследуемых показал, что 91,7% лиц с интеллектом ниже 79 IQ-баллов дают правильную интерпретацию метафоре «Золотые руки», 58,3% понимают переносный смысл выражения «Каменное сердце», 50% доступно понимание тропа «Совать палки в колеса», при этом только 8,3% правильно трактуют выражение «Зубастый парень» и никому не доступно понимание смысла метафоры «Яблочко с червоточинкой». В приведённых данных заметна различная дифференцирующая сила метафор, что следует учитывать при индивидуальной диагностике. Наиболее распространенные метафоры часто используют специалисты при работе с детьми в ДОУ, что объясняет способность к их интерпретации респондентами с более низкими интеллектуальными возможностями. При этом, чем менее известна метафора, тем больше трудностей возникает у респондентов при объяснении иносказательного смысла выражения. Несмотря на наличие правильных трактовок, у всех испытуемых, независимо от их уровня интеллекта, проба на понимание переносного смысла метафор является не только недостаточно эффективным инструментом для диагностики умственного дефекта, поскольку при качественном анализе разделяет нормальное интеллектуальное развитие от дефицитарного, но также отражает возможности для реабилитации больных.

Интересным представляется анализ нетрадиционной трактовки метафор. Ответы данного качества встречаются вне зависимости от интеллектуальных способностей респондентов. Предполагалось, что данный тип ответов в наибольшей степени связан с диагнозом «шизофрени», однако в данной выборке такие ответы дают вне зависимости от имеющегося диагноза. Анализ ответов здоровых респондентов на типе нетрадиционной интерпретации показал, что 100% таких ответов давалось при интерпретации метафоры «Зубастый парень». Анализ трактовок здоровых респондентов может свидетельствовать о том, что данное выражение не было знакомо обследуемым, поэтому они стремились передать иносказательный смысл, опираясь не на имеющиеся знания и штампы, а на метафорическое мышление.

Большинство респондентов с IQ выше 96 баллов дают ответы не ниже уровня правильной интерпретации, что вероятно может свидетельствовать о том, что данная граница отделяет интеллектуальную норму от пограничной зоны.

Выводы. Исследование показало, что интеллектуальные тесты не отражают многих феноменов искаженного мышления, которые могут успешно проявиться в других патопсихологических пробах, одной из таких является проба на интерпретацию метафор. В

связи с этим заключение клинического психолога должно строиться как с опорой на количественные, так и на качественные показатели в равной степени значимости. Имеется необходимость создания отдельной проблемной группы (от 70 до 79 IQ) ввиду демонстрации представителями данной категории феноменов мышления, отличных от обследуемых с «нормальным» интеллектом и от респондентов с диагнозом умственная отсталость. Эта группа не может быть однозначно отнесена как к носителям дефектного интеллекта, так и к норме. Именно в этом диапазоне баллов IQ настоятельно требуется помимо количественного подхода произвести качественный анализ вербальных психологических проб.

Литература

1. Беломестнова Н. В. Клиническая диагностика интеллекта. Психометрическая и клинко-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике. Методическое пособие. – СПб.: Речь, 2003. – 128 с.
2. Беломестнова Н.В. Модусы мышления в естественно-системных детерминантах //Мир психологии. Научно-методический журнал. 2 (58). – Москва-Воронеж, 2009. С. 37-49.
3. Зейгарник Б.В. К проблеме понимания переносного смысла слова или предложения при патологических изменениях мышления // Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии. Сб. ст. – М-Л: госуд. медиц. изд-во, 1934. С. 132- 146.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем:10-ый пересмотр: в 3 т./ВОЗ. Женева.1995-1998. - Т.1-3.
5. Холодная М.А. Психологическое тестирование и право личности на собственный вариант развития // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2004. № 2. С. 66–75.
6. Филимоненко Ю.И., Тимофеева В.И. Руководство к методике исследования интеллекта для взрослых Д. Векслера (WAIS): СПб. Импатон. 1995г. – С. 5-16.
7. Jansen A. Testpsychologie im Rahmen der Arbeit Sozialpsychiatrischer Dienste [Psychological testing within the scope of social psychiatric service]. Gesundheitswesen. 1992 Oct;54(10):565-8.

АНАЛИЗ РЕГРЕССИОННЫХ МОДЕЛЕЙ ФАКТОРОВ БОЛЬШОЙ ПЯТЕРКИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ И ДЕПРЕССИЕЙ

Козлов М.Ю., Иваницкая Е.Д.

ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина, Москва, Россия

mishafetser@gmail.com

ivi.lizzie@gmail.com

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, депрессия, психологическое благополучие, «большая пятерка».

**ANALYSIS OF BIG FIVE REGRESSION MODELS AND MEASURES OF
PSYCHOLOGICAL STATE IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY
DISORDER AND DEPRESSION**

Kozlov M.Y., Ivanitskaya E.D.

P.B. Gannushkin PCH № 4, Moscow, Russia.

mishafetser@gmail.com

ivi.lizzie@gmail.com

Keywords: borderline personality disorder, depression, psychological well-being, «big five».

Введение. В последние годы фокус внимания исследователей и специалистов по психическому здоровью все чаще обращаются к понятию «recovery», как интегративному понятию психосоциального восстановления, возвращения к функциональной норме, улучшения качества жизни. Смежным, больше психологическим, нежели социальным понятием является «психологическое благополучие», которое является зонтичным термином, объединяющим такие параметры, как: автономность, компетентность, личностный рост, позитивное отношение к другим, жизненные цели и самопринятие. В нашем исследовании мы решили изучить, какие личностные факторы в соответствии с моделью «большой пятерки», оказывают наибольший вклад в параметры психологического благополучия у пациентов с пограничным личностным расстройством и депрессией. Данные выборки были нами объединены по принципу высокой коморбидности, схожести психологических профилей по пятифакторной модели (нейротизм) (1,2), высокого удельного веса психосоциальных факторов в развитии заболеваний. Кроме того, пациенты, страдающие данными расстройствами, как правило, демонстрируют высокий реабилитационный потенциал, активно вовлекаются в психотерапевтический процесс и способны к достижению высокого уровня субъективного психологического благополучия.

Материалы и методы. Для изучения личностных факторов «большой пятерки» и показателей психологического благополучия нами были использованы русская версия опросника ТPI (TPI-RU) [1], опросник психологического благополучия К. Рифф в адаптации Т. Д. Шевеленковой, П. П. Фесенко [2]. В исследовании приняли участие 63 испытуемых, 34 с диагнозом депрессивного расстройства (F 32.0, F 32.1) и 29 с диагнозом пограничного расстройства личности (F.60.3). В выборку вошли 46 испытуемых женского и 18 мужского пола, средний возраст 24 года. Основной контингент представляли пациенты клиник пограничной и аффективной патологии ПКБ №4 им. П.Б.Ганнушкина.

Результаты. Был построен ряд множественных регрессионных моделей, предикторами в

которых выступали факторы «большой пятерки» (экстравертность, дружелюбие, добросовестность, эмоциональная стабильность и открытость опыту), критериями — показатели психологического благополучия (автономность, компетентность, личностный рост, позитивное отношение, жизненные цели и самопринятие).

При помощи регрессионных моделей было выявлено, что:

- «Автономность» на 48.7% объясняется экстравертностью, дружелюбием, эмоциональной стабильностью и открытостью опыту.
- «Компетентность» на 62.9% объясняется экстравертностью, добросовестностью и эмоциональной стабильностью.
- «Личностный рост» на 42.5% - экстравертностью, дружелюбием, открытостью опыту.
- «Позитивное отношение к другим» на 20.4% объясняется экстравертностью.
- «Жизненные цели» на 56.1% объясняются экстравертностью, дружелюбием, добросовестностью, эмоциональной стабильностью и открытостью опыту.
- «Самопринятие» на 50.3% объясняется экстравертностью, эмоциональной стабильностью и открытостью новому опыту.

По результатам регрессионной модели показано, что наиболее часто в параметры психологического благополучия, вкладываются такие факторы как экстраверсия, эмоциональная стабильность и открытость опыту, реже – дружелюбие и добросовестность (таблица 1).

Таблица 1.

Регрессионный анализ факторов большой пятерки и показателей психологического

Предиктор	Коэффициент регрессии	R	R ²	F	p	Критерий Дурбина-Уотсона
Критерий: Автономность						
Константа	4.496	0.622		32.913	< .001	7.321
Экстравертность	0.276	0.387		0.936	< .001	3.397
Дружелюбие	0.343			-0.687	0.048	-2.004
Эмоциональная стабильность	0.295			1.423	< .001	4.827
Открытость опыту	0.297			1.134	< .001	3.823
Критерий: компетентность						
Константа	3.790	0.793		8.323	0.030	2.20
Экстравертность	0.232	0.629		1.119	< .001	5.16
Добросовестнос	0.244			1.303	< .001	5.33

ть					
Эмоциональная стабильность	0.248		1.350	< .001	5.44
Критерий: личностный рост					
Константа	3.956	0.652 0.425	31.873	< .001	8.057
Экстравертность	0.243		1.162	< .001	4.790
Дружелюбие	0.302		0.609	0.046	2.019
Открытость опыту	0.261		0.922	< .001	3.533
Критерий: позитивное отношение					
Константа	32.843	0.451 0.204	4.843	< .001	6.782
Экстравертность	0.881		0.297	0.004	2.967
Критерий: Жизненные цели					
Константа	4.624	0.749 0.561	7.832	0.093	1.69
Экстравертность	0.283		1.506	< .001	5.31
Дружелюбие	0.353		0.685	0.055	1.94
Добросовестность	0.298		1.148	< .001	3.85
Эмоциональная стабильность	0.303		1.065	< .001	3.51
Открытость опыту	0.305		0.829	0.008	2.72
Критерий: самопринятие					
Константа	5.139	0.709 0.503	5.465	0.290	1.063
Экстравертность	0.315		1.695	< .001	5.379
Эмоциональная стабильность	0.337		1.521	< .001	4.515
Открытость опыту	0.339		0.994	0.004	2.930

Обсуждение. Данные, полученные в ходе исследования, позволяют предположить, что наибольшее влияние на психологическое благополучие в обоих клинических выборках оказывают такие факторы «большой пятерки» как «экстраверсия» и «эмоциональная

стабильность». В современных исследованиях внимание чаще уделяется нейротизму, нежели интроверсии, однако представляется, что на уровень психологического благополучия она оказывает не меньшее влияние. Можно предположить, что в обеих выборках психокоррекцию стоит строить с *большой* ориентацией на внешнюю действительность, например с помощью практик психической вовлеченности и поощрения социальных взаимодействий, креативности, рассмотрения фактов под разными углами зрения, преодоления «когнитивных искажений», что находит свое воплощение в современных направлениях индивидуальной и группой когнитивной терапии. Любопытно, что в обеих группах констелляция черт, объединенных фактором «добросовестности» и «дружелюбия», слабо коррелируют с параметрами психологического благополучия. Данные факторы объединяют в себе черты самодисциплины, ответственности, целеустремленности, планомерности, зависимости, альтруизма, эмпатичности, доверчивости, прямолинейности. Представляется, что данные личностные черты у пациентов с депрессией и ПРЛ не связаны с психологическим благополучием, а некоторые, в частности альтруизм (5), эмпатия (6), ответственность (7), доверчивость (8), не раз возникали в публикациях как факторы, предрасполагающие к развитию аффективных расстройств.

Литература

1. McCann S. J. H. Suicide, big five personality factors, and depression at the American state level //Archives of Suicide Research. – 2010. – Т. 14. – №. 4. – С. 368-374.
2. Streit F. et al. Borderline personality disorder and the big five: molecular genetic analyses indicate shared genetic architecture with neuroticism and openness //Translational psychiatry. – 2022. – Т. 12. – №. 1. – С. 1-8.
3. Сергеева А.С., Кириллов Б.А., Джумагулова А.Ф. Перевод и адаптация краткого пятифакторного опросника личности (TIPI-RU): оценка конвергентной валидности, внутренней согласованности и тест-ретестовой надежности // Экспериментальная психология. 2016. Том 9. № 3. С. 138–154. doi:10.17759/exppsy.2016090311
4. Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П. Психологическое благополучие личности. Психологическая диагностика. 2005;3:95–121. Shevelenkova TD, Fesenko TP. Psychological well-being of the individual. Psihologicheskayadiagnostika. 2005;3:95–121. (In Russ.).
5. Fujiwara T. Is altruistic behavior associated with major depression onset? //PloS one. – 2009. – Т. 4. – №. 2. – С. e4557.
6. O'Connor L. E. et al. Empathy and depression: the moral system on overdrive //Empathy in mental illness. – 2007. – Т. 49. – С. 75.
7. Finerman R. The burden of responsibility: Duty, depression, and nervios in Andean Ecuador //Gender, health, and illness. – Taylor & Francis, 2014. – С. 49-65.
8. Fermin A. S. R. et al. The neuroanatomy of social trust predicts depression vulnerability //Scientific Reports. – 2022. – Т. 12. – №. 1. – С. 1-14.

РИСКОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Королева А.В., Рычкова О.В.
ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

Anastasia-contact@ya.ru

Ключевые слова: рисковое поведение, рискованное поведение, суицидальное поведение.

RISKY BEHAVIOR IN PATIENTS OF THE TRAUMATOLOGY DEPARTMENT

Koroleva A.V., Rychkova O.V.
Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia

Anastasia-contact@ya.ru

Keywords: risky behavior, suicidal behavior.

