

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



Ю.Ф. Поляков

ПОЛЯКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ 2023
ТРЕТЬИ ПОЛЯКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ
ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
(К 95-ЛЕТИЮ Ю.Ф. ПОЛЯКОВА)

Материалы Всероссийской
научно-практической конференции
с международным участием 23-24 марта 2023 года

Москва
2023

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

ПОЛЯКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ 2023
ТРЕТЬИ ПОЛЯКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ
ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
(К 95-ЛЕТИЮ Ю. Ф. ПОЛЯКОВА)

*Материалы всероссийской научно-практической
конференции с международным участием
23–24 марта 2023 года*

Москва
2023

УДК 159.9.618.89

ББК 88.4

П 41

Редакционная коллегия:

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

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

Ениколопов С.Н., кандидат психологических наук, доцент

П 41 Поляковские чтения 2023. «Третьи Поляковские чтения по клинической психологии (к 95-летию Ю.Ф.Полякова)». Научное издание. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (23–24 марта 2023 г) /под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. — М.: издательство МГППУ, 2023. — 659 с.

ISBN 978-5-94051-287-5

Сборник сформирован по материалам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Третьи Поляковские чтения по клинической психологии (к 95-летию Ю.Ф. Полякова)» (23-24 марта 2023 года), организованной ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» и ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Работы авторов сгруппированы по следующим разделам: Современное развитие идей и направлений работы Ю.Ф. Полякова в медицинской психологии; Фундаментальные исследования в клинической психологии; Психическое здоровье детей младенческого и раннего возраста; Клиническая психология детства; Клиническая психология семьи; Возрастная нейропсихология; Клиническая психология в общемедицинской практике; Психосоматика; Нарушения пищевого поведения; Психотерапия и психокоррекция; Современные исследования в практике клинической психологии; Мультидисциплинарные исследования в клинической психологии; Проблемы цифровизации в медицине и образовании; Клиническая психология и вызовы 21 века, Вопросы подготовки специалистов. Авторы - маститые ученые, опытные практики и начинающие специалисты, молодые ученые и практики, студенты, магистранты и аспиранты, которые представляют разные регионы России и Зарубежья. Содержание издания включает в себя широкий спектр современной клинической (медицинской) психологии, как по сферам приложения, так и по разделам самой медицинской психологии, отражаются актуальные требования в плане теоретико-методологических подходов, исследовательских направлений и видов практической работы клинических психологов (от диагностики до сопровождения) в соответствии с запросами практики и развития науки. Читатель знакомится с актуальным срезом современной, прежде всего отечественной клинической психологии. В материалах сборника нашли свое воплощение традиции и современность, классика и новаторство в клинической психологии. Целевая аудитория издания – научные сотрудники и исследователи, клинические и практические психологи, обучающиеся психологии и клинической психологии студенты, магистры, аспиранты, а также их преподаватели. Безусловно, издание привлечет внимание специалистов, работающих в смежных областях: здравоохранении, социальной защите населения, в системе образования, а также всех, интересующихся вопросами клинической психологии и ее современного состояния.

УДК 159.9.618.89

ББК 88.4

П 41

ISBN 978-5-94051-287-5

© ФГБОУ ВО МГППУ
© ФГБНУ НЦПЗ
© Коллектив авторов, 2023

От редакторов

В 2023 году проводится очередная конференция по клинической психологии, «Третьи Поляковские чтения по клинической психологии (к 95-летию Ю.Ф. Полякова)». Проводимые ФГБНУ НЦПЗ и ФГБОУ ВО МГППУ конференции стали местом встреч и своего рода отчета или среза современного состояния клинической психологии. Отмечая юбилейные даты Юрия Федоровича Полякова, мы стараемся по-новому взглянуть на настоящее, прошлое и будущее клинической психологии. Сборник материалов по количеству публикаций и авторов, приславших работы, превосходит предыдущий (2018), что указывает не только на развитие науки и практики клинической психологии, но также на потребность в профессиональном общении. Внушает оптимизм и уважительное внимательное отношение к классикам клинической психологии, прежде всего Ю.Ф. Полякову, чье имя - в названии конференции и сборника материалов.

Сборник открывается разделом, посвященным современному наследию школы Ю.Ф. Полякова. За прошедшие 5 лет в стране и мире произошло много важных событий, которые не могли не отразиться на запросах к работе клинических психологов. Не случайно, самым объемным по количеству статей оказался раздел «Клиническая психология и вызовы 21 века». Традиционно большое место в научно-практической работе занимают клиническая психология младенческого, раннего и детско-подросткового возраста, а также клиническая психология семьи. В настоящем издании статьи сгруппированы не только по направлениям клинической психологии («Возрастная нейропсихология», «Психосоматика», «Психотерапия и психокоррекция»), но и отражают результаты фундаментальных исследований (как эмпирические работы по новым направлениям, так и обзоры важных направлений), цивилизационные изменения («Проблемы цифровизации и медицине и образовании», «Нарушения пищевого поведения»). Мультидисциплинарные исследования выделены в отдельных раздел, хотя, разумеется, сама клиническая психология предполагает межпрофессиональное сотрудничество; направления работы клинических психологов в медицине («Клиническая психология в общемедицинской практике»), современные практикоориентированные исследования («Современные исследования в практике клинической психологии»). Завершает сборник раздел, связанный с вопросами и проблемами подготовки современных клинических психологов, и это не случайно, поскольку именно Ю.Ф. Поляков стоял у истоков открытия новой специальности в образовании психологов – Клиническая психология. Более, чем полувековой опыт интенсивной практической работы, ставит вопросы, связанные с проблемами подготовки, переподготовки, определения профессиональных практических задач и нагрузок в работе, вопросов выгорания.

Организаторы конференции считают, что хорошая традиция - раз в пять лет отмечать юбилейные даты одного из выдающихся отечественных клинических психологов, организатора науки и образования, Юрия Федоровича Полякова, проведением конференции по актуальному состоянию дел в современной клинической психологии, изданием материалов, отражающих срез клинической психологии первой четверти 21 века.

Понимаем, что время, прошедшее с последней четверти 20 века, годов наибольшей творческой и общественной активности Ю.Ф. Полякова, внесло свои коррективы в профессиональную деятельность клинических психологов, в которой, надеемся, гармонично сочетаются традиции и новации.

Сборник выпускается к началу конференции в электронной версии и будет представлен на сайтах МГППУ, ФГБНУ НЦПЗ, АДПП и ресурсах Медицинская психология в России и Psyjournals. Выпуская этот сборник, редакторы выражают глубокую благодарность своему Учителю, замечательному отечественному психологу Ю.Ф. Полякову, внесшему существенный вклад в строительство «здания» отечественной клинической психологии и посвящают этот сборник его памяти.

Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

РАЗДЕЛ 1. СОВРЕМЕННОЕ РАЗВИТИЕ ИДЕЙ И НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ
Ю.Ф. ПОЛЯКОВА В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

<i>Власов Н.А.</i>	Вклад Ю.Ф. Полякова в патопсихологию глазами современников (на материале монографий)	13
<i>Дмитриева Н.Г., Бичевина Д.С., Ениколопов С.Н.</i>	Показатели ольфактометрии у пациентов, страдающих психическими расстройствами шизофренического спектра.	17
<i>Клак Д.С., Зверева М.В.</i>	К вопросу о динамике когнитивных и эмоциональных изменений у подростков с шизотипическим расстройством личности в культурно-историческом аспекте.	20
<i>Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Блинова Т.Е., Шалина Н.С.</i>	Аспекты специфики когнитивного дизонтогенеза у пациентов с детским аутизмом и шизофренией в детском возрасте.	24
<i>Миняйчева М.В., Пуговкина О.Д.</i>	Сравнительный анализ метакогнитивного функционирования у больных с депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством.	27
<i>Печникова Л.С., Рыжов А.Л., Жуйкова Е.Б., Борисова А.Ю., Варламов А.А.</i>	Отношение к тактильному контакту у молодых людей с опытом эмоциональной депривации.	31
<i>Полякова А.С., Парняков А.В.</i>	Взаимосвязь памяти и мышления у больных шизофренией со слухоречевыми галлюцинациями.	34
<i>Чепелюк А.А., Виноградова М.Г., Метлина М.В., Алякаева М.Ф.</i>	Перспектива использования компьютерных задач в сочетании с экспериментально-психологическими методиками при исследовании внимания у пациентов с депрессивными расстройствами.	39
<i>Шишкова Т.И., Медведева Т.И., Олейчик И.В.</i>	Нарушения эмоционального интеллекта у пациенток на разных этапах эндогенного процесса	45

РАЗДЕЛ 2. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ

<i>Арина Г.А., Добрушина О.Р., Перепелкина О.С., Николаева В.В.</i>	Иллюзия резиновой руки как экспериментальная модель исследования нарушений психики.	49
<i>Беломестнова Н.В.</i>	Метафорическое мышление и его диагностика в патопсихологии: квантитативно-кавалитативная система оценки.	54
<i>Бичевина Д.С., Ениколопов С.Н.</i>	Расстройство деперсонализации/ дереализации и образ тела	57
<i>Бутащин А.Д., Иванова Е.М.</i>	Зарубежные подходы к изучению особенностей телесного опыта при расстройствах спектра шизофрении.	64
<i>Каверина М.Ю., Киселёва А.Н., Суханова А.В., Струнина Ю.В.</i>	Скорость окуломоторных и мануальных реакций в характеристике функционального состояния мозга.	69
<i>Кафаров Е.Р., Рупчев Г.Е.</i>	Обзор исследований нейрокогнитивных нарушений у пациентов с аттенуированными психотическими симптомами	73