Введение. Несмотря на то, что в настоящее время наблюдается тенденция к снижению смертности от полученных травм от внешних причин, травматизм занимает пятое место среди причин нетрудоспособности по различным заболеваниям, и второе место по средней длительности пребывания на больничном листе [4]. В условиях травматологического отделения большое значение имеет оказание психологической помощи и профилактика травматизма. Для реализации этого направления используются методические рекомендации, в том числе квалифицирующие травмы, такие как «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин» [6]. К сожалению, подавляющее число травм в соответствии с этим квалификатором относят к полученным вследствие «внешних причин». Данная обобщенная квалификация не позволяет выделить в качестве отдельной категории лиц, склонных к рисковому поведению, в том числе с высоким риском повторного травматизма. Рисковое поведение (или рискованное поведение) – вид аутоагрессивного поведения, которое не предполагает самоповреждений или суицидальной попытки, однако связано с высоким риском травматизма или отсроченными негативными последствиями для психического и соматического здоровья. По мнению некоторых авторов, лица с рисковым поведением имеют схожие психологические особенности с людьми, совершившими суицидальную попытку [1]. Однако данный вопрос вызывает полемику и до конца не прояснен. В этой связи представляется целесообразным изучить личностные особенности пациентов травматологического отделения, склонных к рисковому поведению, в сопоставлении с особенностями, присущими пациентам, совершившим суицидальную

попытку.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП им.Н.В. Склифосовского» ДЗМ, в травматологическом отделении и отделении острых отравлений. Были обследованы 2 группы пациентов: признающие склонность к рисковому поведению (травматологическое отделение) и совершившие суицидальную попытку путем самоотравления (отделение острых отравлений). Группа пациентов травматологического отделения выделена из когорты больных, получивших травмы, путем проведения скрининга признаков рисковом поведения; таким образом было выделено 25 человек. Пациенты, совершившие самоотравление с суицидальной целью, обследовались методом сплошной выборки. Отметим, что в группу лиц, склонных к рисковому поведению, не были включены пациенты, у которых имели место ситуации риска в связи с выполнением профессиональной деятельности (например, работа пожарного) или в случае чрезвычайной необходимости, совершенные вынужденно. Пациенты сравниваемых групп не различались принципиально по возрасту и социально-демографическим характеристикам. Средний возраст группы травматологического отделения, признающих склонность к рисковому поведению - 32 года, группы совершивших суицидальную попытку путем самоотравления - 28 лет. Физическое и психическое состояние позволяло больным участвовать в исследовании, согласие на которое они давали добровольно. Исследование проведено с использованием методик:

1. Шкала дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD) (Кони́на М.А., Холмогорова А.Б., 2016),
2. Опросник ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ – S3R) (Касьяник П.М., Романова Е.В, 2014),
3. Опросник неблагоприятного Детского Опыта (НДО) Adverse Childhood Experiences (ACEs), Адаптация проводится в настоящее время [5],
4. Шкала депрессии Бека (Тарабрина Н.В., 2001).

Результаты и обсуждение. В обследованной группе травматологического отделения путем скрининга установлено, что 4 человека «часто» занимаются экстремальными увлечениями, 20 человек «иногда», и 1 пациент «только однажды» (скрининг прошли более 40 больных). Актуальная госпитализация 10 пациентов из выделенных 25 была связана с травмами, полученными при выполнении действий, связанных с экстремальными видами спорта (таких как парашютизм, лонгбординг, сноубординг, мотогонки). Уже результаты проведенного скрининга позволяют утверждать, что до половины пациентов, находящихся в травматологическом отделении на лечении, склонны к рисковому видам спорта, и часть из них имеют травмы, полученные в результате занятий таким спортом. Данное наблюдение доказывает перспективность и необходимость более широкого эпидемиологического

исследования с использованием более четких критериев оценки причин травматизации. По результатам исследования можно утверждать, что показатели шкалы дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD) значимо не различались у больных обследованных групп. При этом в обеих группах отмечается широкий разброс баллов по данной шкале, что свидетельствует о необходимости дальнейшего исследования и выделения лиц с наибольшей выраженностью черт пограничного расстройства личности. В перспективе для таких лиц необходима разработка специфической программы психологической помощи, учитывающей присущие им личностные особенности. По баллу шкалы депрессии Бека пациенты обследованных групп также не отличались. В части случаев наблюдались умеренно выраженные показатели депрессии; такие пациенты нуждаются в индивидуальной психотерапевтической работе.

Сравнительно-сопоставительный анализ, проведенный по критерию Манна-Уитни, показал различия по ряду шкал (см. Таблицу 1).

Таблица 1.

Группы	Группа самоотравления (N=28) M (SD)	Группа Рискowego поведения (N=25) M (SD)	Уровень значимости p(критерий Манна-Уитни)
Неблагоприятный детский опыт	2,53 (2,4)	1,2 (1,7)	0,017*
Схема «Негативизм/пессимизм»	9,64 (5,76)	13,55 (7,13)	0,01*

* различия значимы, $p < 0,05$, M (SD) – среднее значение (стандартное отклонение).

Как видно из таблицы 1, лица, совершившие суицидальную попытку путем самоотравления, в большей степени признают негативный, травматический опыт периода детства. Как известно из литературы [2], суицидальные попытки совершаются чаще лицами, имеющими значительную степень личного неблагополучия. По-видимому, у испытуемых с самоотравлением неблагоприятные события в детстве статистически чаще признаются вследствие их недостаточной переработанности, сохраняющейся травматической актуальности. Безусловно, это может являться важной мишенью для построения психотерапевтической работы с ними.

Следующим значимым различием является выраженность ранней дезадаптивной схемы по модели Янга «негативизм/пессимизм» в группе пациентов травматологического отделения, признающих склонность к рисковому поведению. Данная схема, по мнению автора модели, заключается в негативном селектировании информации, поиске возможных неблагоприятных

последствий своих действий. Такой когнитивный стиль негативно сказывается на благополучии человека и затрудняет благоприятное функционирование [3]. И это позволяет утверждать, что данная психологическая особенность пациентов травматологического отделения, склонных к рисковому поведению, также нуждается в психокоррекции. В настоящее время исследование продолжается с целью выявления и дополнительного изучения мишеней психологической помощи.

Литература

1. Алимова М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014.;31, 52-53
2. Исаев Д.С., Шерстнев К.В., Психология суицидального поведения. Методические рекомендации для студентов по спецкурсу «Суицидология» часть 1. 2000; 17-20.
3. Кабанова П.В., Капустина Т.В., Кадыров Р.В., Проблема психодиагностики ранних дезадаптивных схем в современной психологии. Человеческий капитал, 2018, №11 (119), 33-36.
4. Миронов С.П., Еськин Н.А., Андреева Т.М., Огрызко Е.В., Шелепова Е.А. Динамика травматизма среди взрослого населения Российской Федерации. Вестник травматологии и ортопедии им Н.Н. Приорова. 2019;(3):5-13.
5. Пересмотренный опросник «Негативный детский опыт» (Adverse Childhood Experiences, ACE) (Электронный ресурс) <https://www.acesaware.org/learn-about-screening/screening-tools/screening-tools-additional-languages/>
6. Форма федерального статистического наблюдения № 57 — «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин». (Электронный ресурс) <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=348930>

КОНТИНУУМ ИНСАЙТА ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ

Кудряшов М.А.

ФГБУ НМИЦ ПН им В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

budgies@mail.ru

Ключевые слова: ОКР, инсайт, континуум

INSIGHT CONTINUUM IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Kudryashov M.A.

Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg, Russia

budgies@mail.ru

Keywords: OCD, insight, continuum

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) характеризуется наличием повторяющихся или постоянно присутствующих интрузивных (вторгающихся) мыслей и образов (обсессии), побуждений к действию и психомоторных актов (компульсии), связанных

с интенсивным дистрессом, тревогой и/или психосоциальными нарушениями. Распространенность ОКР в мировой популяции оценивается в 2–3%, среди людей с психическими расстройствами – в 10%. ОКР – расстройство, весьма непросто поддающееся терапии. По данным лонгитюдных исследований (самым известным из которых является шведское наблюдение за 144 пациентами с ОКР на протяжении 40 лет) только 20% пациентов достигают полной ремиссии, 30% – частичной, половина же продолжает жить со своим расстройством многие десятилетия (спустя более 50 лет после постановки диагноза ОКР до 37% пациентов всё ещё могут иметь те или иные его симптомы) [5]. Препараты выбора при фармакотерапии ОКР – антидепрессанты (напр., флуоксетин, пароксетин, кломипрамин). Однако 40–60% пациентов с ОКР не отвечают на терапию антидепрессантами, а 20% – на когнитивно-поведенческую психотерапию [4].

В российской клинической традиции ОКР относят к расстройствам невротического (непсихотического) уровня на том основании, что больные в целом критично относятся к своим симптомам, переживают их как нечто чужеродное (эго-дистонное), причиняющее неудобства и страдание, и ищут помощи в избавлении от них. В случае отсутствия критичности больного к симптомам ОКР, окрашенным при этом специфической «вычурностью» и психологической невыводимостью, их обычно квалифицируют как неврозоподобную симптоматику эндогенного процесса, т.е. как относящиеся к психотическому уровню.

До 90-х гг. XX в. действительно полагалось, что пациенты с ОКР демонстрируют сохранный инсайт к своему расстройству, но американское когортное исследование, опубликованное в 1995 г., показало, что четверть пациентов с ОКР «не были уверены в том, является ли выраженность их симптомов приемлемой или чрезмерной» [2], т.е., инсайт имеет больше континуальное, а не категориальное измерение. Поэтому в DSM-IV (1994) к нозологической категории ОКР был добавлен спецификатор «...со сниженным инсайтом» (with poor insight), обозначая расстройство, при котором пациент не способен распознать свои obsessions и/или compulsions как избыточные, неприемлемые и иррациональные. В DSM-5 (2013) добавлено 3 спецификатора, обозначающих уровни инсайта: 1) хороший и удовлетворительный инсайт, 2) сниженный инсайт и 3) отсутствие инсайта/бредовые идеации [1, р. 2]. В МКБ-11 (2019) в диагностический блок «обсессивно-компульсивные и сходные расстройства (L1-6B5)» введен дополнительный код «после точки»; код 0 обозначает «удовлетворительную или сохранныю критичность», код 1 – «сниженную или отсутствующую критичность».

Для клинической оценки инсайта в западной психиатрии и клинической психологии используют разработанную в 1998 г. Браунскую шкалу оценки убеждений (BABS),

зарекомендовавшую себя как удобный и компактный инструмент (всего 7 пунктов, заполняемых клиницистом в процессе полуструктурированного интервью) с высокими надежностью, конструктивной валидностью и чувствительностью к изменениям. К сожалению, в российскую клиническую практику шкала BABS до сих пор не вошла (хотя в 2019 г. в Беларуси на базе Гродненского медицинского университета состоялась апробация ее русскоязычной версии).

Исследования показывают, что сниженный инсайт к своему расстройству демонстрируют 21–36% пациентов с ОКР, а до 4% – его полное отсутствие или бредовые идеации. Сниженный инсайт имеет положительную корреляцию с неблагоприятным прогнозом, плохим ответом на терапию, коморбидностью с депрессией и зависимостью от психоактивных веществ, большей тяжестью и длительностью течения расстройства [3, р. 428].

Существование континуума инсайта, полиморфность симптоматики и высокая коморбидность ОКР свидетельствуют о том, что оно является не единой нозологической категорией, а скорее гетерогенным расстройством со множеством дименсий. Для обоснования этой т.н. «мультидименсиональной модели ОКР» были проведены исследования с использованием факторного анализа, по результатам которых выделены 4 основные дименсии ОКР, объясняющие 70% дисперсии: 1) агрессивно и сексуально окрашенные obsessions/компульсии, 2) obsessions и compulsions, связанные с подсчетом, проверкой и наведением порядка и симметрии, 3) obsessions, связанные со страхом заражения, и соответствующие compulsions, связанные с очищением, 4) obsessions/компульсии, связанные с собирательством и накоплением (хоардинг). Также некоторые исследователи выделяют отдельные «фенотипы ОКР»: 1) ОКР с ранним манифестом (когда расстройство диагностируется в возрасте до 18 лет), 2) ОКР, связанное с тиками (30% пациентов с ОКР имеют коморбидные тиковые расстройства или синдром Туретта, что может свидетельствовать об их общей этиологии. Генетические и нейровизуализационные исследования подтверждают эту гипотезу. Так, установлено, что при обоих этих расстройствах выявляется дисфункция полосатого тела и таламоамигдалярных нейросетей. Всё больше исследователей склоняется к тому, что существует отдельный обсессивно-компульсивный спектр расстройств, включающий в себя, помимо собственно ОКР, тиков и синдрома Туретта, социофобию, дисморфию, ипохондрию, трихотилломанию, булимию и пр., 3) шизотипическое ОКР, при котором наблюдается сниженный инсайт и плохой отклик на стандартную терапию антидепрессантами, но улучшение (ослабление симптомов ОКР) после аугментации терапии низкими дозами антипсихотиков, 4) ОКР, коморбидное с шизофренией (в этом случае назначение антипсихотиков, особенно типичных (ввиду их экстрапирамидных побочных эффектов), может, наоборот, усилить симптомы ОКР, при этом ослабляя симптомы

шизофрении). Пациенты с шизофренией имеют риск развития ОКР в 10 раз больше, нежели неклиническая популяция; ОКР встречается у них в 12% случаев, а отдельные симптомы ОКР – у 25%. Наблюдение израильского психиатра Михаила Поюровского (автора многообещающей концепции шизообсессивного расстройства) показало, что 85% пациентов с шизофренией оценивают свои обсессии/компульсии как неприемлемые/патологические (т.е. к ним наличествует инсайт); при этом к собственно шизофренической симптоматике инсайт отсутствует (принято считать, что у 57–98% пациентов с шизофренией инсайт к своему заболеванию снижен или отсутствует). Характерно, что у 90% всех пациентов с ОКР есть по крайней мере один нейропсихиатрический коморбид.

Имеются свидетельства, что сниженный инсайт при ОКР связан с нейропсихологической дисфункцией, хотя до настоящего времени нейропсихологический профиль или синдром, свойственный ОКР, не был определен. Некоторые метаанализы показывают, что пациенты с ОКР демонстрируют худшие, чем неклиническая популяция, показатели в пробах на рабочую, зрительно-пространственную и вербальную память [4, р. 2]. Результаты Висконсинского теста сортировки карточек и ТМТ-теста у пациентов с ОКР и сниженным инсайтом значимо хуже, чем у пациентов с сохранным инсайтом [4, р. 7]; таким образом у первых отмечается более выраженный дефицит когнитивной гибкости, что приводит к свойственному компульсиям персеверирующему, стереотипному, неадаптивному поведению (префронтальной симптоматике). У пациентов со сниженным инсайтом также ожидаемо наблюдаются и низкие показатели по шкале когнитивного инсайта А. Бека (BSIC, измеряет не «клинический» инсайт/критичность, а метакогнитивную способность индивида распознавать свои ложные когниции и корректировать их сообразно ситуативному контексту).

Литература

1. de Avila, R.C.S. et al. Level of Insight in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: An Exploratory Comparative Study Between Patients With “Good Insight” and “Poor Insight” // *Frontiers in Psychiatry*. July 2019. 10(413). P. 1–12. [doi:10.3389/fpsy.2019.00413](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00413)
2. Foa E.B. et al. DSM-IV Field Trial: Obsessive-Compulsive disorder // *American Journal of Psychiatry*. January 1995. 152(1). P. 90-96. [doi:10.1176/ajp.152.1.90](https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.90)
3. Guillén-Font, M.A. et al. Insight in Obsessive-Compulsive Disorder: Relationship With Sociodemographic and Clinical Characteristics // *Journal of Psychiatric Practice*. November 2021. 27(6). P. 427–438. [doi:10.1097/PRA.0000000000000580](https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000580)
4. Manarte L. et al. Executive functions and insight in OCD: A comparative study // *BMC Psychiatry*. April 2021. 21(216). P. 1–11. [doi:10.1186/s12888-021-03227-w](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03227-w)
5. Skoog G., Skoog M. A 40-Year Follow-up of Patients with Obsessive-compulsive Disorder // *Archives of General Psychiatry*. February 1999. 56(2). P. 121-127. [doi:10.1001/archpsyc.56.2.121](https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.2.121)

ОПЫТ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ, ИМЕЮЩИМ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ И ПОВЕДЕНИЯ

Логачева А.А., Чернышова А.А., Кривошапова Т.Н.

ОГБУЗ «Тамбовская ПКБ», Тамбов, Россия

Ключевые слова: расстройства адаптации и поведения, подростковый возраст, психосоциальная помощь.

EXPERIENCE OF PSYCHOSOCIAL ASSISTANCE TO ADOLSCENTS WITH ADJUSTMENT AND BEHAVIOURAL DISORDERS

Logacheva A.A., Chernyshova A.A., Krivoshchapova T.N.

RSBIH «Tambov PCH», Tambov, Russia

Keywords: adjustment and behavioural disorders, adolescent, psychosocial assistance.

Актуальность. Подростковый возраст – самый трудный и сложный из всех детских возрастов. В этот период у подростков особенно ярко проявляются такие черты, как эмоциональная незрелость, недостаточно развитое умение контролировать собственное поведение, соразмерять желания и возможности в удовлетворении своих потребностей, повышенная внушаемость, желание самоутвердиться и стать взрослым. Трудности в преодолении подросткового кризиса вынуждают подростков и их родителей обращаться за помощью к специалистам психиатрических служб.

Цель исследования. Анализ семей подростков, обратившихся за психосоциальной помощью в ОГБУЗ «ТПКБ» в 2021-2022 гг.

Результаты и их обсуждение. Всего в исследовании приняли участие 47 чел. в возрасте от 12 до 25 лет, из них 71 % лица женского пола. Доля несовершеннолетних составила 72%. Обучались в школе или в среднем специальном учреждении 33 человека, 11 – в высшем учебном заведении. В ходе первичного опроса выяснилось, что родители долгое время игнорировали проблемы ребенка, считая их незначимыми. Обесценивание проблем воспринималось подростком как отрицание собственных внутренних переживаний. Ситуация, в которой они оказались, заставила их сомневаться в себе, в своих силах и возможностях. Боль и обида, непонимание основных причин возникающих проблем, неспособность самостоятельно разобраться в себе и своих чувствах проявлялась в усилении деструктивного поведения со стороны подростков. Ухудшение ситуации в семье вынуждало родителей обратиться за помощью к специалистам.

Из обратившихся 36 человек имели обоих родителей, из них у 23 подростков родители состояли в разводе, 11 подростков сообщили об отсутствии одного родителя. В 10-х случаях – это отсутствие отца. Беседа с детским или подростковым врачом-психиатром положительно оценивалась как подростком, так и его родителем. Лечебно-реабилитационные мероприятия, назначенные врачом-психиатром, давали им надежду на то, что ситуация в семье изменится в лучшую сторону.

При оказании помощи подросткам и их семьям использовался биопсихосоциальный подход, включающий медикаментозное лечение, психосоциальное консультирование и психокоррекцию. Все подростки обязательно направлялись к психологу и специалисту по социальной работе. Активное выслушивание проблем, эмпатия, признание внутренней боли, безоценочное принятие позволили настроить подростков на продолжение совместной работы со специалистом в виде индивидуальных психосоциальных консультаций. Количество проведенных консультаций в каждом случае варьировало от 4 до 10 раз. Окончание сессий проходило по обоюдному согласию. Из-за удаленности проживания 10 подростков не смогли активно включиться в работу, поэтому количество консультаций с ними было ограничено от 1 до 3 раз.

В качестве основных проблем 95 % обратившихся озвучили сложности взаимоотношений с близкими родственниками, из них 81% - с родителями, 14% - с бабушками и дедушками. Большая часть подростков имели проблемы общения с одноклассниками (71%), на отсутствие друзей жаловались 57%, имели значительные трудности в выстраивании отношений с противоположным полом 76%. У 90% подростков прослеживалось отвержение родителей. На проблемы с учебой указали 30 человек. У всех обратившихся имелись жалобы на неуверенность в себе и наличие страхов. Было выявлено неприятие себя, в том числе как внутреннего Я, так и внешнего образа. Из-за повышенной критической оценки собственной внешности 7 подростков имели проблемы пищевого поведения. Проблему сексуального насилия и имеющихся после него последствий обозначили 5 человек. Все подростки жаловались на неустойчивость эмоций, сверхчувствительность к внешним влияниям, импульсивность, противоречивость чувств, склонность к резким колебаниям настроения, беспокойству и тревоге. Несмотря на большое количество родственников и друзей, они чувствовали себя одинокими.

Непонимание происходящих с ним изменений и непонимание как себя вести, неумение совладать со своими эмоциями часто выражалось в аутоагрессии. Суицидальные мысли имели 34 человека (71%), 29 человек (62%) сообщили об имеющихся суицидальных тенденциях, большинство из которых проявлялись в многочисленных порезах на руках и ногах. Один из подростков сообщил, что несколько лет назад была неудачная попытка в виде повешения.

Подростки нуждались в совете, в выслушивании, в совместном анализе, а также в помощи осознания необходимости принимать ответственность за собственные действия и жизнь, собственное здоровье в целом.

Консультации были направлены на переоценку, переосмысление ситуации, действий, отношения к себе и близким людям. Особое внимание уделялось не только выявлению и определению чувств, эмоций подростка, но проводилось разъяснение, что происходит, что с этим делать, как к этому относиться, обучение, как с этим жить, как снижать уровень негативных эмоций, как их контролировать. В работе с подростками использовалось сочетание разнообразных способов и методов психокоррекции. Стоит отметить, что в основном все подростки проявляли заинтересованность в занятиях, охотно делились проблемными ситуациями, внутренними переживаниями, выполняли предложенные задания и упражнения, участвовали в обсуждении и анализе полученных результатов. Одновременно проводилась работа с родителями по разъяснению возможных причин поведения подростка, давались рекомендации для улучшения взаимодействия с ними.

В результате у данных подростков сформировался ряд адаптационных механизмов: умение контролировать эмоциональное состояние, своевременно снижать психологическое напряжение, находить и принимать психологическую помощь со стороны значимых близких, а также при необходимости своевременно обращаться за профессиональной помощью. Формирование позитивной самооценки и самопринятия, изменение стереотипов поведения, эмоциональное отреагирование и обучение самоконтролю оказали положительное влияние на взаимоотношения в семье. Подростки отмечали положительные эмоции по поводу своего участия в занятиях, которое выражалось в виде эмоционального удовлетворения как в ходе работы, так и по итогам занятий. Это подтверждалось высказываниями в виде «я переосмыслил(а)», «я удивляюсь как мог(ла)», «я не понимал(а)», «я не рассматривал(а) ситуацию с этой стороны», «самому бы мне долго пришлось придти к этой мысли» и др. Со стороны родителей эффективность занятий подтверждалась мнением, что взаимоотношения в семье значительно улучшились.

Выводы. Таким образом, краткосрочная психокоррекционная работа дает положительные результаты для достижения поставленной цели. Но для достижения более высокой эффективности коррекционных воздействий необходима долгосрочная психотерапевтическая помощь.

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТАТОЧНОЙ (РЕЗИДУАЛЬНОЙ) ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ошевский Д.С., Солохина Т.А., Алиева Л.М.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

dso@rambler.ru

Ключевые слова: резидуальная шизофрения, нейрокогнитивные нарушения.

NEUROCOGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH RESIDUAL SCHIZOPHRENIA

Oshevsky D.S., Solokhina T.A., Alieva L.M.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

dso@rambler.ru

Keywords: residual schizophrenia, neurocognitive disorders.

Введение. В последние годы интерес исследователей направлен на изучение клинико-психологических особенностей у пациентов с диагнозом остаточной (резидуальной) шизофренией. Он обусловлен целым рядом причин. Так, остается открытым вопрос о возможности выздоровления или достаточно полного физического, психического и социального восстановления после перенесенных шизофренических психотических эпизодов и длительного течения эндогенного процесса [1, 8]. Кроме того, интерес исследователей обусловлен неоднозначностью и неопределенностью вклада патогенетических и патопластических факторов в формирование «конечных» состояний при шизофреническом процессе [7], а, следовательно, необходимостью учета социальных и психологических аспектов и оценки роли реабилитационных программ в общей системе помощи таким пациентам [9]. В отечественных и зарубежных исследованиях показано, что при шизофреническом процессе формируется нейрокогнитивный дефицит – недостаточность познавательных функций, возникающая вследствие структурных изменений центральной нервной системы [3, 13]. Это приводит к существенному снижению социального функционирования, ограничению и утрате трудоспособности [10]. Учитывая совокупность всех факторов и нарушений, оценка нейрокогнитивных нарушений представляется важной составляющей лечения и психосоциальной реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра вообще, и остаточной шизофренией в частности.

Цель. Выявление нейрокогнитивных нарушений у пациентов с резидуальной шизофренией и

разработка мер по снижению таких нарушений.

Методы. Для исследования выраженности психопатологической симптоматики использовалась «Шкала позитивных и негативных симптомов» (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS). Оценка когнитивных функций проводилась с помощью стандартизованной батареи тестов «Краткая оценка когнитивных функций при шизофрении» (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS) [12, 5]. Методика хорошо зарекомендовала себя в исследованиях пациентов с расстройствами шизофренического спектра [4]. Для верификации данных применялись методы описательной статистики и коэффициент ранговой корреляции (r -Spearman).

Материал. Было обследовано 23 пациента обоего пола (средний возраст - $59,65 \pm 14,24$ лет), находящихся на диспансерном наблюдении и амбулаторном лечении в ПНД №18 г. Москвы. Критериями включения послужили: диагноз остаточная шизофрения (F20.5xx по МКБ-10); подписанное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: баллы > 4 хотя бы по одному параметру позитивной симптоматики по шкале PANSS, отражающие психотическую симптоматику и не позволяющее провести методики.

Результаты. Данные, полученные с помощью шкалы PANSS, свидетельствуют о превалировании у пациентов с остаточной шизофренией негативной симптоматики («Композитный балл» = $17,79 \pm 6,67$). Преобладающими являлись нарушения абстрактного мышления ($2,79 \pm 1,01$ балла) и его стереотипность ($2,74 \pm 1,06$ балла). Кроме того, для пациентов была характерна пассивно-апатическая социальная отгороженность ($2,58 \pm 1,21$ балла), приводящая к сужению межличностных контактов и снижению социальной активности. Эти нарушения сочетались с уплощенностью аффекта ($2,49 \pm 0,82$ балла) и эмоциональной безучастностью ($2,42 \pm 1,06$ балла). Позитивная симптоматика была выражена слабо ($11,56 \pm 5,88$) и представлена в основном подозрительностью обследованных ($2,22 \pm 1,18$ баллов).

Данные, полученные с помощью BACS, свидетельствуют о том, что пациенты с резидуальной шизофренией демонстрируют общее снижение нейрокогнитивных функций («Композитный балл» = $31,56 \pm 14,24$) по сравнению со здоровыми лицами [5], а также по сравнению с пациентами, страдающими другими формами расстройств шизофренического спектра [6]. Наибольший дефицит выявляется в скорости обработки информации (субтесты «Кодирование символов» = $28,01 \pm 10,06$; «Вербальная беглость» = $37,56 \pm 11,57$) и слухоречевой памяти (субтест «Речевая память» = $33,25 \pm 6,02$). Указанные параметры обнаруживают значимые связи ($r=0,56$ при $p \leq 0,01$) с инвалидизацией таких пациентов. Однако этот дефицит может быть скомпенсирован за счет относительной сохранности процессов комбинаторики, планирования и исполнительного функционирования (субтест «Башня

Лондона» = 14,91±4,57).