<i>Кошевой Р.С., Сергиенко А.А.</i>	Возможные предикторы расстройств шизофренического спектра: анализ анамнестических данных.	77
<i>Плакунова В.В., Омельченко М.А., Алфимова М.В.</i>	Готовность прилагать усилия для получения вознаграждения в группе высокого клинического риска развития шизофрении	81
<i>Рыжов А.Л.</i>	Перспективные методические подходы к исследованию Я-концепции в рамках патопсихологического исследования.	84
<i>Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В.</i>	Социальная тревога и формирование слуховых галлюцинаций	91
<i>Соколова Е.Т.</i>	Нарушение ментализации как формы социального познания	95
РАЗДЕЛ 3. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА		
<i>Андрущенко Н.В., Мухамедрахимов Р.Ж., Иова А.С.</i>	Влияние фактора контекста на психическое здоровье и развитие родившихся до срока детей со структурными внутричерепными изменениями на первом году их жизни	97
<i>Аникина В.О., Артамонова А.Ю., Шабалина Е.В.</i>	Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет (ДК:0-5): основные положения	101
<i>Аникина В.О., Савеньшева С.С., Блох М.Е.</i>	Пре- и постнатальные факторы психического здоровья ребенка: результаты исследований, поддержанных грантами РФФИ	105
<i>Кравченко А.П., Аринцина И.А.</i>	Пример использования ДК:0-5 – представление случая.	110
<i>Мухамедрахимов Р.Ж.</i>	Психическое здоровья детей младенческого и раннего возраста: определяющие факторы, диагностическая классификация ДК:0-5, ранняя помощь.	116
<i>Трушкина С.В., Скобло Г.В.</i>	«ДК:0-5»: Клиническая диагностика и психосоциальный контекст нарушений психического здоровья у детей	120
<i>Шабалина Е.В., Мухамедрахимов Р.Ж.</i>	Взаимодействие детей и близких взрослых в замещающих семьях, воспитывающих детей из домов ребенка различного типа	124
<i>Шалина Н.С., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Блинова Т.Е.</i>	Особенности первого года жизни у пациентов с шизофренией и аутизмом	127
РАЗДЕЛ 4. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ДЕТСТВА		
<i>Антонова Е.А., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А.</i>	Особенности мышления и гендерной идентичности у подростков в норме и при расстройствах шизофренического спектра.	131
<i>Барменков Ю.В., Иванов М.В.</i>	Аутизм и символ	135
<i>Блинова Т.Е., Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Куликов А.В.</i>	Патопсихологический профиль больных с обсессивно-компульсивными расстройствами при детском аутизме и шизотипическом расстройстве	139
<i>Бухбиндер М.В., Ермакова М.В.</i>	«Семейный квест» как одна из форм психолого-педагогической реабилитации детей с ментальными нарушениями	141
<i>Зверева М.В.</i>	Клиническая психология подростка в 21 веке:	144

	проблемы диагностики	
<i>Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Рогов А.В</i>	Клинические паттерны поведенческих нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра	148
<i>Куртанова Ю.Е., Фирсова Д.С.</i>	Особенности тревожности и страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста в зависимости от пола.	149
<i>Максименко М.Ю.</i>	Особенности когнитивного развития старшеклассников с расстройствами аутистического спектра	152
<i>Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А.</i>	Психологические механизмы формирования интернет-зависимости у подростков.	156
<i>Марголина И.А., Платонова Н.В., Балакирева Е.Е.</i>	Медицинские и психологические подходы к коррекции психических нарушений у детей-жертв жестокого обращения.	159
<i>Селемина А.А., Шаль Л.Г., Максименко М.Ю.</i>	Особенности когнитивного компонента в структуре репрезентации тела у младших подростков с расстройствами аутистического спектра	162
<i>Сысоева О.В., Попова К.Е., Коростелева Я.С.</i>	Психоэмоциональное отражение болезни посредством детского рисунка (на примере сахарного диабета)	166
<i>Туревская Р.А, Пленсковская А.А.</i>	Модель психического у детей с элективным мутизмом	174
РАЗДЕЛ 5. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ СЕМЬИ		
<i>Богачева О.И., Иванов М.В., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Куликов А.В.</i>	Психообразование с родителями детей с расстройствами аутистического спектра	177
<i>Букинич А.А., Резниченко С.И., Спиваковская А.С.</i>	Образ дома в функциональных и дисфункциональных семьях.	181
<i>Ефимов К.Р.</i>	Подходы к изучению приверженности лечению родителей, воспитывающих детей с расстройствами нейроразвития, как предмета клинико-психологических исследований.	185
<i>Жиронкина М.А.</i>	Психологическое консультирование семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья в системном подходе.	189
<i>Золотова И.А.</i>	Исследование невротических состояний у женщин, беременность которых закончилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности.	191
<i>Лиознова Е.В.</i>	Психологические особенности родителей дошкольников с ОВЗ	195
<i>Мороз Д.А.</i>	Обзор по проблемам клинической психологии семьи.	199
<i>Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.</i>	Роль семьи в риске развития несуйцидального самоповреждающего поведения у подростков	203
<i>Пашиева М.В.</i>	Личностные особенности младших школьников в связи с особенностями взаимоотношений их родителей.	207
<i>Попова Н.В.</i>	Исследование детско-родительских отношений в ситуации высококонфликтного развода.	211
<i>Пуговкина О.Д., Гладких Д.Н.</i>	Руминации у больных депрессиями: роль критики в семейных коммуникациях.	215
<i>Савина О.Ф., Морозова М.В.</i>	Проблема психологического здоровья родителей в экспертизе по семейным спорам о воспитании ребенка.	218
<i>Сергеева А.В., Сергеева А.Ю.</i>	Особенности аддиктивной идентичности взрослых родственников с созависимостью из дисфункциональных семей	223
<i>Тихонова И.В.</i>	О травматическом и посттравматическом стрессе	226

	родителей детей с нормативным развитием	
<i>Трушкина С.В.</i>	Состояние психического здоровья и эмоционального благополучия у членов семей психически больных детей.	230
<i>Шишкова А.М., Бочаров В.В., Фурсова Е.С., Вукс Д.О., Шова Н.И., Михайлов Н.А.</i>	Взаимосвязь симбиотических тенденций с выраженностью психопатологической симптоматики у родственников, опекающих больных эпилепсией.	234
РАЗДЕЛ 6. ВОЗРАСТНАЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ		
<i>Калантарова М.В.</i>	Проблема организации нейропсихологической диагностики в отделении для пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).	238
<i>Константинова И.С.</i>	Музыкальные занятия как эффективная форма работы нейропсихолога.	243
<i>Краснова А.Г., Каримулина Е.Г.</i>	Зрительно-пространственные и кинестетические представления младших школьников с разным уровнем саморегуляции.	246
<i>Морозова М.А., Калантарова М.В.</i>	Нарушения непроизвольного внимания, обусловленные легкой черепно-мозговой травмой. Анализ отдельного случая.	250
<i>Николаева А.В., Зверева Н.В.</i>	Опыт групповой нейропсихологической диагностики пространственных функций у детей 11-12 лет с применением рисуночных проб.	253
<i>Новикова Г.Р.</i>	Клинико-психологические аспекты задержанного темпа психического развития.	257
<i>Пенцак Ю.Ю., Хромов А.И.</i>	Динамика пространственного восприятия в ходе нейропсихологической коррекции у младших школьников с задержкой психического развития и атипичным аутизмом.	260
<i>Петухова Н.А., Шалина О.С.</i>	Методика диагностики восприятия временных интервалов в младшем школьном возрасте	264
<i>Пилечев Д.А.</i>	Нейропсихологическая диагностика: сфера практического применения в рамках судебно-психиатрической экспертизы	270
<i>Пономарева Е.В., Рощина И.Ф.</i>	Клинико-психологическое проспективное исследование когнитивных функций у пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения.	274
<i>Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.</i>	10-летнее проспективное исследование когнитивной сферы у кровных родственников пациентов с болезнью Альцгеймера.	277
<i>Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.</i>	Когнитивные и некогнитивные особенности психической деятельности у кровных родственников пациентов с болезнью Альцгеймера.	281
<i>Фомина М.А.</i>	Диагностика регуляторных функций младших школьников: сравнительный анализ методик.	285
<i>Хаятов Р. Б., Велиляева А. С., Шамсикулова С. А.</i>	Клинико-психологическое исследование больных с рассеянным склерозом	289
РАЗДЕЛ 7. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ		
<i>Быкова В.И., Львова Е.А.</i>	Современные реалии скоромощного стационара: к вопросу о суицидальном поведении подростков.	292
<i>Огарев В.В., Сирота Н.А., Валитова Э.Р., Березина О.И., Бордин Д.С., Бодунова Н.А.</i>	Клинико-психологические особенности пациентов с ахалазией кардии.	294
<i>Пуговкина О.Д.,</i>	Роль психолога в клинике острых отравлений: задачи	298

<i>Суботич М.И.</i>	работы с группой риска повторных самоотравлений с целью суицида	
<i>Холмогорова А.Б.</i>		
<i>Рахманина А.А.</i>	Этические аспекты работы психолога в соматической клинике.	300
<i>Эдер Ю.С., Микита О.Ю.</i>	Значимость психологического сопровождения пациентов с хроническим заболеванием почек в отделении трансплантации.	304
<i>Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Тимашков А.Ю., Ламчева Е.И.</i>	Восприятие болезни и копинг-поведение пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями	308
РАЗДЕЛ 8. ПСИХОСОМАТИКА		
<i>Васина А.Н., Садовникова Т.Ю., Сердакова К.Г.</i>	Возможности применения опросника эмоциональной дисрегуляции в соматической клинике.	312
<i>Горбанева М.В., Горячева Т.Г.</i>	Эмоционально-личностная сфера и образ тела школьников с сахарным диабетом I типа.	315
<i>Гребень Н.Ф.</i>	Эмоциональное состояние пациентов с язвенной болезнью в период лечения в стационаре.	319
<i>Завгородняя И.В.</i>	Психосоматические аспекты женских репродуктивных заболеваний: общее и особенное.	324
<i>Золотарева А.А.</i>	Пилотажная психометрическая оценка русскоязычной версии шкалы соматосенсорной амплификации.	327
<i>Кошанская А.Г.</i>	Взаимосвязь эмоционального состояния пациентов сахарным диабетом 2 типа с тяжестью течения заболевания.	330
<i>Кравченко Н.Е., Суетина О.А.</i>	К вопросам диагностической квалификации психического нездоровья при соматических болезнях (онкопатологии) у детей и подростков.	336
<i>Ларионов П.М., Хохлова О.Ю., Яковлева М.В.</i>	Русскоязычная адаптация Пертского опросника алекситимии.	339
<i>Мелехин А.И.</i>	Специфика копинги-стратегий у женщин с хроническими функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта.	343
<i>Плахотниченко М.М., Чирухина В.И.</i>	Особенности представления о своем теле у подростков с юношеским идиопатическим сколиозом	347
<i>Янушевич О.О., Шалина О.С.</i>	Психологические аспекты качества жизни подростков с хроническими соматическими заболеваниями.	351
РАЗДЕЛ 9. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ		
<i>Бабарахимова С.Б., Файзуллаева К.Р., Мирворисова З.Ш.</i>	Оптимизация психотерапии расстройств пищевого поведения у больных параноидной шизофренией.	356
<i>Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Коваль- Зайцев А.А., Никитина С.Г., Куликов А.В., Блинова Т.Е., Шалина Н.С.</i>	Пищевой дизонтогенез у детей с расстройствами аутистического спектра	359
<i>Сокуренок Е.Е., Мешкова Т.А.</i>	Особенности семейных взаимоотношений при расстройствах пищевого поведения по данным зарубежных исследований	362
<i>Сокуренок Е.Е., Мешкова Т.А.</i>	Особенности семейных взаимоотношений девушек и молодых женщин, проходивших и не проходивших лечение по поводу нарушений пищевого поведения.	365
<i>Фанталова Е.Б.</i>	Эмоционально-личностная сфера у девушек, больных нервной анорексией.	368
<i>Чапала Т.В., Илич М.</i>	Депрессивные состояния и пищевое поведение	372

	пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями	
<i>Шевеленкова Т.Д., Сальникова М.М.</i>	Неравномерность индивидуальной динамики психической ригидности и отношения к своему телу в ходе лечения у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.	375
<i>Шлойдо Д.Е.</i>	Профилактика расстройств пищевого поведения: три эффективных метода	381
РАЗДЕЛ 10. ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ		
<i>Бауэр Е.А.</i>	Патологическое накопительство: некоторые аспекты диагностики и психотерапии.	384
<i>Горячева Т.Г.</i>	Использование методики «Пиктограмма» при нейропсихологической коррекции в детском возрасте.	387
<i>Демильханова А.М.</i>	Развитие психотерапии в Средней Азии.	390
<i>Ибодуллаев Б.Б.</i>	Рационально-эмотивно-поведенческая терапия для коррекции психоэмоциональных расстройств при сахарном диабете 2 типа	393
<i>Кузнецова Ю.В., Гуткевич Е.В.</i>	Возможности применения теории защитного механизма и совладающего поведения в психологическом исследовании бреда	395
<i>Куканов А.А.</i>	Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с ОВЗ.	399
<i>Ларских М.В., Малютина О.В., Филиппова Т.В., Кожухова А.Д., Смирнов Д.И.</i>	Использование кинотерапии при проведении психокоррекционных занятий в психиатрическом отделении принудительного лечения	402
<i>Меркурьева Ю.А., Малыгин В.Л.</i>	Дифференцированная модель психологической коррекции интернет-зависимости у подростков.	408
<i>Осипова Н.Г., Рощина И.Ф.</i>	Клиническая психология московской «Клиники памяти»: диагностика и нейрореабилитация.	411
<i>Перстнева И.П., Абросимов И.Н.</i>	Ранние дезадаптивные схемы и совладающее поведение пациентов с гастритом.	415
<i>Рыжова И.А.</i>	Современные возможности реабилитации пациентов пожилого возраста в клинике расстройств аффективного спектра.	420
<i>Савушкина А.И., Рощина И.Ф.</i>	Особенности модели психического и самостигматизации больных шизофренией, проходящих психосоциальную реабилитацию в центре «Семья и психическое здоровье».	422
<i>Соловьева С.Л.</i>	Психотерапевтический принцип «Здесь и теперь».	426
РАЗДЕЛ 11. СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ		
<i>Гаурова Ю.А.</i>	Проблема нарушения критичности у больных хроническим алкоголизмом.	430
<i>Исупова Е.А., Марченко О.В.</i>	Проблема применения IQ при решении экспертных вопросов в патопсихологии.	435
<i>Козлов М.Ю., Иваницкая Е.Д.</i>	Анализ регрессионных моделей факторов Большой Пятерки и показателей психологического благополучия у пациентов с пограничным расстройством личности и депрессией.	438
<i>Королева А.В., Рычкова О.В.</i>	Рисковое поведение у пациентов травматологического отделения.	443
<i>Кудряшов М.А.</i>	Континуум инсайта при обсессивно-компульсивном расстройстве	446
<i>Логачева А.А., Чернышова А.А.,</i>	Опыт психосоциальной помощи подросткам, имеющим расстройства адаптации и поведения	450

<i>Кривошапова Т.Н.</i>		
<i>Ошевский Д.С., Солохина Т.А., Алиева Л.М.</i>	Нейрокогнитивные нарушения у пациентов с остаточной (резидуальной) шизофренией.	453
<i>Полех С.Е.</i>	Особенности личностной идентичности у лиц с пограничным расстройством личности и биполярным аффективным расстройством.	456
<i>Савин А.Э. Большакова Т.В.</i>	Исследование предикторов жизнестойкости у юношей с личностными расстройствами	459
<i>Селиверстова Н.А., Резникова Т.Н., Чихачев И.В., Аббасова С.Э.</i>	Изучение психологического статуса у больных рассеянным склерозом	462
<i>Слоневский Ю. А.</i>	Интегративные принципы, событийно-тематический, междисциплинарный подход в реабилитационной работе психолога	465
<i>Сомова Е.Г.</i>	Исследование эмоционального восприятия жизни пожилых людей - участников программы «активное долголетие».	472
<i>Хегай А.С.</i>	Психологические и социальные предпосылки успешного трудоустройства выпускников детских домов	475
<i>Чиркова Ю.В.</i>	Новые возможности интерпретации Детского теста апперцепции (САТ) в работе клинического психолога	479
РАЗДЕЛ 12. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ		
<i>Благодарова М.В., Троицкая Л.А.</i>	Оценка когнитивных функций у детей с генетическим синдромом с позиции нейропсихологического подхода.	483
<i>Горбачевская Н.Л., Даллада Н.В., Кобзова М.П., Коржнева А.В., Горюнов А.В.</i>	Клинические проявления шизотипических расстройств у детей и подростков и их корреляция с психологическими и нейробиологическими показателями.	486
<i>Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Суркова К.Л., Строгова С.Е., Зверева М.В., Зозуля С.А., Балакирева Е.Е.</i>	Комплексная оценка развития близнецов, зачатых с помощью ВРТ: психологический и иммунологический подход	491
<i>Казлицева В.О., Гуткевич Е.В.</i>	Проблемы и перспективы исследования речемыслительных процессов у детей после кохlearной имплантации в процессе реабилитации.	496
<i>Мухитова Ю.В., Исаева Е.Р., Дмитриев П.И., Лицогова М.П.</i>	Особенности окулomotorной активности у больных шизофренией при верном и неверном распознавании лицевой экспрессии	499
<i>Рупчев Г.Е., Никонова Е.Ю., Морозова М.А., Бурминский Д.С., Лепилкина Т.А., Бениашвили А.Г., Потанин С.С.</i>	Эмоциональная атрибуция и глазодвигательная активность у больных шизофренией при восприятии художественных картин	503
<i>Смирнова Я.К.</i>	Айтрекинг исследование особенностей поддержания визуального внимания у детей с нарушением слуха и взрослого в ситуации обучения.	506
<i>Суханова А.В., Трошина Е.М., Сазонова О.Б.</i>	Паттерны ЭЭГ при реальных и воображаемых движениях.	511
<i>Черного Д.И., Мухамедрахимов Р.Ж.</i>	Влияние ранней институционализации на дневной ритм секреции кортизола у детей в домах ребенка и замещающих семьях.	514
РАЗДЕЛ 13. ПРОБЛЕМЫ ЦИФРОВИЗАЦИИ В МЕДИЦИНЕ И ОБРАЗОВАНИИ		
<i>Бузина Т.С., Шалина О.С.,</i>	Психологические аспекты использования VR-	518

<i>Котельникова А.В., Денисов А.А.</i>	технологий в системе медицинского образования	
<i>Колосов Ю.А., Куркин Д.В., Горбунова Ю.В., Бакулин Д.А., Робертус А.И., Иванова О.В., Бузина Т.С., Шалина О.С., Денисов А.А., Котельникова А.В., Мурсалов И.Д., Нарышкин И.М.</i>	Внедрение технологии виртуальной реальности в фармацевтическое образование.	522
<i>Нелюбина А.С.</i>	Человек и гаджет: новый взгляд на разделенную психическую функцию.	526
<i>Никонова Е.Ю., Рунчев Г.Е., Морозова М.А., Бурминский Д.С.</i>	Клиническая переносимость релаксационных тренингов с использованием VR-технологии у больных шизофренией в состоянии лекарственной ремиссии	529
<i>Тихонова А.С., Котельникова А.В.</i>	Мотивационные эффекты использования технологий виртуальной реальности в комплексной реабилитации пациентов с хронической болью в спине	533
РАЗДЕЛ 14. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ВЫЗОВЫ 21 ВЕКА		
<i>Авилов А.Ю., Сапелкин С.В., Бизюк А.П.</i>	Девиация гендерной идентичности и сексуальности у лиц с психической патологией.	538
<i>Атаджыкова Ю.А., Ениколова С.Н.</i>	Феномен обыденного садизма: диагностические инструменты и перспективы исследования	541
<i>Воробьева Е.В., Каркищенко В.М.</i>	Субъективное ощущение одиночества и тревожность у студентов в эпоху пандемии.	546
<i>Воробьева Н.В., Киреева И.Н., Риковская В.Б.</i>	Новые задачи работы медицинских психологов психиатрического стационара в эпоху пандемии.	549
<i>Гаврилова А.О., Зверева М.В.</i>	Пилотажное исследование связи прокрастинации с особенностями восприятия пространства	553
<i>Говоров С.А., Иванова Е.М.</i>	Суицидальный юмор как разновидность черного юмора: клинико-психологические аспекты	558
<i>Давыдова А.М.</i>	Психологические особенности синдрома профессионального выгорания медицинских работников в период пандемии.	562
<i>Карасева Е.А., Шаповалова Е.Г.</i>	Особенности инструментального и соматического самоповреждающего поведения подростков с суицидальным риском	565
<i>Карпова Э.Б., Аршинова А.Д.</i>	Психологическое отчуждение и принятие норм мужского поведения у взрослых.	572
<i>Кашкаров А.П.</i>	Обзор девиации личности в условиях пост- и травматического стрессового состояния	576
<i>Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю.</i>	Отношение к вакцинации людей с психическими заболеваниями.	582
<i>Нартова-Бочавер С.К., Бардадымов В.А., Хачатурова М.Р., Ерофеева В.Г.</i>	Трудные жизненные ситуации в жизни современных студентов: идентификация, типологизация, измерение.	586
<i>Первичко Е.И., Чижова А.Р., Митина О.А., Степанова О.Б., Конюховская Ю.Е.</i>	Тревога о здоровье у российской молодежи в условиях пандемии COVID-19	589
<i>Переправина Ю.О.</i>	Индивидуально-психологические особенности лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя и влияющие на юридически значимую деятельность.	593

<i>Польская Н.А., Кузнецова-Фетисова А.А.</i>	Опросник аутодеструктивного поведения: результаты первичной апробации.	596
<i>Радионон Д.С., Сорокин М.Ю., Караваева Т.А., Лутова Н.Б.</i>	Готовность русскоязычного населения России, Беларуси и Казахстана к вакцинации против covid-19 в 2020-2022 и определяющие её факторы.	601
<i>Русаковская О.А.</i>	Возможности статистической обработки качественных результатов судебно-психиатрической методики «проблемные ситуации».	606
<i>Семенова Н.Д.</i>	Об одном из направлений современной клинической психологии: привлечение потребителей помощи и новые формы сотрудничества.	609
<i>Сокуренок Е.Е., Мешкова Т.А.</i>	Особенности семейных взаимоотношений при расстройствах пищевого поведения по данным зарубежных исследований	612
<i>Филиппович В.И.</i>	Установка жизнестойкости как предикторы экзистенциальной наполненности при неврозах и в норме.	615
<i>Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Садовнича В.С., Кравцова Н.А., Дровосеков С.Э.</i>	Проблема сокрытия суицидальности при обращении помогающим специалистам	619
РАЗДЕЛ 15. ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ		
<i>Ахметов М.Р., Трифонова Т.А.</i>	Статус оказания психологической помощи населению в медицинских учреждениях клиническим (медицинским) психологом в Российской Федерации.	624
<i>Васильева И.В., Андреева О.С.</i>	Подготовка клинических психологов в условиях реализации мультипарадигмального образования.	629
<i>Воронко Е.В.</i>	Общепсихологическая подготовка студентов в Гродненском государственном медицинском университете.	632
<i>Зуенкова Ю.А.</i>	Роль клинического психолога в эпоху ценностно-ориентированного здравоохранения.	636
<i>Новикова Т.О., Потапова Е.А.</i>	Представления о профессиональной этике у студентов-психологов первого курса	640
<i>Рогачева Т.В.</i>	Нормативные правовые аспекты реабилитационной диагностики.	645
<i>Сафуанов Ф.С.</i>	Нормативно-правовая регуляция деятельности медицинских психологов	651
<i>Степанчук Н.Н.</i>	Профилактика профессионального стресса: выявление скрытого	654

РАЗДЕЛ 1. СОВРЕМЕННОЕ РАЗВИТИЕ ИДЕЙ И НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ Ю.Ф. ПОЛЯКОВА В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ВКЛАД Ю.Ф. ПОЛЯКОВА В ПАТОПСИХОЛОГИЮ ГЛАЗАМИ СОВРЕМЕННОКОВ (НА МАТЕРИАЛЕ МОНОГРАФИЙ)

Власов Н.А.^{1,2}

¹ ФГБУ ВО «РГСУ», Москва, Россия

² ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина, Москва, Россия

VlasovNA@rgsu.net

Ключевые слова: история психологии, патопсихология, клиническая психология, теория, методология.

CONTRIBUTION OF Y.F. POLYAKOV TO PATHOPSYCHOLOGY THROUGH THE EYES OF CONTEMPORARIES (BASED ON THE MATERIAL OF MONOGRAPHS)

Vlasov N.A.^{1,2}

¹ FSBI HE «RUSS», Moscow, Russia

² P.B. Gannushkin PCH № 4, Moscow, Russia

VlasovNA@rgsu.net

Keywords: history of psychology, pathopsychology, clinical psychology, theory, methodology.

История науки богата примерами того, как ученый мог быть признан после своей смерти; так, взгляды астронома Г. Галилея были приняты только в начале XIX века, биолог Г. Мендель получил признание только в начале XX века, с развитием представлений о генах, а вклад в философию языка математика Г. Фреге стал заметным лишь через несколько десятилетий после его смерти.

В истории психологической науки тоже известны подобные примеры. Отчасти это касается нашего выдающегося соотечественника Л.С. Выготского. При его короткой жизни он был известен, однако истинное признание пришло много позже, когда были преодолены последствия печально известного постановления «О педологических извращениях в системе Наркомпросов» (1936 г.), и когда его основные работы были опубликованы на Западе. В 1981 году он был назван английским философом С. Тулмином «Моцартом психологии».

В истории отечественной патопсихологии упоминаются имена многих крупных ученых, внесших вклад в становление и развитие этого раздела клинической (медицинской)

психологии, – В.М. Бехтерева, А.Н. Бернштейна, Г.И. Россолимо, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн. «Last but not least» в этом списке стоит упомянуть Юрия Федоровича Полякова (1927-2002) – советского и российского психолога, доктора педагогических наук (по психологии), профессора. Его профессиональная деятельность была связана с ведущими в области патопсихологии учреждениями – лабораторией патопсихологии НИИ психиатрии МЗ РСФСР, Институтом судебной психиатрии им. В.П. Сербского, лабораторией патопсихологии Института психиатрии АМН СССР, кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова.

Однако сама по себе продуктивная с точки зрения полученных результатов научная деятельность не гарантирует «своевременного» признания. Высказывание о том, что «большое видится на расстоянии», зачастую является справедливым, однако прижизненное признание ученого говорит о том, что его идеи и результаты исследований вписались не только в научный, но и социально-исторический контекст (именно поэтому принятие идей Л.С. Выготского произошло с таким временным лагом). Ниже мы рассмотрим какой вклад в патопсихологию, согласно Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, В.М. Блейхеру, В.В. Николаевой, М.М. Коченову и Е.Т. Соколовой, внес Ю.Ф. Поляков. В качестве источников для исследования были выбраны основные монографии перечисленных ученых, посвященные патопсихологии.

В своем основном труде «Патопсихология», являющимся своеобразным итогом более чем шестидесятилетней научной деятельности и выпущенным вторым изданием в 1986 году, Б.В. Зейгарник отмечает Юрия Федоровича как одного из значимых ученых лаборатории Центрального института психиатрии МЗ РСФСР на базе психиатрической больницы им. П.Б. Ганнушкина (в одном ряду с собой, С.Я. Рубинштейн, Т.И. Тепеницыной и В.В. Николаевой) и лаборатории Центра охраны психического здоровья АМН СССР (указаны Т.К. Мелешко, В.П. Критская и Н.В. Курек). Согласно автору, в этих учреждениях «широко развернулись патопсихологические исследования нарушений познавательной деятельности и мотивационной сферы» [3]. Б.В. Зейгарник указывает, что исследования Юрия Федоровича позволили раскрыть склонность к актуализации латентных свойств предметов, что проявляется не только в процессе протекания мышления, но и в процессе опосредованного запоминания. Пример, приведенный Ю.Ф. Поляковым для иллюстрации этой особенности больных шизофренией (сходство между карандашом и ботинком в том, что «оба оставляют след»), стал хрестоматийным для всех студентов, изучающих патопсихологию. Отмечает автор и значимость той критики, которой Юрий Федорович подвергал идею о тождественности проявлений нарушенного психического процесса и самого процесса («Дело в том, что в психиатрии феноменологическое проявление нарушенного процесса, как об этом

неоднократно указывал Ю. Ф. Поляков, выдается нередко как нарушение самого процесса» [3]); эта позиция имеет значение не только для патопсихологии (и, шире, для клинической психологии), но и для психиатрии.

С.Я. Рубинштейн в двух своих монографиях упоминает Юрия Федоровича («Экспериментальные методики патопсихологии», 1970; «Психология умственно отсталого школьника», 1986). Она отмечает не только его теоретический (раскрытие особенностей мышления при шизофрении, в том числе сравнительная характеристика нарушений динамики мышления у больных этим заболеванием и начальным артериосклерозом сосудов головного мозга [5]), но и методический вклад в патопсихологию как автора методики «Классификация фигур» («Методика была в 1954 г. предложена Ю.Ф. Поляковым для исследования процесса обобщения в наглядном и словесном плане») [5]. Необходимо отметить, что Юрию Федоровичу на тот момент было всего 27 лет.

В.М. Блейхер и его соавторы (И.В. Крук, С.Н. Боков) в своих работах разных лет («Экспериментально-психологическое исследование психически больных», 1971; «Патопсихологическая диагностика», 1986) и обобщающем труде «Клиническая патопсихология» (2002) отмечают вклад Юрия Федоровича в понимание механизмов нарушений мышления при шизофрении и его методические заслуги в изучении этого сложного заболевания [1]. Авторами отмечается методологическая позиция Ю.Ф. Полякова в вопросе отличия американской клинической психологии и советской медицинской психологии, «характеризующееся спецификой присущих первой психологических методик, направленных главным образом на констатацию тех или иных психических способностей или свойств личности (психометрические тесты, проективные анкетные методики, личностные опросники)» [2]. Указывается и акцентированное Юрием Федоровичем методологическое отличие патопсихологии и психопатологии («если клинические (психопатологические) исследования обнаруживают закономерности проявлений нарушенных психических процессов, то патопсихологические исследования должны дать ответ на вопрос, как нарушено протекание (структура) самих психических процессов, приводящих к этим проявлениям» [2]). Теоретический вклад Ю.Ф. Полякова в понимание патологии познавательной деятельности при шизофрении оценивается авторами высоко и в целом сводится к экспликации механизмов нарушений восприятия, проявляющихся в своеобразных особенностях опознания зрительных образов в условиях неполной информации, и нарушения селективности информации как результате нарушений актуализации прошлого опыта [2].

Вклад Юрия Федоровича в изучение личности больных шизофренией отмечает В.В. Николаева и М.М. Коченов в своей работе «Мотивация при шизофрении» (1978) в контексте исследования феномена реакции личности на болезнь и «возникновении так называемых

неспецифических симптомов, являющихся продуктом действия «защитных сил» личности» [4]. Авторы также обращают внимание на изучение нарушения операционального компонента познавательной деятельности больных шизофренией, проводимых Ю.Ф. Поляковым [4].