Таким образом, для пациентов с остаточной шизофренией характерно наличие выраженной негативной симптоматики и общее снижение продуктивности нейрокогнитивных процессов в целом, а также их отдельных компонентов.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки организационных и методических подходов к проведению психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения пациентов с остаточной шизофренией. Программы реабилитации целесообразно проводить на основе мультимодального принципа и, кроме нивелирования нейрокогнитивных нарушений, в их число следует включать и другие виды психокоррекционных вмешательств: коммуникативный тренинг, тренинг по психоэмоциональной регуляции, психообразование, тренинг по развитию навыков независимой жизни.

Литература

1. Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я., Сторожакова Я.А. «Recovery» (личностно-социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблемы и перспектив модели потребителей психиатрической помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013;23(2):89–95.
2. Дорофейкова М.В. Петрова Н.Н. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция. *Современная терапия психических расстройств*. 2015;1:2–9.
3. Карякина М.В., Рычкова О.В., Шмуклер А.Б. Когнитивные нарушения при шизофрении в зарубежных исследованиях: нарушение отдельных функций или группа синдромов? *Современная зарубежная психология*. 2021;10 (2): 8-19.
4. Лепилкина Т.А., Рупчев Г.Е., Морозова М.А., Ениколопов С.Н. Комплексы психометрических методик для оценки когнитивных функций при шизофрении: методическое пособие. – Чехов: Центр образовательного и научного консалтинга, 2016. – 24 с.
5. Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф Р.С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010; 20 (3): 13-20.
6. Семенкова Е.А. Нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра вне обострения: возрастной аспект. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014;22(2):18–23.
7. Смулевич А.Б., Романов Д.В., Воронова Е.И., Мухорина А.К., Читлова В.В., Сорокина О.Ю. Эволюция учения о шизофреническом дефекте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(9):4-14.
8. Смулевич А.Б., Воронова Е.И., Солохина Т.А., Лобанова В.М., Ильина Н.А. Некоторые аспекты психопатологии резидуальных состояний при шизофрении (ремиссии по типу «новой жизни» - современные модели). *Психиатрия*. 2022;20(1):46-57.
9. Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Тюменкова Г.В. Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности. *Психиатрия*. 2019; (03): 62-84.
10. Психиатрия. Руководство для врачей /Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина. – Т.1. –2012. – 807 с.
11. Шизофрения. Клинические рекомендации. [Электронный ресурс]. Мосолов С.Н. с соавт. – 2021.
12. Keefe R.S., Harvey P.D., Goldberg T.E. et al. Norms and standardization of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS). *Schizophrenia research*. 2008; 102 (1–3):108-115.
13. Menkes M., Armstrong K., Blackford J., Heckers S., Woodward N. Neuropsychological functioning in early and chronic stages of schizophrenia and psychotic bipolar disorder. *Schizophrenia research*. 2019; 206 :413-41.

**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ЛИЦ С ПОГРАНИЧНЫМ
РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ И БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ
РАССТРОЙСТВОМ**

Полех С.Е., Тагильцева А.В.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

Zhanna.poleh@bk.ru

Ключевые слова: личностная идентичность, диффузная идентичность, пограничное расстройство личности, биполярное аффективное расстройство.

**FEATURES OF PERSONAL IDENTITY IN PERSONS WITH BORDERLINE
PERSONALITY DISORDER AND BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER**

Poleh S.E., Tagiltseva A.V.

FSBI HE SPbSPMU, St. Petersburg, Russia

Keywords: personal identity, diffuse identity, borderline personality disorder, bipolar affective disorder.

Введение. С учетом современных представлений о коморбидности, дифференциальная диагностика пограничного расстройства личности (ПРЛ) и биполярного аффективного расстройства (БАР) представляют значительные трудности. У пациентов с ПРЛ могут обнаружить признаки биполярного расстройства, депрессивного, панического и т.п. В депрессивной фазе БАР также характерно чувство опустошенности и самоповреждающее поведение, что прослеживается и при ПРЛ. Исследование особенностей идентичности может предоставить необходимые данные для дифференциальной диагностики, а также для работы с проблематикой поиска себя и адаптации, регуляции эмоций и поведения в рамках психокоррекции.

Цель работы: исследовать особенности личностной идентичности при биполярном аффективном расстройстве и пограничном личностном расстройстве.

Материалы и методы. Проводилось сравнительное исследование пациентов с диагнозом «Пограничное расстройство личности» (женщины, N=8) и «Биполярное аффективное расстройство» (женщины, N=7), в возрасте 19-36 лет. Использовались методики: Тест-опросник самоотношения (Столин, Пантелеев), Универсальный трехфакторный семантический дифференциал Ч. Осгуда в модификации Д.Д. Исаева, тест «Кто Я» Куна –

Макпартленда, в модификации А.Ш. Тхостова, Е.И. Расказовой, В.А. Емелина, опросник суверенности психологического пространства Нартовой-Бочавер, шкала «Психологической разумности» Конте, клинико-психологическое интервью (Тагильцева А.В., Полех С.Е.). Проводился анализ уровневых различий по критерию Манна-Уитни. Поиск взаимосвязей осуществлялся с помощью внутригруппового корреляционного анализа с использованием критерия Спирмена.

Результаты и их обсуждение. В рамках клинико-психологического интервью испытуемые с БАР описывают себя как «импульсивных», «гневливых»; для обеих групп в самоописании характерна растерянность. Повторяющимися характеристиками у группы лиц с ПРЛ являются: «разносторонний человек», «непостоянный», «эмоционально яркий», «двойственный», «странный» относительно окружающего социума. Ощущение опустошенности при БАР в большинстве случаев описывается витально: «черная дыра в груди», «чувство тяжести». Ощущение опустошенности при ПРЛ (в 5 из 8 случаев) характеризуется недостаточно интегрированной идентичностью: «я только оболочка», «все, что есть – набранные образы».

По результатам теста «Кто Я» выявлены более высокие баллы по шкалам «Значимость» и «Психологическая центральность» у группы лиц с БАР.

По результатам опросника самоотношения Столина, Пантелеева у группы лиц с БАР признак интегрального чувства «Я» выражен, при этом внутренние установки относительно самообвинения выше. У группы лиц с ПРЛ выражена тенденция негативного настроения относительно себя. У обеих групп не выражен признак, отвечающий за веру в свои силы, контроль над собственной жизнью, понимание самого себя, но у лиц с ПРЛ более низкие баллы. Также у обеих групп выражен признак по шкале «Самоинтерес (IV)».

Данные, полученные в результате проведения семантического дифференциала, имеют качественные различия по факторам «Оценка» стимула «Я-реальное», (группа людей с БАР набрала отрицательные показатели, группа людей с ПРЛ – положительные) и «Активность» Зеркального Я (группа людей с БАР набрала положительные показатели, группа людей с ПРЛ – отрицательные). По результатам шкалы «Психологическая разумность» выявлены значимые различия между группами испытуемых по шкале «Заинтересованность в сфере субъективных переживаний».

По результатам опросника суверенности психологического пространства для группы лиц с БАР характерна тенденция к суверенному типу, для лиц с ПРЛ – к депривированному. Отношение к собственному телу у лиц с БАР (в 4 из 7 случаев) стабильно негативное, у оставшихся троих – меняется в зависимости от фазы, границы ощущаются лучше.

Корреляционный анализ структуры личностной идентичности испытуемых с ПРЛ показал, что чем больше характеристик наделяются значимостью, важностью, социальным признанием, тем более негативно воспринимают себя испытуемые с ПРЛ на разных уровнях. Корреляционный анализ структуры личностной идентичности испытуемых с БАР показал, что существует больше характеристик, наделяемых важностью, значимостью и социальным признанием, и они положительно взаимосвязаны с самоощущением на разных уровнях. Выявлена отрицательная взаимосвязь между ощущением значимости, пониманием собственных идентификаций, их важностью и самоинтересом, самоуверенностью и активностью реального Я.

Заключение или выводы. Анализируя полученные данные, можно заключить, что восприятие собственной идентичности у группы лиц с БАР отличается положительной тенденцией. Они восприимчивее к разным аспектам своего Я, критичны к себе. Диффузия личностной идентичности при БАР связана со сменой фаз [1], однако, при более интегрированной идентичности фазы воспринимаются «состояниями», которые встроены в общее ядро личности. Непонимание собственной идентичности связано и с неспособностью получать удовольствие, что характеризуется в дальнейшем чувством нереализованности, ненаполненности [3]. Явления расогласованности у группы лиц с БАР связаны также с особенностями мнестической деятельности: при маниакальных эпизодах депрессивные эпизоды вспоминаются хуже или не вспоминаются.

Для группы лиц с ПРЛ характерна более позитивная оценка образа своего Я при негативном его восприятии и склонности к общему враждебному и противоречивому самоотношению. Диффузии личностной идентичности способствует то, что они хуже определяют свои свойства как важные и значимые, у них отсутствуют длительные фазы ремиссий, характерные для лиц с БАР; явления разотождествления когнитивных и эмоционально-оценочных аспектов выражены больше.

Эмоционально-оценочное отношение, характеризующееся большим уважением к себе, принятием и интересом, характерно для группы людей с БАР. Они также ожидают более доброжелательного отношения к себе со стороны окружающих, в то время как для группы людей с ПРЛ самоотношение обладает непостоянным, враждебным и аффект-зависимым характером [2]; ожидаемое отношение от окружающих имеет негативную направленность.

Для обеих групп характерен конфликт Я-реального и Я-идеального, у испытуемых с ПРЛ конфликт выражен больше. Границы психологического пространства для группы лиц с БАР отличаются устойчивостью: они лучше дифференцируют себя и окружающий мир. Для группы людей с ПРЛ характерна диффузия границ между испытуемыми и окружающим их миром, меньшее ощущение своего телесного Я, что может указывать на склонность к

самоповреждающему поведению и неразборчивость в сексуальных контактах, худшее понимание своей территории, ценностей и пр. Для обеих групп характерны интенсивные и непредсказуемые эмоции [1, 4], однако группа с БАР испытывает дискомфорт, в связи с этим, в то время как группа лиц с ПРЛ скорее отмечает непонимание другими этих переживаний. Для обеих групп характерна неустойчивость представлений о себе, разотождествление когнитивных и эмоционально-оценочных аспектов, слабость психологического пространства, но у группы лиц с ПРЛ диффузия идентичности выражена больше.

Литература

1. Коцюбинский А.П. Аутохтонные непсихотические расстройства. - спб.: спецлит, 2015. - 497 с.
2. Отто Ф. Кернберг. Тяжёлые личностные расстройства. Стратегии психотерапии / пер. С англ. М.И. Завалова – М.: «Класс», 2020. – 298 с.
3. Психопатология и пустота // PSY4PSY URL: https://psy4psy.ru/psychiatology_and_emptiness (дата обращения: 19.11.2021).
4. Bassett D. Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review. Aust N Z J Psychiatry. 2012.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДИКТОРОВ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЮНОШЕЙ С ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Савин А.Э., Большакова Т.В.

ФГБОУ ВО ЯГМУ, Ярославль, Россия

artem.savin00@gmail.com

tvb8201@gmail.com

Ключевые слова: Жизнестойкость, копинг-стратегии, механизмы психологической защиты, склонность к отклоняющемуся поведению, расстройства личности.

STUDY OF PREDICTORS OF RESILIENCE IN YOUNG MEN WITH PERSONALITY DISORDERS

Savin A.E., Bolshakova T.V.

FSBI HE YSMU, Yaroslavl, Russia

artem.savin00@gmail.com

tvb8201@gmail.com

Keywords: Hardiness, coping strategies, psychological defense mechanisms, deviant behavior, personality disorders.

Введение. В настоящий момент человечество имеет ускоренный темп жизни, что заметно в сфере социального и культурного развития общества. На деятельности человека отражаются

биологические, социальные, психологические и другие факторы. Возникает потребность в определении стрессоустойчивости личности, показателем стрессоустойчивости выступает жизнестойкость. Жизнестойкость (ЖЗН) – это система убеждений о себе, мире, отношениях с ним, которые позволяют человеку выдерживать и эффективно преодолевать стрессовые ситуации. Предполагаем, что у юношей с расстройством личности предикторами ЖЗН могут являться способы преодоления трудностей и виды отклоняющегося поведения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 151 респондент мужского пола в возрасте от 16 до 22 лет. 87 респондентов, проходили обследование в отделении пограничной нервно-психической патологии для подростков и юношей с функциями ВВК ГБКUZ ЯО "ЯОПБ". Для формирования выборки были проанализированы истории болезни и отобраны пациенты с расстройствами личности (далее - РЛ) (эмоционально-неустойчивые, шизотипические, шизоидные, тревожные, смешанные, органические, легкие когнитивные, инфантильные, зависимые, депрессивные РЛ), они составили группу 1. 2 группу составили 64 человека, которые не имеют диагноза (условно здоровые юноши). Использовался методический комплекс: «Тест жизнестойкости» С. Мадди (адаптация Леонтьева Д.А., Рассказовой Е.И.), опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса, «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, «Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению» (СОП) Орел А.Н. В качестве методов статистической обработки эмпирических данных использовались: непараметрический U - критерий Манна-Уитни, множественный регрессионный анализ. Обработка данных осуществлялась с помощью программы «Statistica 10».

Результаты и их обсуждение. Выявлены четыре различия на уровне значимости $p < 0,001$ по параметрам «Вовлеченность» ($m_1=32$ $m_2=46$), «Контроль» ($m_1=32$ $m_2=39$), «Принятие риска» ($m_1=17$ $m_2=19,5$) и «ЖЗН» ($m_1=80$ $m_2=105$) по методике «Тест жизнестойкости». Юноши с РЛ по сравнению со здоровыми юношами отличаются более низким уровнем ЖЗН и ее компонентов, что делает их более уязвимыми к стрессу и может повышать вероятность социальной дезадаптации. Выявлены различия по параметрам «Конфронтация» ($m_1=8$ $m_2=10$ $p=0,0010$), «Самоконтроль» ($m_1=12$ $m_2=13$ $p=0,0574$), «Планирование решения проблемы» ($m_1=11$ $m_2=13$ $p=0,0047$) и «Положительная переоценка» ($m_1=10$ $m_2=13$ $p=0,0002$) по методике «Способы совладающего поведения». Юноши с РЛ по сравнению со здоровыми юношами во фрустрирующих ситуациях менее склонны использовать такие копинг-стратегии, что может делать их поведение в стрессовой ситуации менее гибким. Выявлены различия по параметрам «Компенсация» ($m_1=3$ $m_2=5$ $p=0,0004$), «Замещение» ($m_1=3$ $m_2=6$ $p=0,0019$), «Степень напряженности защит» ($m_1=39$ $m_2=45$ $p=0,0020$) по методике «Индекс жизненного стиля». Юноши с РЛ по сравнению со здоровыми юношами отличаются меньшей выраженностью

степени напряженности защит, т. е. в стрессовой ситуации поведение может не регулируется МПЗ. Выявлено различие по параметру «Волевой контроль эмоциональных реакций» ($m_1=7$ $m_2=4,5$ $p=0,0066$). Таким образом, юноши с РЛ по сравнению с условно здоровыми юношами отличаются более низкими способностями к волевому контролю эмоциональных реакций, что делает их более уязвимыми к стрессу и может повышать вероятность социальной дезадаптации. Для выявления статистически достоверных и весомых предикторов ЖЗН был проведен регрессионный анализ (множественная линейная регрессия). Зависимой переменной является ЖЗН, а независимыми переменными – стратегии совладающего поведения, механизмы психологической защиты и склонность к отклоняющемуся поведению. Опираясь на результаты регрессионного анализа, можно сказать, что наиболее весомый вклад в развитие жизнестойкости юношей с РЛ вносят показатели «Волевой контроль эмоциональных реакций» (обратная шкала) ($p=0,000000$ $b^2=-0,77$). Предполагаем, что уменьшение контроля поведенческих проявлений эмоциональных реакций, склонность реализовывать негативные мысли и эмоции непосредственно в поведении, без задержки имеет обратный вклад в ЖЗН. «Склонность к агрессии и насилию» ($p=0,000000$ $b^2=0,88$), готовность реализовать свои агрессивные тенденции в поведении вносит положительный вклад в ЖЗН. «Склонность к самоповреждающему поведению» ($p=0,000028$ $b^2=-0,64$), низкая оценка своей жизни, склонность к риску, садо-мазохистические тенденции вносит обратный вклад в ЖЗН. «Отрицание» ($p=0,000031$ $b^2=0,49$), отрицание фрустрирующих обстоятельств формируют ЖЗН. «Склонность к аддиктивному поведению» ($p=0,000031$ $b^2=0,46$), склонность к аддиктивному поведению снижает влияние стресса, и таким образом это дает вклад в ЖЗН. «Интеллектуализация» ($p=0,000105$ $b^2=-0,39$), пресечение переживаний, вызванных стрессовой ситуацией при помощи логических установок, дает обратный вклад в ЖЗН. «Самоконтроль» ($p=0,000779$ $b^2=0,28$), предпринимая попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций формируют ЖЗН. «Подавление» ($p=0,003173$ $b^2=-0,23$), подавление неприемлемых для личности желаний, мыслей, чувств, вызывающих тревогу, дает обратный вклад в ЖЗН. «Принятие ответственности» ($p=0,022315$ $b^2=-0,20$), преодоление проблемы за счет признания собственной роли в проблеме дает обратный вклад в ЖЗН. «Поиск социальной поддержки» ($p=0,022335$ $b^2=0,19$); преодоление проблемы за счет привлечения внешних ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки делает вклад в формирование ЖЗН. «Замещение» ($p=0,034772$ $b^2=0,22$); высвобождение подавленных эмоций на объекты, представляющих меньшую опасность или более доступных, делает вклад в формирование ЖЗН. «Бегство-Избегание» ($p=0,050679$ $b^2=-0,1$), преодоление негативных переживаний за счет реагирования по типу уклонения, отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных

ожиданий, отвлечения дает обратный вклад в ЖЗН.

Выводы. Юноши с РЛ отличаются низким общим уровнем ЖЗН и таких компонентов как «Вовлеченность», «Контроль», «Принятие риска», по сравнению с группой здоровых юношей. Это снижает их устойчивость к стрессовым ситуациям и может приводить к социальной дезадаптации. Также юноши с РЛ менее склонны использовать из фрустрирующих ситуаций такие копинг-стратегии как «Конфронтация», «Самоконтроль», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка» и отличаются меньшей выраженностью степени напряженности защит, что может влиять на их способность к социальной адаптации. У юношей с РЛ предикторами, дающими положительный вклад в ЖЗН, выступают следующие детерминанты: использование самоконтроля, поиска социальной поддержки, отрицания, замещения; склонность к аддиктивному поведению, склонность к агрессии и насилию. У юношей с РЛ предикторами дающими, отрицательный вклад в ЖЗН, выступают следующие детерминанты: использование принятия ответственности, бегства-избегания, подавления, интеллектуализации; склонность к самоповреждающему поведению, слабый волевой контроль эмоциональных реакций. Результаты, полученные в ходе настоящей работы, могут быть использованы клиническими психологами и другими специалистами с целью разработки и осуществления эффективных вариантов психологической помощи юношам с РЛ.

Литература

1. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала. – М.: Смысл, 2011. – С. 680.
2. Наличаева С.А., Психология стресса: учебно-методическое пособие. – Севастополь : «Авангард», 2018. – 97 с.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ РАССЕЙНЫМ СКЛЕРОЗОМ

Селиверстова Н.А., Резникова Т.Н., Чихачев И.В., Аббасова С.Э.

ФГБУ ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой РАН, Санкт-Петербург, Россия

seliv_nat@mail.ru

Ключевые слова: психологический статус, рассеянный склероз, психологическая диагностика.

STUDY OF PSYCHOLOGICAL STATUS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Seliverstova N.A., Reznikova T.N., Chikhachev I.V., Abbasova S.E.

FSBI N.P. Bekhtereva INB RAS, St. Petersburg, Russia

seliv_nat@mail.ru**Keywords:** psychological status, multiple sclerosis, psychological diagnosis.

Введение. Изучение психологического статуса человека имеет важное значение в медицинской психологии. Психологический статус человека включает совокупность психологических параметров (когнитивных, эмоциональных, личностных и др.), который несет в себе интегральную комплексную оценку психической деятельности. Особое значение приобретает исследование психологического статуса при рассеянном склерозе (РС) хроническом - аутоимунном демиелинизирующем заболевании, когда наряду с неврологической симптоматикой наблюдаются психологические отклонения, связанные как с органическими, так и функциональными нарушениями, которые могут существенно утяжелять клиническую картину болезни. Это влечет необходимость диагностики и коррекции отклонений в психической деятельности больных РС.

Материал и методы. Для изучения психологического статуса обследовано 226 больных РС с ремиттирующим типом течения болезни (G 35.0 по МКБ-10) (64 мужчины и 162 женщины в возрасте от 18 до 50 лет ($37,91 \pm 12,64$)), неврологический статус без грубой очаговой симптоматики. Длительность заболевания от 1 до 30 лет. У всех пациентов диагноз был установлен в соответствии с международными диагностическими критериями Мак Дональда (2001) и подтвержден повторными МРТ исследованием головного мозга, на котором выявлялись множественные очаги демиелинизации, характерные для заболевания. Выраженность очаговых неврологических симптомов оценивалась с помощью интегративной шкалы EDSS (расширенная шкала инвалидизации) и составляла от 1,5 до 4,5 баллов (от легкой до умеренной). На момент проведения обследования все больные находились в стадии ремиссии. Критерием включения в группу исследования являлось отсутствие клинических обострений (стабильное состояние в течение минимум 30 дней). Психологическое обследование включало в себя беседу, наблюдение и комплекс психологических методик для исследования разных параметров психологического статуса. Исследование когнитивных процессов включало в себя изучение мыслительных функций (Зейгарник, 2020), кратковременной памяти - «Двойной тест» (Мучник Л.С., Смирнов В.М., 1969), внимания - корректурная проба (кольца Ландольта)

(Сысоев В.Н., 2007). Для изучения эмоционального состояния использовались методики: Шкала самооценки депрессии В. Зунга (Смулевич А.Б., 2003), личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлор (Немчин Т.А. 1983), проективная методика - тест Люшера (Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И., 2000), опросник уровня агрессивности Басса–Дарки (Хван А.А. с соавт., 2008), проективная методика Hand test (Курбатова Т.Н., 2001). Исследование личности проводилось с помощью СМИЛ (Собчик Л.Н., 2002). Результаты психологического исследования показали, что больные РС характеризовались умеренно выраженным когнитивным дефицитом, который выражался преимущественно в виде снижения кратковременной памяти, концентрации внимания и психологической активности, нарушения в эмоциональной сфере (повышенной тревоги, пессимизма, агрессии), снижения адаптивных возможностей личности по данным СМИЛ, которые проявлялись на осознанном и неосознанном уровне и имели гендерные различия. Проведенный корреляционный анализ между показателями психологических тестов (кратковременной памяти, концентрацией внимания, тревоги, агрессии и личности) показал многочисленные достоверные взаимосвязи. Наряду с этим определялись положительные корреляции возраста с тяжестью заболевания, шкалами (сверхконтроль и социальная интроверсия) СМИЛ и чувством вины по тесту Басса-Дарки, а также отрицательные - с непосредственной памятью и шкалой индивидуальности по тесту СМИЛ. Значимые положительные достоверные корреляционные связи между показателями шкал СМИЛ, тревоги, депрессии и агрессии с тяжестью заболевания (по EDSS) свидетельствует о взаимосвязи адаптивных возможностей личности с состоянием здоровья больных РС.

Заключение. Психологический статус больных РС представлен незначительным снижением когнитивных функций и адаптивных возможностей личности при высокой тревоге и скрытой агрессии. Корреляционный анализ между показателями психологических функций (когнитивных, эмоциональных и личностных) позволяет говорить о структуре психологического статуса. Обнаруженные значимые взаимосвязи между тяжестью заболевания (по шкале EDSS), отдельными эмоциональными показателями (тревога, агрессия, депрессия) и личностными данными (по СМИЛ) свидетельствуют о важности учета психологического статуса при данном заболевании, его влиянии на развитие клинической картины болезни и дает возможность разрабатывать индивидуальные коррекционные программы в общей системе лечебно-реабилитационных мероприятий у больных РС, имеет большое значение для повышения качества жизни и поддержания оптимального состояния больных.

**ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПРИНЦИПЫ, СОБЫТИЙНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ,
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ПСИХОЛОГА**

Слонеvский Ю. А.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия.

slonevsky2012@yandex.ru.

Ключевые слова: спектр «чрезвычайного», когнитивный диссонанс, религиозный контекст, психологическая готовность к сотрудничеству.

**INTEGRATIVE PRINCIPLES IN THE ORGANIZATION OF THE GROUP DIAGNOSTIC
AND REHABILITATION WORK OF THE PSYCHOLOGIST**

Slonevsky Y.A.

FSBSI «MHRC», Moscow, Russia

slonevsky2012@yandex.ru.

Keywords: spectrum of "extraordinary", cognitive dissonance, religious context, psychological readiness to cooperation

Введение и постановка проблемы. В клинике психических расстройств эндогенного круга мы всегда имеем дело с взаимодействием и взаимовлиянием био-пси-социо-духовных механизмов и факторов, а также с совокупностью контекстов разного уровня сложности. Одна из целей многолетней работы сотрудников группы особых форм психической патологии (в условиях естественного эксперимента в различных пространствах привычной и выездной обстановки) — это открытие рисков и ресурсов, связанных с био-пси-социо-духовными факторами, с некоторыми типичными событиями и темами. При реализации выездных сессий удалось собрать материал и представить итоговый отчет, включающий в себя и обзорную, и резюмирующую части. Это, на наш взгляд, поможет коллегам получить представление о нашем подходе и основных его характеристиках. Задача данной публикации – описать вариант авторской модели консультативно-диагностической и реабилитационной программы, ее параметры в типичных рабочих пространствах, где осуществлялось конкретное научно-практическое исследование.

В современных социально-исторических условиях учёт места и значения религиозного контекста для мотивационной, эмоционально-волевой, ценностно-смысловой, когнитивной и поведенческой сфер больных даёт много преимуществ. Считаю важным использование

знания о формах и путях влияния религиозного контекста на оценку ряда обычных обстоятельств как чрезвычайных. Представление об этом позволяет использовать потенциал и возможности особой событийно-тематической стороны жизни верующего. В консультативно-диагностическом сопровождении это обеспечивает выход на персонифицированные варианты нейтрализации рисков, на актуализацию уникальных ресурсов самого человека.

Традиции отечественной психологии в современных условиях по-прежнему предполагают оценку не только нарушенных, но и сохраненных сторон психической деятельности и личности в процессе активной психодиагностики, реабилитации и психокоррекции. Широкий спектр применяемых подходов и методов направлен на уточнение возможностей актуализации сохраненных сторон личности, внешних и внутренних, потенциально ресурсных параметров. Системная работа предполагает готовность к ответственному стилю взаимодействия с учётом влияния связанных с религиозностью факторов. Способность учитывать разнообразные формы и сферы проявления религиозности у пациентов выступает в качестве важной составляющей профессиональной компетентности специалистов. Это позволяет пациентам, для которых высоко значим религиозный контекст жизни, рассчитывать на понимание и непредвзятое отношение. Поэтому даже в повседневной научно-практической деятельности психологу и психиатру надо обязательно иметь в виду тесную взаимосвязь целого ряда специфических факторов, тем и событий со своеобразной системой рисков и ресурсов, что способны в любых условиях и испытаниях, прямо или опосредованно, влиять на изменение привычного хода жизни. Это может касаться разных её сфер, а также характера и качества отношений человека к себе, к другим, к миру. Следует учитывать, что в основном работа ведется с пациентами, у которых имеются расстройства эндогенного круга. Как правило, это проявляется в форме совокупности типичных для конкретного психического заболевания изменений. Однако скорость и динамика развития симптоматики, уровень, глубина, интенсивность, степень обратимости или необратимости всегда индивидуальны. В качестве особого, весьма специфического фактора мощного системного влияния может рассматриваться также наличие религиозной фабулы в структуре психического расстройства.