Е.Т. Соколова в монографии «Мотивация и восприятие в норме и патологии» (1976) приводит описание гипотезы Юрия Федоровича и его коллег, согласно которой в основе типичных для шизофрении нарушений мышления и восприятия лежит механизм нарушения актуализации связей прошлого опыта [7]. Оценка же теоретико-методологического вклада Ю.Ф. Полякова в патопсихологию в целом приводится в изданной спустя почти 15 лет после его смерти работе «Клиническая психология утраты Я» (2015), в которой автор выражает благодарность Юрию Фёдоровичу, «значительно расширившему границы предмета патопсихологии» [6].

Согласно ведущим отечественным патопсихологам, научная деятельность которых хотя бы частично пришлась на вторую половину XX века (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, В.М. Блейхер, В.В. Николаева, М.М. Коченов, Е.Т. Соколова), вклад Ю.Ф. Полякова в патопсихологию можно оценить следующим образом:

1. Теоретическая составляющая – экспликация механизмов нарушения познавательной деятельности при различных психических расстройствах, в первую очередь при шизофрении (с акцентом на операциональном компоненте); отстаивание позиции, согласно которой неправомерным является отождествление проявления нарушений психики и самих нарушений; расширение предмета патопсихологии.

2. Методологическая составляющая – демаркация патопсихологии и психопатологии, советской патопсихологии и зарубежной клинической психологии по линии изучения проявлений или имплицитных механизмов психических нарушений.

3. Методическая составляющая – разработка методик экспериментально-психологического исследования лиц, страдающих психическими расстройствами.

Таким образом, можно констатировать, что вклад Юрия Федоровича Полякова был признан и положительно оценен его «коллегами по цеху» еще при жизни, что говорит и о значимости проведенным им работы, и о ее своевременности. Вне всяких сомнений он может быть причислен к создателям отечественной патопсихологии, чей вклад в развитие этой дисциплины сложно переоценить.

Литература

1. Блейхер В.М. Экспериментально-психологическое исследование психически больных. – Ташкент: Медицина, 1971. – 174 с.
2. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2002. – 512 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Издательство Московского университета, 1986. – 287 с.

4. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. – М.: Издательство Московского университета, 1978. – 88 с.
5. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.
6. Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. – М.: Смысл, 2015. – 895 с.
7. Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. – М.: Издательство Московского университета, 1976. – 128 с.

ПОКАЗАТЕЛИ ОЛЬФАКТОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Дмитриева Н.Г., Бичевина Д.С., Ениколопов С.Н.

ФГБНУ НЦПЗ Россия, г. Москва

alennoss@gmail.com

daria.bichevina@gmail.com

enikolopov@mail.ru

Ключевые слова: обоняние, шизофрения, негативная симптоматика, депрессия, биомаркеры

OLFACTOMETRY PARAMETERS IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS OF THE SCHIZOPHRENIA SPECTRUM.

Dmitrieva N.G., Bichevina D.S., Enikolopov S.N.

FSBSI MHRC, Russia, Moscow

alennoss@gmail.com

daria.bichevina@gmail.com

enikolopov@mail.ru

Keywords: olfaction, schizophrenia, negative symptoms, depression, biomarkers

Актуальность. Исследование функции обоняния на данный момент активно применяется в психиатрической практике [1,2]. Имеются подтвержденные данные о том, что количественные и качественные нарушения обонятельного анализатора взаимосвязаны с ранними симптомами деменции и расстройств аффективного спектра [1]. Также показатели обонятельной чувствительной могут быть информативны в изучении заболеваний шизофренического спектра. Последние исследования указывают на взаимосвязь нарушений обоняния со степенью выраженности негативной симптоматики у пациентов с шизофренией [5,7]. Возможно, показатели базовой сенсорной обработки (слуховой, обонятельной и зрительной) могут служить дополнительным критерием в исследовании биомаркеров развивающегося

психического заболевания [3]. Имеющиеся наблюдения и исследования могут быть востребованы в создании дополнительного диагностического метода в изучении психических расстройств.

Целью данного исследования является изучить функцию обоняния через показатели уровня распознавания запахов у пациентов шизофренического спектра в сравнении с пациентами с депрессивными расстройствами и группой здоровых лиц испытуемых. Также изучить взаимосвязь уровня распознавания запахов с показателями негативной симптоматики у пациентов с шизофренией.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты, проходящие стационарное лечение в Научном центре психического здоровья. Пациенты (N=79) с расстройствами шизофренического спектра (F20, F21, F23, F25), пациенты с депрессивными расстройствами (F32, F33), (N=39). В качестве группы сравнения были включены люди, не страдающие психическими расстройствами (N=78). Все группы статистически не отличались по половому признаку и возрасту (18–45 лет). Также были учтены респонденты, переболевшие COVID-19 (N=42).

Для определения нарушений обонятельной функций использовался профессиональный «Набор пахучих веществ ольфактометрический» компании «РАМОРА». Для определения степени выраженности негативной симптоматики использовалась Шкала оценки негативной симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms). Для определения гедонистической оценки и интенсивности одорантов применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Для статистического анализа использовался программный пакет STATISTICA v. 10.

Результаты и их обсуждение. По однофакторному дисперсионному анализу выявляются статистически значимые различия среди трех групп испытуемых (p -value<0,05). Наблюдается снижение общего уровня способности к распознаванию запахов у пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра (9[8;10]) в сравнении с контрольной группой респондентов (11 [10;12]), ($U=879$ $p<0,001$). Выявлено значимое снижение уровня распознавания запахов у пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра в сравнении с пациентами с депрессивными расстройствами (11[9;11]), ($U=567,6$ $p=0,001$). Способность к распознаванию запахов между пациентами с депрессией и контрольной группой значимо не различается ($p=0,09$).

При исследовании взаимосвязи показателей уровня распознавания запахов с показателями степени выраженности негативной симптоматики в группе пациентов с заболеваниями шизофренического спектра были выявлено, что чем выше уровень негативной симптоматики, тем ниже уровень распознавания запахов ($r=-0,27$, $p=0,03$). Преимущественно

отмечаются значимые связи по шкалам «уплощение аффекта» ($r=-0,48$, $p=0,001$); «нарушения речи» ($r=-0,26$, $p=0,04$); «ангедония-асоциальность» ($r=-0,32$, $p=0,013$); «внимание» ($r=-0,5$, $p=0,001$). Полученные результаты подтверждают данные предыдущих исследований [3], где отмечалась взаимосвязь нарушений обоняния с наличием дефицитной симптоматики у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра.

При исследовании субъективной оценки интенсивности запахов, были выявленные значимые различия в трех испытуемых группах. Отмечается, что общий уровень субъективной оценки интенсивности в группе пациентов с шизофренией значительно ниже по сравнению с контрольной группой и группой пациентов с депрессивными расстройствами ($p\text{-value}<0,05$). Также отмечается, что общий уровень субъективной оценки интенсивности взаимосвязан со степенью выраженности негативной симптоматики у пациентов. Чем выше уровень оценки интенсивности, тем ниже общий уровень проявления негативных симптомов ($r=-0,23$, $p=0,011$). Значимых различий в трех группах испытуемых по субъективной гедонистической оценке запахов выявлено не было. Полученные результаты в дальнейшем нуждаются в подробном изучении.

Заключение. Выявляется общее снижение способности к идентификации запахов у пациентов с заболеванием шизофренического спектра по сравнению с людьми, не страдающими психическими расстройствами и пациентами с депрессивными расстройствами. Важно отметить, что у пациентов с депрессивными расстройствами уровень идентификации запахов соответствует уровню контрольной группы людей и приближен к нормированным показателям. Полученные результаты подтверждают ранние исследования, где у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра отмечаются нарушения обоняния в виде трудности идентификации запахов [3,5], также подтверждаются специфические различия в нарушениях обоняния у пациентов с шизофренией с пациентами с депрессивными расстройствами [4,6]. Отмечается взаимосвязь уровня идентификации запахов у пациентов с шизофренией с нарастанием дефицитной симптоматики. Полученные результаты подтверждают ряд предыдущих исследований и могут свидетельствовать о том, что показатели ольфакторной функции являются биомаркерами ранней диагностики психических заболеваний [7].

Выявляются значимые результаты по субъективной оценке интенсивности одорантов у пациентов с шизофренией по сравнению с контрольной группой респондентов и пациентами с депрессивными расстройствами. Также наблюдается взаимосвязь субъективной оценки интенсивности со степенью негативной симптоматики у пациентов с шизофренией. Полученные наблюдения могут быть востребованы в исследовании пороговых показателей обонятельного восприятия и также способствовать изучению предикторов нарастания дефицитарной симптоматики у пациентов с заболеванием шизофренического спектра.

Литература

1. Дмитриева Н.Г., Ениколопов С. Н. Нарушения обоняния при психических расстройствах // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. №4
2. Морозова С.В., Савватеева Д.М. «Обонятельные расстройства у пациентов с нейродегенеративными и психическими заболеваниями» //«РМЖ» 2014 №9. С.673
3. Kamath V, Lasutschinkow P, Ishizuka K, Sawa A., Olfactory Functioning in First-Episode Psychosis//Schizophr Bull. 2018 Apr 6;44(3):672-680
4. Atanasova, B.; Graux, J.; El Hage, W.; Hommet, C.; Camus, V.; Belzung, C. Olfaction: A potential cognitive marker of psychiatric disorders. Neurosci. Biobehav. Rev. 2008, 32, 1315–1325.
5. Turetsky BI, Kohler CG, Gur RE, Moberg PJ., Olfactory physiological impairment in first-degree relatives of schizophrenia patients.//Schizophr Res. 2008 Jul;102(1-3):220-9
6. Taalman H, Wallace C, Milev R. Olfactory Functioning and Depression: A Systematic Review. Front Psychiatry. 2017 Sep 28;8:190. doi: 10.3389/fpsy.2017.00190. PMID: 29033860; PMCID: PMC5627007.
7. Malaspina D, Goetz R, Keller A, Messinger JW, Bruder G, Goetz D, Opler M, Harlap S, Harkavy-Friedman J, Antonius D. Olfactory processing, sex effects and heterogeneity in schizophrenia. Schizophr Res. 2012 Mar;135(1-3):144-51. doi: 10.1016/j.schres.2011.11.025.

**К ВОПРОСУ О ДИНАМИКЕ КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ
ИЗМЕНЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ
ЛИЧНОСТИ В КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ**

Клак Д.С.¹, Зверева М.В.².

¹ НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия

dariaklak@gmail.com

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

maremerald@gmail.com

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, когнитивные и эмоциональные нарушения, подростки, культурно-исторические изменения.

**TO THE PROBLEM OF THE DYNAMICS OF COGNITIVE AND EMOTIONAL
CHANGES IN ADOLESCENTS WITH SCHIZOTYPIC PERSONALITY DISORDER IN
THE CULTURAL AND HISTORICAL ASPECT**

Klak D¹., Zvereva M.²

¹ NEPI HE MIP, Moscow, Russia

dariaklak@gmail.com

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

maremerald@gmail.com

Keywords: schizotypal disorder, cognitive and emotional disorders, adolescents, cultural and historical changes.

Введение. Проблема этиологии и патогенеза шизотипического расстройства (ШТР)

является предметом изучения многих специалистов психологического и психиатрического профиля. Наличие текущего заболевания у детей подросткового возраста нарушает нормативное развитие всех сфер психики (когнитивной, эмоционально-личностной и др.), способствуя проявлению у подростка вариантов психического дизонтогенеза [2, 3, 5]. Своеобразие мыслительной деятельности при шизофрении у подростков и лиц молодого возраста показано в работах Ю.Ф. Полякова. [5] Когнитивные расстройства в целом (когнитивные дефициты) рассматриваются как важный показатель в проявлениях расстройств круга шизофрении [2, 5]. Известно, что психическое развитие человека во многом определяется культурно-историческим контекстом и социальной ситуацией развития. На протяжении последних 30 лет в России произошли достаточно серьезные изменения в культурно-историческом плане, что не может не влиять на формирование личности у современного подростка, как в норме развития, так и при патологии, в том числе ШТР [7]. Интерес представляет изучение вариативности проявления ведущих когнитивных нарушений, характерных для ШТР, и особенностей эмоциональной сферы в сравнительном аспекте у подростков 1990-х, 2000-х, 2010-х годов, что позволит проследить особенности этих изменений и будет полезно при поиске пути психокоррекции подростков с ШТР.

Цель исследования: пилотная оценка особенностей когнитивной и эмоциональной сферы у подростков с ШТР в культурно-историческом аспекте.

Методики: 10 слов, Конструирование объекта, Малая предметная классификация, [1], Распознавание эмоционально выразительных жестов, движений и поз. [3].

Материал исследования. Анализировались протокольные записи материалов исследований 1990-х, 2000-х и 2010-х гг. отдела медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ, все испытуемые обследовались на базе отделения детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ в соответствующие годы. Все испытуемые проживали в Москве и Московской области. Всего обработаны материалы исследования 39 человек от 12 до 18 лет с установленным диагнозом ШТР (F21):

- ШТР1 – 10 мальчиков с диагнозом F21 в 1990-х годах;
- ШТР2 – 11 мальчиков и 6 девочек с диагнозом F21 в 2000-х годах;
- ШТР3 – 5 мальчиков и 7 девочек с диагнозом F21 в 2010-х годах.

Контрольную группу сравнения составили 5 мальчиков и 5 девочек 12-17 лет, не состоящих на учете в психоневрологических диспансерах (выборка набиралась в 2020). Обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Office 365 Excel версии 2017 года и IBM SPSS Statistic 26, применялись непараметрические критерии (Н-критерий Краскелла-Уоллиса и U-критерий Манна-Уитни), показатели среднего значения и процента для группы.

Предположение о том, что комплексная психологическая оценка проведенного по единой схеме обследования позволит увидеть динамику когнитивных и эмоциональных параметров подростков с ШТР в разные десятилетия 20-21 века легло в основу данной работы.

Результаты. Сопоставим данные произвольной слухоречевой памяти (объем непосредственного запоминания - НП и отсроченное воспроизведение - ОП). Оказалось, что в группе ШТР1 показатели НП были достоверно выше, чем в группах ШТР2 и ШТР3, при этом показатели ОП не различались между ШТР1 и ШТР2, но достоверно отличались между ШТР1 и ШТР3. Показатели памяти в контрольной группе и группе ШТР1 не имеют значимых различий в отличие от групп ШТР2 ($U=0,035$) и ШТР3 ($U=0,393$). Отметим, что в группе ШТР1 высокий уровень НП (ШТР1=8,5, КГ=7) и сниженный уровень ОП (ШТР1=4,5, КГ=8,5), в группе ШТР2 – снижены значения по всем показателям (НП=5,0, ОП=6), в группе ШТР3 – общие показатели памяти приближены к условной норме, отличаются низким показателем непосредственного запоминания (НП=6) и высоким показателем отсроченного воспроизведения (ОП=8). Полученные различия и соответствия показателей произвольной слухоречевой памяти, по-видимому, в значительной степени обусловлены клиническими факторами и в меньшей – временем обследования.

Качественный анализ мышления по методике «Малая предметная классификация» указывает на первом этапе исследования на преобладание в группах ШТР1 и ШТР2 классификации объектов по конкретному признаку. В группе ШТР3 и контрольной группе классификация больше опиралась на наличие латентных и случайных признаков. На втором этапе выполнения методики выявлено, что у контрольной группы есть опора на латентные и случайные признаки, тогда как клиническая выборка показывает результаты опоры как на конкретные признаки, так и иные признаки при осуществлении классификации. В работе Кобзовой М.П. показаны изменения в оценке мыслительной деятельности здоровых испытуемых в 21 веке по сравнению с материалами диагностики нормативных групп в конце 20 в.[4]. Отметим, что получены различия в выполнении методик, направленных на операционный и предметно-содержательный аспекты мышления. В случае применения методики «Конструирование объекта» по параметру стандартности (КС) выраженных различий между группами больных получено не было (КС: ШТР1 – 54%, ШТР 2 -66%, ШТР 3–56%.) При сравнении показателей комбинаторности (КК) по критерию Крускала — Уоллиса выявлены достоверные различия между группами больных ШТР1 и ШТР3, $H=10,4$ ($p<0,033$), и между группами больных ШТР2 и ШТР 3 $H=11,9$ ($p<0,007$). Между ШТР1 и ШТР2 существенных различий по КК не обнаружено. Полученные результаты свидетельствуют об определенной стабильности параметров мышления подростков с шизотипическим расстройством и указывают на необходимость расширения вариантов способов оценки. По-

видимому, это отражает в значительной мере специфику заболевания вкупе с особенностями пубертатного кризиса.

Качественная оценка показателей распознавания выразительных движений (поз и жестов) показала, что в клинической группе стимулы реже интерпретируются в эмоциональном ключе. В ответах клинической группы присутствует много ответов, поясняющих движения, либо действия, а не эмоции (адекватная оценка у пациентов ШТР1=30,8, ШТР2=53,7, ШТР3=46,6, КГ=30,4; эмоциональная реакция: ШТР1=52,8, ШТР2=39,5, ШТР3=43,3, КГ=68,3). Область распознавания эмоциональных стимулов у пациентов с ШТР смещается от распознавания экспрессивных жестов в сторону более успешного распознавания символических поз и жестов. Наблюдается флуктуация успешности выполнения методики в сопоставляемые временные периоды. Видимо, играют роль и клинические, и культурно-исторические факторы.

Резюме. Выбранный алгоритм оценки изменений когнитивных и эмоциональных характеристик подростков показывает правомерность такого подхода. Выявлены определенные проявления динамики в этих сферах, отражающие как болезнь, так и отчасти культурно-историческую ситуацию. Значение имеет сопоставление с нормативной выборкой, которая также имеет свою динамику. Требуется продолжение исследования, чтобы сделать выводы более обоснованными и дифференцированными.

Литература

1. Зверева Н.В. Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление) / Москва : ООО "Издательство МБА", 2014. – 40 с.
2. Зверева, Н. В., Горюнов А. В., Зверева М. В. Клинико-психологическая оценка вариативности шизотипического расстройства у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – Т. 122, № 7. – С. 88-93.
3. Зверева Н.В., Назаренко А.Е. Особенности когнитивного и проективного аспектов эмоциональной сферы у младших подростков в норме и при шизофрении НЦПЗ РАМН, МГППУ (Москва) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2008. – Т. 8, № 1. – С. 41-48.
4. Кобзова М. П. Динамика когнитивных функций и социальная адаптация у пациентов с шизотипическим расстройством (ШТР) // Медицинская психология в России. – 2015. – №. 1 (30). – С. 9.
5. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Особенности нарушения познавательной деятельности у больных шизофренией. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991, 254 с.
6. Тиганов А. С. Психопатология и клиника шизофрении: итоги и перспективы // Психиатрия, 2018, №2, с. 8-15.
7. Тхостов А. Ш. Культурно-историческая патопсихология // М.: Канон-плюс. – 2020. – Т. 320.

**АСПЕКТЫ СПЕЦИФИКИ КОГНИТИВНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ
С ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ И ШИЗОФРЕНИЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Блинова Т.Е.,
Шалина Н.С.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

koval-zaytsev@yandex.ru

nikitina.svt@mail.ru

balakirevalena@yandex.ru

tstakul@mail.ru

blinova.tania2015@yandex.ru

shalinans@yandex.ru

Ключевые слова: шизофрения, детский аутизм, виды когнитивного дизонтогенеза, патопсихологические профили.

**SPECIFIC OF COGNITIVE DYSONTOGENEZIS AMONG PATIENTS WITH
AUTISM AND CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA**

Koval-Zaytsev A.A., Nikitina S.G., Balakireva E.E., Kulikov A.V., Blinova T.E., Shalina N.S.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

koval-zaytsev@yandex.ru

nikitina.svt@mail.ru

balakirevalena@yandex.ru

tstakul@mail.ru

blinova.tania2015@yandex.ru

shalinans@yandex.ru

Keywords: schizophrenia, childhood autism, autism spectrum disorders, types of cognitive dysontogenezis, pathopsychological profiles.