На современном этапе признаётся важность влияния на прогноз заболевания, на качество жизни пациентов сочетание различных по природе механизмов, одной из самых влиятельных является био-психо-социо-духовная концепция.

Опыт многолетней научно-практической работы в «Отделе особых форм психической патологии» НЦПЗ позволяет сделать однозначный вывод о том, что значение религиозного контекста в жизни наших пациентов невозможно не замечать и игнорировать. Необходимо

сосредоточить усилия на совершенствовании персонифицированного подхода, в том числе и благодаря опоре на возможности такого ресурса. Это относится к выбору стратегии и тактики исследования, а также вариантов системной и интегративной терапевтической поддержки наших пациентов.

При упоминании о традициях, нельзя не отметить, что в отечественной медицинской психологии был накоплен и активно использовался богатейший арсенал приёмов, методов, технологий. Всегда существовал тренд на научно-практические исследования с целью его пополнения, совершенствования. Однако значительная часть этого опыта в сфере социально-психологической, трудовой, личностной реабилитации ещё ждёт своих исследователей и наследников.

Специфика пациентов определяет поиск иных ракурсов восприятия жизненных обстоятельств, позволяет более оперативно и адекватно реагировать на актуальные проблемы и вызовы. Зачастую требуется пересмотр/дополнение критериев оценки качества процессов терапевтического взаимодействия, адаптации, реабилитации пациентов. Это распространяется и на возможности, которые открываются при неформальном использовании междисциплинарного подхода на основных этапах развития психического расстройства.

Одна из задач такого анализа - поиск и внесение обоснованных дополнений в общий список типичных психологических симптомов, тех, что по традиции включаются в состав патопсихологических синдромов. Именно они весьма точно, всесторонне и качественно, отражают и характеризуют ключевые (содержательные, структурные и динамические) особенности конкретных видов патологии. В патопсихологической диагностике типы этих синдромов зачастую выполняют функцию маркеров. Они соотносимы с видами конкретных психических расстройств определённой нозологии. На современном этапе развития психологических практик важно иметь представление о существующем широком спектре психических заболеваний. Важно, что все вместе они образуют единый континуум, части которого различаются по уровню нарушений, по степени тяжести, степени обратимости или необратимости расстройств и по другим прогностически важным параметрам. Это знание, общее для клинических психологов, врачей-психиатров и других участников междисциплинарного взаимодействия, способствует взаимопониманию, оптимизации выбора стратегии и тактики жизненно-ориентированной помощи пациентам. Разумеется, что для решения некоторых специфических задач и проблем требуется прежде всего активное использование представителями конкретной профессии всего арсенала специальных навыков, умений, технологий. Однако, со всей ответственностью можно говорить о наличии факторов, которые приводят к системным сбоям и нарушениям в общении, в поведении, в характере личностных реакций. Они зачастую затрагивают эмоционально-волевую, когнитивную,

ценностно-смысловую сферы. Важно, что понимание их содержания, природы, динамики развития нарушений, а также оценка их роли и значения в преодолении проблем дезадаптации не может быть достигнута только в рамках патографического подхода.

В качестве примера таких, во многом вне нозологических системных изменений, мы рассматриваем комплексы специфических психологических нарушений. Первый из них обозначен нами как «Феномен Системного Когнитивного Диссонанса», сокращённо (ФСКД). Второй как «Уровень Психологической Готовности к Тематическому Сотрудничеству» (УПГТС). Введение этих понятий имеет непосредственное отношение к расширению возможностей практического использования достаточно простого способа получения целостной и одновременно дифференцированной качественной оценки всеми участниками междисциплинарного сотрудничества, что позволяет уточнять в динамике изменения различных параметров реальной способности участвовать в конкретных программах терапевтического, консультативно-диагностического, психо-образовательного взаимодействия. Следует подчеркнуть, что и ФСКД, и УПГТС не только могут содержательно дополнить любой патопсихологический синдром, но и способны выступить в качестве ориентира и даже инструмента консультативно-диагностического диалога. Их использование способствует налаживанию, структурированию и оптимизации процессов взаимопонимания между участниками междисциплинарных программ.

В междисциплинарной работе с данной группой пациентов понятия ФСКД и УПГТС позволяют также оценить перспективы применения разработанного в отделе НЦПЗ событийно-тематического подхода в программах консультативно-диагностической, реабилитационной помощи. Это приводит к оптимизации процессов подбора форм и способов поддержки и сопровождения с учётом роли и влияния социокультурных и религиозных факторов.

Многолетний опыт использования нами оригинальных ФСКД и УПГТС позволяет рассматривать их в качестве эффективных инструментов для уточнения роли и значения явного или латентного влияния как внешних, так и внутренних «религиозных» факторов. Кроме того, введение ФСКД и УПГТС было необходимо для своевременного и адекватного выбора событий и тем, обстоятельств, оптимальных и адекватных для создания уникального терапевтического пространства. Опираясь на полученную с их помощью информацию, проще проводить обоснование выбора среды, событий и тем для творчески-поискового и терапевтического сотрудничества с больными и их окружением. Как правило, это происходит в рамках интегративной модели помощи и поддержки. Постоянно, даже в рамках первичного консультативно-диагностического приёма, идёт уточнение содержания конкретных направлений работы с уровнями психологической готовности и подготовленности участников

программы к общему и тематическому взаимодействию (в том числе с учетом медицинского, религиозного, социально-психологического контекста). Происходит определение путей и вариантов выявления и психологической квалификации совокупности специфических рисков и ресурсов во многом «типичных» для процессов личностной, социальной адаптации верующих из группы с эндогенными расстройствами. В нашем случае всё это может быть тесно связано с поиском вариантов профилактики проявлений феномена системного когнитивного диссонанса (ФСЖД).

Организация эмпирического исследования. Часть нашего «включённого» исследования проходила в полевых, естественных условиях реального жизненного взаимодействия. В выездных реабилитационных группах преобладали пациенты с религиозным мировоззрением, а иногда и с религиозной фабулой расстройств. Зачастую это сопровождалось ещё и особым отношением к экзистенциальной тематике жизни. В условиях решения задач социально-психологической адаптации и активного тематического взаимодействия открывались возможности для исследования вариантов и механизмов взаимодействия религиозных, медико-психологических, социально-средовых рисков и ресурсов. Появлялись дополнительные возможности для изучения характера и динамики изменений уровней и типов мотивации, форм и видов активности участников. Важна была направленность, интенсивность, а также взаимообусловленность типов активности при изменении задач и контекста взаимодействий. Особый интерес представляли ситуации, которые были связаны с самостоятельным обращением пациентов к практической реализации содержания значимых для них тем и событий. Представлены материалы пилотажного, проспективного по своей сути, исследования.

Цель работы - анализ характера и форм влияния религиозного и социального контекста на содержание и качество жизни больных, на процессы целеполагания, планирования, а также на выбор форм взаимодействия и направлений сотрудничества участников реабилитационного проекта.

Материалы: Пациенты – больные разных возрастных групп (дети, подростки, юноши, взрослые), которые находились на разных этапах развития психических расстройств; их них более 30 участников находились на этапе становления стойкой ремиссии. Специалисты и представители групп поддержки - в выездных, исследовательских и одновременно, реабилитационных поездках принимали так же участие психически здоровые лица, которые входили в группы поддержки и сопровождения пациентов. Это врачи, психологи, волонтеры, священники, члены их семей, паломники и участники событийно-тематических экспедиций. Важно отметить, что отсутствие религиозного мировоззрения не являлось противопоказанием для включения в междисциплинарный реабилитационный проект. Особую группу составляли

взрослые пациенты, которые должны были участвовать в консультативно-учебной форме работы.

Методы: включенное наблюдение в экспериментальных и естественных полевых условиях; консультативный и диагностический диалог; совместный адаптивный копинг и творческий поиск; функционально-смысловое структурирование и тематическое зонирование среды. Широко применялись арт-терапевтические приемы и методы. Иногда главными участниками и субъектами выездных сессий становились семьи больных, врачей, психологов, волонтеров, священников. Тогда, одновременно с методами персонифицированного интегративного комплекса, более активно использовались приемы совместного диадического, группового копинга, общей и тематической информационной поддержки. Метод активного исследования параметров ФСКД и УПГТС в условиях выездной сессии, когда требовались мотивация, и интерес к сотрудничеству в преодолении целого ряда коммуникативных проблем.

Событийно-тематический подход и метод успешно реализовывался с помощью тематических экспедиций, что позволяло уточнять особенности ценностно-смысловой, мотивационно-волевой сфер. Вместе с тем, можно было оценить структуру, степень выраженности и обоснованности запросов, ожиданий и опасений участников. В процессе реальных событийно-тематических взаимодействий осуществлялся выбор направления и содержания видов реабилитационной активности. Всё это способствовало наполнению реальным содержанием форм и видов конкретной духовно-психологической, консультативной и психотерапевтической поддержки. Для повышения уровня мотивированности, для поддержания заинтересованности и активности применялись приёмы работы с типами мотивации. Метод рефрейминга в сфере значимых и относительно сохраненных интересов и увлечений применялся для актуализации и поддержания уровня общего и тематического общения. Использовался также метод структурирования и активизации некоторых направлений мотивационного поиска. Метод включения в процедуры регулярного и спонтанного обсуждения роли и значения ФСКД, УПГТС, а также их отдельных параметров и профиля в целом. Формирование отношения к формам их обсуждения как особому ресурсу улучшения способности к конструктивной оценке совокупности рисков и ресурсов. В результате такого понимания упрощается и оптимизируется процесс поиска, выбора и использования алгоритмов и способов решения целого ряда актуальных, первоочередных и неотложных задач и проблем. Интегративный комплекс поддержки и сопровождения позволял использовать все преимущества пребывания в особых социокультурных, природных условиях. Арсенал методов позволял адекватно использовать телесно-ориентированные техники и спектр духовно-психологических атмосфер.

Результаты. Разработаны и апробированы принципы использования событийно-

тематического подхода к реализации программ, включающих консультативно-информационную, психокоррекционную, психо- и социо-терапевтическую и лекарственную формы помощи и поддержки. Обозначены основные риски фиксации больных на религиозном ракурсе восприятия и интерпретации причин болезни. С учетом религиозных рисков и ресурсов разработаны оригинальные психотехнические приемы психопрофилактики (прежде всего приёмы работы с ФСКД). В частности, в кризисных ситуациях, особое внимание требуется уделять прогностическому анализу сочетанного влияния на разные стороны психической деятельности и на поведение психопатологических, религиозных и возрастных факторов и особенностей. Определены противопоказания и оптимальные условия сочетанного и гибкого применения обычных и религиозных копинг-стратегий при работе с больными с психическими расстройствами эндогенного круга. Накоплен опыт сочетания форм совместного копинга с творчески-поисковым мультидисциплинарным подходом к организации многовекторного жизненно-ориентированного терапевтического сотрудничества с больными и их близкими. Подтверждено, что при реализации задач событийно-тематического подхода к актуализации реабилитационного ресурса, навыков совладания и адаптации, наиболее эффективно обращение к формам совместного копинга в составе малых и средних групп (семья, команда, бригада). Конкретизированы представления и знания о диапазоне адаптивных, мотивационных, интегративных, функционально-смысловых, диагностических, регулятивных и коррекционных возможностей основных форм совместного копинга (в том числе и религиозного).

Практическое применение. В течение нескольких лет в амбулаторных и стационарных условиях, а также в выездных реабилитационных лагерях использовались диагностическая, мотивационная, психообразовательная, психокоррекционная, консультативно-диагностическая составляющие комплекса интегративной мультидисциплинарной помощи и поддержки. Они показаны к применению как в индивидуальном, так и групповом формате.

Выводы. При выборе стратегии и тактики персонифицированной работы с больными, у которых присутствует/преобладает религиозный ракурс восприятия и интерпретации причин болезни, обстоятельств и событий жизни, возрастают роль и значение сочетанного применения мер регулярного динамического психодиагностического, консультативного, информационного и психофармакологического сопровождения и поддержки со стороны команды специалистов. Следует избегать поспешного, упрощённого, категоричного и одностороннего подхода - как при оценке характера влияния религиозного мировоззрения (положительного или отрицательного), так и при интерпретации содержания и форм проявления религиозных чувств и переживаний, при психических расстройствах с религиозной фабулой. ФСКД как правило, способствует формированию единого т.е.

одновременно общего и дифференцированного представления о том, что «здесь и сейчас» является причиной системной нестабильности, выраженной дезорганизации во взаимоотношениях, психоэмоциональных сбоев. Можно отметить психопрофилактическую и консультативно-диагностическую ценность работы с ФСКД.

УПГТС можно представить в виде профиля доступных для пациента возможностей к сотрудничеству (когнитивных, мотивационно-волевых и прочих) в процессе решения комплекса внутренних и внешних событийно-тематических задач. Это позволяет прогнозировать возможности эффективной реализации пациентов в жизни. Опора на психологическую готовность/подготовленность позволяет выйти на реальное улучшение качества жизни пациентов в целом или в отдельных её сферах.