Введение. Изучение детского аутизма и шизофрении в детско-подростковом возрасте по сей день остается актуальным для специалистов, работающих с детьми и подростками с эндогенной психической патологией. Актуальность и значимость мультидисциплинарной диагностики, сопровождения, реабилитации, профилактики, социализации пациентов с детским аутизмом и шизофренией в детско-подростковом возрасте не вызывает сомнений, т.к. существует множество факторов, которые необходимо учитывать специалистам при оказании

помощи пациентам – это нюансы протекания дизонтогенеза, возраст начала и длительность заболевания, прогрессивность процесса, коморбидность симптомов, конгруэнтность ряда симптомов и т.п. [3, 8] Наряду с этим своевременно проведенная комплексная клинико-психологическая диагностика позволяет достаточно эффективно выстраивать и реализовывать лечебно-реабилитационный маршрут, осуществлять дальнейшую помощь детям и подросткам, страдающим эндогенной психической патологией. Напротив, отсутствие своевременной диагностики, либо поверхностно проведенное, неполноценное обследование из-за малого количества отведенного времени, с узким, «однобоким» подходом, без включения клинического мышления и качественного анализа, в итоге может приводить к нарастанию продуктивной и негативной симптоматики, быстрому формированию когнитивного дефицита и даже дефекта. Понимание этого специалистами способствует проведению своевременной полноценной психолого-психиатрической помощи детям и подросткам с детским аутизмом и шизофренией, и решает дифференциально-диагностическую задачу в нозологическом подходе с выбором вектора дальнейшего оказания помощи пациентам [2, 7, 8].

Материал. Исследование выполнено в ФГБНУ НЦПЗ (директор д.м.н. проф. Т.П. Ключник). На базе отдела детской психиатрии (и.о. зав. отделом в.н.с. к.м.н. Балакирева Е.Е.) было обследовано 134 пациента детской клиники ФГБНУ НЦПЗ (возраст от 4 до 15 лет, средний возраст 6,7 лет), имеющих диагнозы «Детский аутизм F84.02», «Шизофрения, детский тип F20.8xx3» [6].

Методы. Клинико-психопатологический, экспериментально-патопсихологический, клинико-динамический. Исходя из цели исследования был сформирован экспериментально-диагностический комплекс методик, которые применялись для обследования всех групп больных. Перед началом патопсихологической диагностики учитывались возрастные и иные возможные особенности испытуемых - степень прогрессивности процесса, наличие задержек психологического развития, психическое состояние испытуемых. Патопсихологическое обследование проводилось вне остроты состояния. Используемые методики: шкала РЕР (Психологообразовательный тест) [9], позволяющая комплексно оценить уровень когнитивного развития детей с нарушениями психологического развития, начиная с раннего возраста; батарея специально подобранных патопсихологических методик, предназначенных для оценки мышления, восприятия, социальной перцепции и мелкой моторики [1]. Предметно-содержательный и операционный компоненты зрительного восприятия оценивались посредством методик «Фигуры Липера» и «идентификация формы». Для оценки основных мыслительных операций (анализ, синтез, сравнение, абстрагирование, обобщение, классификация, систематизация и т.п.) и предметно-содержательного аспекта мышления

использовались методики «пересечение классов», «сравнение понятий». «конструирование объекта», «малая предметная классификация». Методика «Рисунок себя» позволила оценить особенности мелкой моторики пациентов. Для оценки социальной перцепции применялись методики «распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов)», «смайлы», «международная система аффективных картин» (IAPS), «распознавание ложных убеждений» («Салли и Энн») [4].

Результаты и их обсуждение. Для корректного выделения патопсихологического профиля использовалась пропорциональная комплексная балльная оценка результатов, полученных в ходе выполнения пациентами шкалы РЕР и патопсихологических методик. Необходимо отметить, что Психологообразовательный тест позволяет трактовать полученные результаты как положительные в случае успешного выполнения задания, отрицательные в случае полного отказа и невыполнения задания, а также - удовлетворительные, которые предполагают наличие зоны ближайшего развития ребенка. В комплексную оценку и профиль входили положительные и удовлетворительные результаты. Несомненным достоинством подобного подхода также является возможность понимания и выявления когнитивных дефицитов при их наличии. Сопоставление результатов, полученных по шкале РЕР с результатами выполнения патопсихологических методик, позволило выявить не только наличие диссоциированной ретардации психического развития и наличие когнитивных дефицитов, но также и более сложные варианты асинхронии развития, сочетающие в себе как отставание по ряду исследуемых сфер, так и опережение по другим сферам [5]. Таким образом, были выделены четыре подгруппы с различным уровнем когнитивного развития, которые включали в себя асинхронное сочетание нормативного и опережающего развития с элементами отставания (первая подгруппа); асинхронное отставание от нормативного развития по некоторым сферам (вторая подгруппа); грубое отставание от нормативного развития по всем сферам (третья подгруппа); асинхронное развитие в ремиссии и прогрессивность дефекта по ряду сфер на протяжении приступа (четвертая подгруппа). Сопоставление и анализ полученных результатов далее позволил в рамках выделения патопсихологических профилей отнести их к различным видам когнитивного дизонтогенеза: искаженному, дефицитарному, дефицитарно-прогрессивному с постепенным нарастанием дефекта, регрессивно-дефектирующему. Оказалось, что каждый из выделенных видов когнитивного дизонтогенеза был характерен для той или иной нозологии, что позволило описать «модель» комплексного нозологического профиля с учетом как клинической характеристики, так и патопсихологического профиля.

Резюме. В результате проведенного исследования с применением комплексной клинико-психологической диагностики у детей и подростков с детским аутизмом и шизофренией были

выявлены клинические особенности данных нозологий, выделены виды нарушений когнитивного развития, показано их своеобразие и коморбидность с основным заболеванием. Примененный подход позволяет проводить своевременную мультидисциплинарную диагностику, которая способствует созданию наиболее эффективного персонализированного маршрута (ре)абилитации пациентов с детским аутизмом и шизофренией в детстве. Проведенная работа позволяет сформировать Модель комплексного нозологического профиля с выделением векторов будущих биологических исследований.

Литература

1. Н. В. Зверева, А. А. Коваль-Зайцев, А. И. Хромов. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление) / Н. В. Зверева, А. А. Коваль-Зайцев, А. И. Хромов. – Москва : ООО "Издательство МБА", 2014. – 40 с.
2. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / Н. В. Симашкова, Т. П. Клюшник, Л. П. Якупова [и др.]. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016. – 288 с.
3. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
4. Коваль-Зайцев А.А. Социальная перцепция в контексте видов когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра. Дети. Общество. Будущее: сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века»: сборник статей. Т. 1. Москва: КНОРУС, 2020:297-301.
5. Лебединский, В.В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза / В.В. Лебединский // Вестник московского университета, научный журнал серия 14 психология. №2 1996 апрель-июнь, с.3-37.
6. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. / Под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина - СПб.: Оверлайд. - 1994. - 303с
7. Симашкова Н.В., Клюшник Т.П., Коваль-Зайцев А.А., Якупова Л. П. Клинико-биологические подходы к диагностике детского аутизма и детской шизофрении // Аутизм и нарушения развития. – 2016. – Т. 14. – № 4(53). – С. 51-67.
8. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Никитина С.Г. Диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра. *Психиатрия*. 2021;19(1):45-53.
9. Schopler E. Psychoeducational profile: Third edition (PEP-3) / E. Schopler, M. Lansing, R. Reichler, L. Marcus–Austin, TX: Pro-Ed, 2005.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТАКОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ И РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Миняйчева М.В., Пуговкина О.Д.

ФГБУ НМИЦПН им. в. П. Сербского, Москва, Россия

minyaycheva@gmail.com

Ключевые слова: депрессия, метакогниции, руминации, дисфункциональные убеждения.

COMPARATIVE ANALYSIS OF METACOGNITIVE FUNCTIONING IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE EPISODE AND RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

Minyaycheva M.V., Pugovkina O.D.

FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

minyaycheva@gmail.com

Keywords: depression, metacognition, rumination, dysfunctional beliefs.

Введение. Принимая во внимание распространенность аффективных расстройств, изучение психологических факторов и мишеней терапии депрессивных состояний имеет важное практическое значение для клинической и консультативной психологии. Актуальными остаются проблемы коморбидности депрессии и факторы ее хронификации.

Когнитивно-поведенческий подход в психотерапии зарекомендовал себя как эффективный метод помощи больным с депрессией. Один из современных видов КБТ – метакогнитивный подход [5]. В отличие от традиционной КБТ, метакогнитивная терапия не фокусируется на оспаривании содержания депрессивных мыслей или на повышении мастерства и удовольствия при проявлениях апатии. Вместо этого он фокусируется на сокращении бесполезных когнитивных процессов и облегчает метакогнитивные способы обработки [2].

Согласно метакогнитивной теории, депрессивные расстройства связаны с активацией когнитивного синдрома внимания (Cognitive Attentional Syndrome (CAS)), который включает дисфункциональные паттерны мышления, ригидную самофокусировку внимания, проявления руминаций и постоянный поиск угроз [4]. Таким образом, под **метакогнитивным функционированием** понимается комплекс проявлений, включающий в себя дисфункциональные убеждения, руминации, дисфункциональные копинг-стратегии, мониторинг опасностей и угроз, что может сопровождаться метакогнитивными убеждениями о полезности или вреде данных переживаний [3].

Целью настоящего исследования было сопоставление метакогнитивного функционирования у больных двух диагностических категорий: депрессивного эпизода (ДЭ) и рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) с учетом тяжести симптомов депрессии.

Материал и методы. В исследование было включено 65 пациентов (средний балл по самоотчетной шкале депрессии Бека составил 30, что соответствует выраженной депрессивной симптоматике). 40 пациентов имели диагноз рекуррентное депрессивное расстройство (F33) и 25 – депрессивный эпизод (F32). Для оценки выраженности симптомов депрессии использовалась Шкала депрессии А. Бека (Beck A.T., 1961; Тарабрина Н.В., 2001).

Для оценки различных аспектов метакогнитивного функционирования использовался следующий методический комплекс: Опросник способов совладания (WCQ в версии НИИ им. В.М.Бехтерева) (Крюкова Т.Л., и соавт. 2007); Шкала RRS (Ruminative Response Scale, Treynor, Gonzalez, Nolen-Hoeksema, 2003; Пуговкина О.Д. с соавт., 2021); Шкала дисфункциональных отношений (Beck A.T., с соавт., 1978; Захарова М.Л., 2013); Опросник метакогнитивных убеждений (Wells A. с соавт., 1997; Сирота Н.А. с соавт., 2018); Шкала оценки осознанности (MAAS; адаптация Голубева, 2012); Опросник перфекционизма (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.); Шкала самооффективности (Дж. Маддукс, М. Шеер, модификация Л. Бояринцевой). Исследование проводилось на базе Московского НИИ психиатрии. Всеми участниками исследования было подписано информированное согласие. Пациенты принимали стандартную медикаментозную терапию.