Обобщение опыта работы отдела показывает значение междисциплинарной работы специалистов в реабилитационной работе с особым контингентом психически больных с религиозными переживаниями и фабулами расстройств.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ - УЧАСТНИКОВ ПРОГРАММЫ «АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ»

Сомова Н.Г.

ГАОУ ВО МГПУ, Москва, Россия

somovang@mail.ru

Ключевые слова: пожилой возраст, продолжительность жизни, эмоциональное восприятие, одиночество.

THE STUDY OF THE EMOTIONAL PERCEPTION OF THE LIFE OF THE PARTICIPANTS OF THE PROGRAM "ACTIVE LONGEVITY"

Somova N.G.

SAI HE MСPU, Moscow, Russia

somovang@mail.ru

Keywords: old age, life expectancy, emotional perception, loneliness.

Введение. Сочетание низких коэффициентов рождаемости и увеличение продолжительности жизни привело к увеличению пожилых людей во всём мире. Согласно последним статистическим данным, по оценкам экспертов, пожилое население мира увеличится в три раза до 2 миллиардов человек к 2050 году [5]. В связи со старением населения и возрастанием

продолжительности жизни возрастает значимость совершенствования методов социально-психологической помощи, включаемых в комплекс социальной защиты пожилых людей, их социальной адаптации и социальной реабилитации. Социально обусловленные изменения образа жизни приводят к устареванию традиционных социальных практик, связанных с возрастной адаптацией пожилых людей [1]. Одной из основных психологических проблем пожилого возраста является чувство одиночества. Одиночество — это всегда переживание определенных социальных ситуаций. Наиболее распространенными причинами одиночества пожилых людей являются плохое состояние здоровья и одинокое проживание. Одно из распространенных мнений, что одиночество сопряжено с нехваткой общения, не находит должного подтверждения [2]. С возрастом вероятность одиночества увеличивается, 19% мужчин и 31% женщин в возрасте от 65 до 69 лет живут в одиночестве, в то же время 43% мужчин и 72 % женщин в возрасте 85 лет и старше живут одни. Таким образом, имеет место гендерная разница в продолжительности жизни, количество пожилых женщин больше, чем пожилых мужчин. Чем выше уровень одиночества, тем больше человек отмечает дисгармоничность в межличностных отношениях, так же наблюдается снижение тонуса и удовлетворенность собственной жизнью, увеличивается эмоциональная неустойчивость и пассивное отношение к жизни. Наиболее распространённым психическим расстройством среди пожилых людей считается депрессия, хотя последние данные свидетельствуют о том, что на самом деле могут быть более распространены тревожные расстройства. В ходе проведённого ранее исследования [3] было выявлено, что показатели психологического и физического компонентов здоровья среди лиц, посещающих реабилитационные мероприятия, превышают показатели лиц, получающих уход на дому. Кроме того, среди лиц, обслуживаемых на дому, выявлен повышенный уровень тревожности и депрессии, что свидетельствует у них о более низком качестве жизни по сравнению с лицами, получающими услуги социальной реабилитации. Всё это побуждает к поиску путей, позволяющих пожилым людям сохранить свою мобильность и независимость и, таким образом, избежать дорогостоящего и зависимого институционального ухода. Новые программы государственного уровня, такие как, «Активное долголетие», «Московское долголетие», «Серебряное волонтерство», которые занимают видное место в Москве и Московской области, формируют потенциал для создания позитивного взгляда на старение. Проведено исследование с целью выявления связи эмоционального восприятия жизни с возрастом, образованием, физическим здоровьем, наличием близких и друзей, интересных занятий пожилых людей, участвующих в программе «Активное долголетие» в учреждениях социального обслуживания Московской области».

Материал и методы. Испытуемые являлись получателями услуг ГАУСО МО «Московский

областной центр реабилитации инвалидов». На первом этапе исследования обследовано 2 группы – 1 группа 20 человек в возрасте от 78 до 83, не посещающие Центр, обслуживаемые на дому социальными работниками (11 человек имеют инвалидность); 2 группа - 22 человека, посещающие центр и участвующие в программе «Активное долголетие» в возрасте от 72 до 90 лет (10 человек имеют инвалидность). На втором этапе обследовано 67 женщин и 2 мужчин в возрасте от 54 до 86 лет, участвующие в программе «Активное долголетие». На обоих этапах использовались четыре методики: краткая форма оценки здоровья MOS SF-36, измеряющая неспецифическое качество жизни с точки зрения оценки физического и психологического здоровья; методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова, направленная на измерение субъективной оценки своего физического и психологического здоровья; опросник Басса – Дарки для выявления уровня агрессивности респондентов; шкала тревоги Спилберга – Ханина, измеряющая ситуативную и личностную тревожность. Анкета участника программы «Активное долголетие», статистическая программа STATISTICA 7 были использована на втором этапе исследования.

Таблица 1.

Результаты факторного анализа пожилых, участвующих в программе «Активное долголетие». Уровень значимости $p < 0,05$

	F1	F2
Считаете ли вы свою жизнь интересной		-0,85
Любите ли читать		-0,85
Личностная тревожность	0,78	
Физическое функционирование	-0,88	
Ролевое функционирование	-0,86	
Боль (BP)	-0,88	
Жизнеспособность (VT)	-0,90	
Социальное функционирование (SF)	-0,82	
Эмоциональное функционирование (RE)	-0,78	
Психологическое здоровье (MH)	-0,90	

Результаты исследования свидетельствуют о том, что, чем старше человек, тем менее интересной он считает свою жизнь и меньше всего любит читать. Семейный человек меньше подвержен плохим привычкам и любит читать. Чем хуже физическое и психическое состояние у пожилых людей, посещающих занятия, тем больше у них тревога, а не агрессия в отличие от обслуживаемых на дому. Образование прямо связано с жизнеспособностью, социальным и эмоциональным функционированием и психологическим здоровьем. Наличие животных

обратно связано с физическим и ролевым функционированием, а также болью и жизнеспособностью. Чем хуже перечисленные характеристики, тем большая нужда в домашних питомцах, которые выполняют некоторую терапевтическую функцию. Мотивации к занятиям по программе «Активное долголетие» не связана непосредственно с возрастом, семейным положением, или образованием. Жизнь пожилых людей, посещающих занятия программы «Активное долголетие», более разнообразна с точки зрения восприятия ими качества жизни. Эмоциональное восприятие жизни связано с возрастом, физическим здоровьем, образованием, наличием интересных занятий, близких и друзей, интереса к жизни в целом.

Заключение. Помимо медицинской помощи государство должно обеспечивать пожилым людям социально-психологическую поддержку, ресоциализацию путем реализации различных программ, а средства массовой информации должны способствовать формированию уважительного отношения к старости. Правильно выстроенное психологическое сопровождение пожилых людей позволяет преодолеть «кризис старения», раскрыть его адаптивный потенциал.

Литература

1. Гершкович Т.Б., Глуханюк Н.С. Готовность к освоению возрастно-временных изменений в процессе жизненного пути // Образование и наука. 2005. №5.
2. Прохорова М.В. Феномен одиночества пожилых людей: социологический анализ Специальность 22.00.04. Социальные структуры, социальные институты и процессы автореферат на соиск. Ученой степени кандидата социологических наук Нижний Новгород 2007.
3. Романова Е. С., Сомова Н. Г. Системное исследование качества жизни в пожилом и преклонном возрасте // Системная психология и социология. 2020. № 4 (36). С. 22–33.
4. Статистические издания /<https://rosstat.gov.ru/folder/210>.
5. United Nations Population Fund /<https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ УСПЕШНОГО ТРУДОУСТРОЙСТВА ВЫПУСКНИКОВ ДЕТСКИХ ДОМОВ

Херай А.С.

ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ, Москва, Россия.

askhegay@yandex.ru

Ключевые слова: партисипаторное исследование, субъективное благополучие, дети-сироты, трудоустройство.

PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL PREREQUISITES FOR SUCCESSFUL EMPLOYMENT OF ORPHANAGE GRADUATES

Khegay A.S.

FSAI HE NRU HSE, Moscow Russia

askhegay@yandex.ru

Keywords: participatory research, subjective well-being, orphans, employment.

Введение. В 2021 по данным формы 103-РИК Министерства просвещения РФ в России более 490 тыс. несовершеннолетних имели статус детей-сирот и детей, оставшихся на попечении родителей, из них около 65 000 постоянно или временно проживают в учреждениях для детей-сирот [1]. В основном это школьники подросткового возраста (68% детей старше 11 лет) [6]. Ежегодно из учреждений для детей-сирот выпускается около 7000 молодых взрослых в возрасте 16-23 лет, при этом более 60% уходит в учреждения среднего и высшего образования, около 35% выбывает по иным неуточненным причинам, и около 2% выбывает в связи с трудоустройством [5]. Во всех регионах РФ реализуются региональные программы постинтернатного сопровождения в рамках федерального закона от 21.12.1996 N 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», но при этом социальная адаптация сирот после выпуска из учреждений все еще является одной из наиболее острых социальных задач в России [5]. Одним из показателей успешной социальной адаптации является полноценная трудовая жизнь выпускников детских домов. При этом особенности трудоустройства выпускников детских домов являются недостаточно изученным. Хотя эта тема порой появляется в научных и прикладных исследованиях [3], исследования не носят массовый и регулярный, мониторинговый характер. Современный рынок труда меняется очень быстро, появляются и исчезают новые формы поиска работы и собственно трудоустройства, и выпускники детских домов неизбежно следуют этим изменениям. Поэтому данные об оптимальных трудовых стратегиях и способах научения им теряют свою актуальность буквально в течение нескольких лет [2]. Большой вклад в понимание дефицитов в организации постинтернатного сопровождения могут вносить качественные исследования, выявляющие и описывающие жизнестойкие стратегии совладания с вызовами взрослой жизни в области трудоустройства, к которым прибегают выпускники детских домов. Это позволит более эффективно разрабатывать и внедрять успешные стратегии поддержки выпускников детских домов как на уровне государственных решений, так и на уровне практик в локальных сообществах, а также поможет НКО разрабатывать социальные интервенции с доказанной эффективностью [4].

Представляется важным использование методологии партисипаторных исследований [7], где выпускники детских домов будут участвовать как со-исследователи, а не как объект исследования, а результаты исследования имеют большую практическую значимость для остальных членов выпускников детских домов. Кроме того, партисипаторные исследования имеют также выраженный образовательный эффект, где участники осваивают исследовательскую позицию и одновременно лучше понимают суть проблем, с которыми им приходится сталкиваться в повседневной жизни, обмениваются успешными практиками трудоустройства.

Материал и методы. Дизайн партисипаторного исследования включал 2 этапа. Этап 1. Выпускники детских домов (7 участников-исследователей) работают в фокус-группе и обсуждают основные проблемы трудоустройства выпускников детских домов. По итогам фокус-группы составлен гайд для качественного исследования. Этап 2. Выпускники детских домов опрашивают своих друзей методом полуструктурированного интервью, а затем совместно создают финальный отчет.

Выборка. В качественном исследовании участвовало 26 респондентов из 5 регионов: Москва (N=1), Астраханская область (N=12), Саратовская область (N=2), Костромская область (N=6), Нижегородская область (N=5). 14 девушек (64%), 9 юношей (36%) в возрасте от 18 до 26 лет (M=20, SD=2.57). Выборка собиралась методом снежного кома [8]. 6 индивидуальных интервью (24%) не состоялись по причинам сложностей с алкоголем (N=2), попадания потенциального респондента в СИЗО или возникновения других сложностей с законом (N=2), по другим причинам (N=3). Методы сбора качественных данных: респонденты отвечали на вопросы в фокус-группах, индивидуальных интервью, а также в переписке в социальных сетях. Методы анализа качественных данных: тематический и дескриптивный феноменологический анализ.

Результаты. Ключевые составляющие благополучного трудоустройства глазами выпускников региональных детских домов. 1. Финансовая независимость с опорой на государственную поддержку. Большинство выпускников предпочитают до начала трудовой деятельности оформить все причитающиеся пособия, получить жилье от государства или компенсацию за аренду квартиры на период ожидания жилья. 2. Стратегии поиска работы. По знакомству, по объявлениям в социальных сетях. 3. Поиск помощи в трудоустройстве. В случае возникновения трудностей выпускники обращаются к друзьям по детскому дому, сиблингам, романтическим партнерам и сотрудникам детских домов, не обращаются к благотворительным фондам и в службы занятости. 4. Важность близких отношений. Залогом успешного трудоустройства считают поддержку сиблингов и романтических партнеров. 5. Скептическое отношение к полученному образованию. Большинство не видят смысла в

полученном образовании (среднее специальное) и не собираются работать по специальности.

6. Психологические сложности. Боязнь быть обманутым на деньги. Боязнь ошибок. Боязнь ответственности.

7. Психологические ресурсы. Умение трудиться. Умение просить помощи. Умение управлять эмоциями. Умение общаться с людьми.

Важно отметить, что 6 наиболее успешных респондентов (окончили образование, полностью себя обеспечивают, не имеют долгов, имеют постоянную работу) получили первый опыт работы еще на этапе детского дома, и делали это по собственной инициативе, в том числе нелегально.

Выводы. Программы поддержки выпускников детских домов необходимо строить с опорой на их доверительное окружение: друзей, романтических партнеров, сотрудников детских домов. Вероятным решением может стать развитие сообществ выпускников. Также необходимо поддерживать проактивную позицию как выпускников, так и воспитанников детских домов, в том числе поддерживая различные возможности для получения трудового опыта.

Исследование выполнено при грантовой поддержке Фонда Тимченко в рамках грантового конкурса “Голос Ребенка, 2022”

Литература

1. Если быть точным. Сиротство в России: сайт. – URL: <https://tochno.st/problems/orphanhood> (дата обращения: 15.02.2023)
2. Сверхновая реальность рынка труда: аналитика и прогнозы // HeadHunter : сайт. – URL: <https://hh.ru/article/30099> (дата обращения: 27.12.2022)
3. Семья Г.В. Проблемы первичного трудоустройства выпускников из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и пути их решений. / Г.В. Семья // Защити меня. – 2016. – № 3. – С. 11-17
4. СТАНДАРТ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРАКТИК В СФЕРЕ ДЕТСТВА 2018 // Фонд Тимченко и Центр доказательного социального проектирования Московского государственного психолого-педагогического университета: сайт. – URL: https://ep.org.ru/wp-content/uploads/2019/11/sbornik_small_13_11-1.pdf (дата обращения: 27.12.2022)
5. Уполномоченный по вопросам постинтернатного сопровождения детей-сирот: сайт. – URL: <http://deti.gov.ru/articles/news/anna-kuznecova-provela-soveshanie-po-voprosam-sovershenstvovaniya-zakonodatelstva-v-chasti-postinternatnogo-soprovozhdeniya-detej-sirot> (дата обращения: 27.12.2022)
6. Федеральный банк данных о детях-сиротах: сайт. – URL: <https://www.usynovite.ru/db/> (дата обращения: 15.02.2023)
7. Шуклина Е.А. Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета / Е.А. Шуклина // Социально-экономические науки. – 2017. – № 4. – С. 18-34.
8. Goodman L. A. Snowball sampling / L. A. Goodman // The annals of mathematical statistics. – 1961. – № 1. – С. 148-170. www.usynovite.ru/db/ (дата обращения: 15.02.2023).

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДЕТСКОГО ТЕСТА АППЕРЦЕПЦИИ (CAT) В РАБОТЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Чиркова Ю.В.

ГБОУ Вторая Санкт-Петербургская Гимназия, Санкт-Петербург, Россия

jv_chirkova@mail.ru

Ключевые слова: проективная психология, апперцепция, клиническое использование, тематический проективный тест, объективные методы оценки, ограничения.

NEW OPPORTUNITIES FOR INTERPRETATION OF CHILDREN'S APPERCEPTION TEST (CAT) IN THE WORK OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST

Chirkova J. V.

SBEI Second St.Petersbourg Gymnasium, St. Petersburg, Russia

jv_chirkova@mail.ru

Keywords: projective psychologie, apperception, clinical use, Thematic projective technique, objective scoring methods, restrictions.

Многие специалисты в области детской клинической психологии проявляют большой интерес к проективным методам, и это обосновано. Тематический проективный тест, а именно, предлагаемый им материал, обеспечивает особую ситуацию взаимодействия клинициста с ребенком. Такое исследование, с одной стороны, облегчает общение с ребенком, так как стимульный материал является предлогом для самовыражения в ситуации, благоприятствующей творчеству и мыслительной работе. С другой стороны, неоспоримым остается факт получения богатой информации о психическом функционировании ребенка. История возникновения детских проективных тестов относится к середине прошлого столетия. В 1954 году издается первое руководство по использованию Теста Детской Апперцепции (Le Children's Apperception Test, CAT), разработанное авторами идеи Леопольдом и Соней Беллак. Этот диагностический инструмент может считаться прямым наследником ТАТ. Взрослый вариант можно рассматривать как парадигматический тематический тест, давший начало разработке разнообразных проективных методов, например: 1948 - «Составь картину-историю» («Make A Picture Story» MAPS), Э.Шнейдман; 1950 - «Блэки» («Blacky Pictures»), Ж.Блюм; 1961 - «Чернолапка» («Patte-Noire»), Л.Корман; 1988 - «Расскажи мне историю» («Tell Me A Story» TMAS), Ж.Костатино; 1999 - «Семейный Апперцепции Тест» («Family Apperception Test» FAT), В.Сотиле.

Большинство авторов в области проективной психологии настаивают на том, что совместное

использование теста Роршаха и хотя бы одного тематического теста необходимо, если исследовательский подход соответствует строгим критериям достоверности. Взаимодополняемость этих двух типов тестов подчеркивает диапазон психических действий, доступных ребенку при столкновении со стимулами, требующими различных умственных операций, благодаря специфическому качеству предлагаемых материалов и конкретных инструкций, данных для каждого из них.

Для специалистов, использующих в работе тематические тесты, актуальными являются проблемы стандартизации и валидности, а также риска высокой степени субъективизма при анализе материала. В данной работе хотелось бы рассмотреть современные возможности анализа и интерпретации Теста Детской Апперцепции. Речь идет о новой модели обработки и интерпретации САТ, созданной французскими клиницистами Ф.Симон и Ф.Клодон [4]. Имея многолетний опыт работы с методикой, автор смогла оценить все достоинства новой схемы. Обратив внимание на определенные недостатки схемы М.Боекхольт [3] применительно к детским тестам, французские специалисты предлагают новую методологию, которая поможет учесть и исправить существующие ограничения. Напомним, что методология, применимая к САТ, базируется на теоретической концепции парижской школы, разработанной в свое время для ТАТ. В 2020 году была опубликована обновленная версия схемы анализа ТАТ [2]. Схема, разработанная М.Боекхольт, является универсальной, базовой, применимой для любого тематического теста. Напомним, что модель М.Боекхольт состоит из 39 пунктов, описывающих способы продуцирования рассказов, которые распределяются по семи категориям (способы, отражающие использование моторной и корпоральной схемы, внешней реальности, избегания и заторможенности, а также прибегания к аффективности, к воображаемому и фантазмам, к объективности и контролю). Для таблиц САТ были описаны 23 основных и 21 вторичная деталь, подмечаемых и используемых детьми в рассказах [1]. Какова специфика новой предлагаемой модели? Ф.Симон и Ф.Клодон составили обновленный перечень первичных и вторичных деталей. В отличие от предыдущего списка, выделены 17 основных деталей, а остальные считаются вторичными. Важно то, что учитываются возрастные рамки детей (3 года, 4-6 лет, 6-12 лет). Такая схема анализа, несомненно, удобна для клинициста, так как помогает более дифференцированно зафиксировать особенности восприятия ребенка в момент обследования.

Обработка рассказов осуществляется по трем осям (*La méthode des 3 axes (MD3A) pour l'épreuve SAT*). Каждая ось направлена на определенный аспект повествования.

1. Перцептивная ось (ось Р), которая фокусируется, в частности, на процессе восприятия и идентификации элементов, присутствующих/отсутствующих в рассказе ребенка в отношении явного содержания (персонажи и элементы окружающей среды);

2. Контентная ось (ось С), самая важная, по мнению создателей, которая направлена, в частности, на тематическое содержание повествования посредством нескольких измерений: общая структура, драматизация (идентификация персонажей и элементы формы повествования);

3. Ось языка и проективной ситуации (ось LSP), которая фокусируется на вербальном языке, моторном языке и элементах, относящихся к проективной ситуации.

Каждая ось включает несколько рейтинговых категорий (в сумме - их 16, тогда как у М.Боекхольт - всего 7), т.е. формализованную группировку нескольких рейтинговых позиций (всего их 93 против 39 отраженных у М.Боекхольт). Таким образом, новая предложенная схема более детализирована, что позволяет осуществлять обработку и интерпретацию уже на другом уровне дифференциации. С другой стороны, такой подход к обработке существенно снижает уровень субъективизма. Анализ рассказов осуществляется по вектору: Ось → Категория рейтинга → Пункты рейтинга.

Приведем пример обработки по оси Перцепция с клиническими случаями. Ось Перцепция включает три рейтинговых категории: Общая перцепция (PG), Перцепция персонажей (PP), Перцепция окружения (PE). В категории Общая перцепция (PG) психологу необходимо выбрать одну из трех характеристик: полная (PG1), промежуточная (PG2) и неполная перцепция (PG3). Полная перцепция (PG1) - все персонажи из манифестного содержания и предметы из списка основных деталей отражены в рассказе ребенка.

Рассказ мальчика, 7 лет, таблица 9:

«Здесь зайчик спит в кровати. Он не спит, он скукает. Кто-то открыл дверь, и он проснулся. Ему страшно... Что кто-то открыл дверь... Его могут украсть и забрать».

В этом примере в манифестном содержании один персонаж, он замечен и упомянут в рассказе, и обязательные детали (кровать и дверь) тоже отражены - т.е. это полная перцепция. Клиницист записывает в протокол код PG1. Промежуточная (PG2) – ребенок упоминает либо не все персонажи, либо не все предметы.

Рассказ девочки, 6 лет, таблица 9:

«В комнату заходишь, а там... маленькая кровать, зайчик спит и смотрит там. Он ждет, пока тихий час закончится».

Отсутствует один из обязательных элементов окружения (дверь), поэтому записывается код PE1 (игнорирование одной детали окружения). Однако, если имеется персонаж и одна из обязательных деталей, то это промежуточная перцепция, добавляется код PG2. Неполная перцепция (PG3) – отсутствует один или несколько персонажей и одновременно с ними одна или несколько деталей.

Рассказ девочки, 7 лет, таблица 3:

«Жил-был старый дед. Ему было скучно. Он не знал, что делать. Тогда он сел на стул и стал думать. Посидел, помечтал. Ну и все...»

Отмечаем отсутствие одного персонажа (мышки) - код *PP1*, и игнорирование двух обязательных деталей (трубка и трость) *PE1x2*, это неполная перцепция – код *PG3*.

Таким образом по трем осям обрабатываются все десять рассказов. В результате этого анализа клиницист имеет в своем распоряжении протокол, который позволяет произвести подсчет по всем пунктам и полученные результаты сравнить с нормативными данными, распределенными по трем возрастным группам (3-4, 4-6, 6-12 лет). Далее клиницист имеет возможность интерпретировать собранные и подсчитанные проективные данные по методу *MD3A*. Метод дает возможность наметить подход к интерпретации, одновременно предоставляя в распоряжение богатый материал для обработки. Модель предполагает три вида анализа: количественный, качественный и динамический комплексный. Количественный анализ – дает возможность произвести подсчеты всех зафиксированных кодов, так называемый синтез кодов. Предлагается несколько формул, которые позволяют нам оценить важные аспекты психического функционирования ребенка. Качественный анализ проводится для каждой таблицы, исходя из ее латентного содержания. Важно учитывать несколько основных маркеров: выраженность присутствия одних элементов на фоне отсутствия других; отношение ребенка к перцептивной реальности изображенного на таблице (модификация стимула); возможность разворачивать рассказ на специфическую тему (агрессии, опасности, всеислия и т.д.); разная модальность организации взаимодействия персонажей (позитивное/негативное), наличие пунктов, связанных с ограничениями рассказа (банальность, плоскость, бедность, статичность и т.д.); вербальная дезорганизация, мешающая высказыванию (вербальная ажитация, логорея, повторения, синтаксические или временные проблемы).

Динамический комплексный анализ предполагает анализ всего набора таблиц с их возможными связями между собой. Особое внимание обращается на континуум или его отсутствие на уровне общих категорий (общая перцепция *PG*, общая тематика рассказов *ST*, драматическая структура рассказа *CD*, качество изложения *LG*). Например, если показатель *PG3* (Неполная перцепция) зарегистрирован только в случае содержания одной таблицы из десяти, а в остальных случаях зафиксирован показатель *PG1*, то можно предположить наличие проблематики у ребенка, связанной с латентным содержанием именно данной таблицы.

На наш взгляд, модель имеет еще ряд несомненных преимуществ, например, возможность не только выявлять механизмы психологической защиты, но и оценивать их выраженность. «Защитный континуум» (вектор интенсивности от сильных защит к более слабым) разработан для каждой оси. Например, для оси Перцепция он представлен таким образом: игнорирование

персонажей – игнорирование одного из персонажей – изоляция персонажа – ложное восприятие вокруг персонажа – добавление персонажа – ссылка на нюансы – упоминание деталей вокруг персонажа (вторичные и редкие). На практике, действительно, данная схема помогает оценивать силу и масштабность защитной модальности. В заключении хотелось бы отметить следующие достоинства нового Метода трех осей:

1. Четкая и хорошо структурированная модель позволяет объемно анализировать каждый рассказ, не упуская важных нюансов;
2. В обработке учитывается ориентация теста на детский возраст;
3. Данная модель является специфичным способом анализа и интерпретации САТ;
4. Дает возможность анализировать даже неразвернутые и привязанные к реальности рассказы детей;
5. Приведены таблицы нормативных данных (по времени, затраченному на составление каждого рассказа и латентного времени к каждой таблице; по рейтинговым показателям всех трех осей; по наличию/отсутствию основных деталей в рассказах детей), таблицы нормативных данных имеют четкую периодизацию (3-4,4-6,6-12лет);
6. Обозначены «защитные континуумы», облегчающие анализ и описание защитных механизмов ребенка;
7. Использование проективных методов в работе с детьми требует от специалиста глубоких знаний во многих отраслях психологии. Применение новой модели *MD3A* несомненно может повысить качество анализа полученного материала в ходе проведения САТ и помочь клиницисту сделать более точные выводы, оценивая глубинные стороны психики ребенка.

Литература

1. Чиркова, Ю.В. Специальная психология. Тест детской апперцепции в диагностике психологической защиты: Учебное пособие для бакалавриата, специалитета и магистратуры. - 2-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2017. -163 с.
2. Azoulay C., Emmanuelli M., La feuille de dépouillement du TAT : nouvelle formule, nouveaux procédés. In: Psychologie clinique et projective, vol. 6, 2000, p.305-327.
3. Boekholt, M. Epreuves thematiques en clinique infantile. Approche psychanalytique. – Paris, Dunod , 1998. - 226p.
4. [Simon F., Claudon Ph. La « méthode des 3 axes » pour le Children’s Apperception Test \(CAT\) : guide d’utilisation et d’interprétation CAT](#), In: Bulletin de Psychologie, vol. 74, n 571, 2021, p.17-30.

РАЗДЕЛ 12. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ГЕНЕТИЧЕСКИМ