Результаты и их обсуждение. Для оценки особенностей метакогнитивного функционирования у пациентов с депрессией участники были разделены на подгруппы: 1) по принадлежности к диагностическим группам, 2) по выраженности депрессивной симптоматики в рамках диагностических групп и 3) по выраженности депрессивной симптоматики вне диагностических групп.

При сравнении копинг-стратегий по опроснику способов совладания у пациентов с ДЭ и РДР зафиксировано значимое различие по копингу “Дистанцирование”: данный вид копинга больше выражен у пациентов с ДЭ ($p=0,041$, $p<0,05$, критерий Манна-Уитни). Однако, надо отметить, что результаты обеих групп относятся к умеренной частоте использования данной стратегии совладания.

На втором этапе в группах ДЭ и РДР были выделены подгруппы с разной степенью выраженности симптомов депрессии по самоотчетной шкале А.Бека: умеренная депрессия, выраженная депрессия (средняя тяжесть симптомов) и тяжелая депрессия. При умеренной выраженности симптомов у пациентов с ДЭ значимо выше “Позитивные убеждения о беспокойстве” ($p=0,042$), при выраженной депрессии у них выше проявления руминативных переживаний по типу “Поиск глобальных убеждений” ($p=0,018$) и метакогнитивные убеждения о “Потребности в контроле” ($p=0,025$), при тяжелой депрессии – выше копинг “Дистанцирование” ($p=0,015$).

У пациентов с РДР значимо выше общий уровень перфекционизма при выраженной депрессии ($p=0,043$) и социально предписываемый перфекционизм (озабоченность оценками со стороны других людей) ($p=0,03$).

Таким образом, можно говорить о том, что отдельные дисфункциональные метакогнитивные убеждения и копинги выше у пациентов с депрессивным эпизодом, в то время как высокий уровень перфекционизма связан с тенденцией к хронификации депрессии.

При сопоставлении выраженности метакогнитивных нарушений с тяжестью симптомов депрессии в общей группе обследованных пациентов (n=65) были получены следующие результаты. У пациентов с выраженной степенью симптомов депрессии (по сравнению с умеренной, BDI) значимо выше выраженность мрачно-задумчивых размышлений (p=0,011), руминаций рефлексивного подтипа (p=0,04), поиска глобальных объяснений (p=0,016), переживаний одиночества (p=0,011), негативных убеждений о неконтролируемости и опасности беспокойства (p=0,044) и необходимости контроля над мыслями (p=0,043). У пациентов с тяжелой степенью (по сравнению с выраженной) значимо выше выраженность мрачно-задумчивых размышлений (p=0,028), навязчивых депрессивных переживаний (p=0,003), руминаций по типу “Анергия” (p=0,005), поиска глобальных объяснений (p=0,03), общая выраженность руминаций (p=0,045), дисфункциональных когнитивных убеждений (p=0,012), и самооффективности в сфере межличностного общения (p=0,042).

Эти результаты можно рассматривать как определенную траекторию нарастания нарушений метакогнитивных компонентов, т.е. “ухудшение” функционирования происходит неравномерно, активация данных проявлений происходит на разных уровнях депрессивного состояния.

Выводы. Выявленные различия метакогнитивного функционирования между больными с ДЭ и РДР, а также связи метакогнитивных нарушений с тяжестью симптомов депрессии позволяют дифференцировать мишени психотерапии в рамках метакогнитивного подхода. Представляется важным то, что несмотря на более высокую выраженность ряда метакогнитивных нарушений у больных ДЭ, уровень перфекционизма выше именно у пациентов с РДР и, вероятно, именно он выступает фактором риска хронифицированного течения депрессивного расстройства.

Литература

1. Уэллс А. Метакогнитивная терапия тревоги и депрессии. : Пер. с англ. –СПб. ООО “Диалектика”, 2021. – 432с.
2. Normann N, Morina N. The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2018.
3. Papageorgiou C., Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression // *Cognitive and Behavioral Practice.* – 2001. – Т. 8. – №. 2. – С. 160-164.
4. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. – John Wiley & Sons, 2002.
5. Wells A. et al. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment // *Cognitive therapy and research.* – 2009. – Т. 33. – №. 3. – С. 291-300.

ОТНОШЕНИЕ К ТАКТИЛЬНОМУ КОНТАКТУ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОПЫТОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

Печникова Л.С.¹, Рыжов А.Л.¹, Жуйкова Е.Б.², Борисова А.Ю.³, Варламов А.А.⁴

¹ ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия

pech56@mail.ru

² ФГБНУ «ПИ РАО», Москва, Россия

³ ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия

⁴ АНО «Наш солнечный мир», Москва, Россия

Ключевые слова: эмоциональная депривация, тактильный контакт, образ тела.

ATTITUDES TO TOUCH IN YOUNG PEOPLE WITH EXPERIENCE OF EMOTIONAL DEPRIVATION

Pechnikova L.S.¹, Ryzhov A.L.¹, Zhuykova E.B.², Borisova F.Y.³, Varlamov A.A.⁴

¹ FSBI HE «M.V. Lomonosov MSU», Moscow, Russia

pech56@mail.ru

² FSBI «PI RAE», Moscow, Russia

³ FSBI «Sukhareva SCMHC», Moscow, Russia

⁴ ANO «Our sunny world», Moscow, Russia

Keywords: emotional deprivation, attitudes to touch, body image.

Введение. Актуальность исследования обусловлена высокой потребностью в понимании влияния последствий эмоциональной депривации на психику молодых людей, число которых с опытом эмоциональной депривации остается стабильно высоким. Следует отметить роль институционального воспитания в ранних нарушениях развития телесности ребенка и специфику развития отношения к телу и телесным контактам в старшем возрасте, что приводит к значимым последствиям при построении отношений в парных и родительских отношениях. Изучение связи развития эмоционального опыта и развития форм тактильного контакта имеет значение для поиска путей помощи юношам и девушкам со сложным опытом привязанности, который оказывает влияние, согласно современным данным, на характер отношений с близкими (с партнерами и, в дальнейшем, с детьми).

Материал и методы. В исследовании приняло участие 102 молодых человека (18–29 лет), составившие две группы: экспериментальная группа с опытом эмоциональной депривации (47 чел) и контрольная группа (55 чел), приблизительно уравненные по

возрастному и половому составу. Отбор в экспериментальную группу осуществлялся с помощью благотворительных фондов, занимающихся развитием, социализацией, профориентацией и трудоустройством воспитанников и выпускников детских учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Были использованы следующие методики. 1. Опросник «Особенности тактильного взаимодействия» (TEAQ-37 RUS – Trotter et al, 2018) [3]. Методика направлена на исследование опыта и отношения к тактильному контакту и включает 5 шкал: Отношение к социальным тактильным контактам (ОСТ); Отношение к тактильным контактам с близкими людьми (ОТБ); Тактильные контакты в детстве (ТД); Отношение к уходу за кожей (ОТК); Частота тактильных контактов с близкими (ЧТБ). 2. «Опросник образа собственного тела» [2], который дает единый показатель, отражающий выраженность недовольства своим телом. 3. «Опросник привязанности к близким людям» [1], который направлен на оценку эмоциональной привязанности в актуальных отношениях с близкими людьми. Методика включает шкалы «беспокойства» и «избегания» и позволяет разделить респондентов на 4 типа отношения к близким: надежный, тревожно-озабоченный, избегающе-отвергающий и избегающе-опасающийся.

Результаты и их обсуждение. Особенности отношения к тактильным контактам, оцениваемые по опроснику TEAQ, показывают значимые различия между группами по всем шкалам, за исключением параметра «Отношение к уходу за кожей» (Таблица 1).

Таблица 1.

Сравнение средних значений по опроснику TEAQ-37 в экспериментальной и контрольной группах

	Mann-Whitney U	p	ср. знач	
ОСТ	702	< .001	21.4	26.0
ОТБ	820	0.001	37.1	42.9
ТД	544	< .001	16.9	25.8
ОТК	1284	0.954	23.6	23.7
ЧТБ	944	0.019	13.0	15.4

При этом только по шкале «Тактильный контакт в детстве» в группе с опытом депривации показатели оказались низкими (более одного стандартного отклонения) по сравнению с нормативными данными [3]. В целом полученные результаты подтверждают, что отношение к социальным тактильным контактам лучше у подростков без опыта

эмоциональной депривации. По показателям других методик значимые различия наблюдаются только по шкале «избегание» «Опросника привязанности к близким людям» ($U=739$, $p<0.001$, ср. значения 53,7 в группе с опытом депривации и 41,6 в контрольной группе). Анализ частоты представленности разных типов привязанности по статистике хи-квадрат не выявляет значимых различий между двумя группами в целом. Однако обращает на себя внимание большая представленность избегающе-опасающегося типа (1 случай в контрольной группе, 6 - в группе с опытом депривации). Таким образом, в исследованной группе опыт депривации неоднозначно влияет на нарушения эмоциональных привязанностей, и их связь с особенностями тактильного опыта и отношению к социальным прикосновениям требует уточнения.

Исследование связи переменных, описывающих эмоциональные привязанности, особенности отношения к тактильному контакту и собственному телу, показывает, что в двух группах они имеют как сходства, так и различия (Таблица 2), при этом связи параметров привязанности и отношения к телу и контакту в экспериментальной группе в целом более выражены.

Таблица 2.

Корреляционные связи (Rho) показателей отношения к тактильному контакту и к телу и параметров привязанности в двух группах

Группа депривацией	с	ООСТ	ОСТ	ОТБ	ТД	ОТК	ЧТБ
		ООСТ	ОСТ	ОТБ	ТД	ОТК	ЧТБ
Избегание		0.335*	-.271	-0.602***	-0.011	-0.210	-0.422**
Беспокойство		0.455**	0.2	0.365*	0.285	-0.061	-0.152
Контрольная группа		ООСТ	ОСТ	ОТБ	ТД	ОТК	ЧТБ
Избегание		0.137	-0.402**	-0.572***	-0.390**	-0.317*	-0.584***
Беспокойство		0.118	-0.06	0.087	0.119	0.147	-0.065

В группе с депривацией, в отличие от контрольной группы, отмечаются значимые связи избегания и беспокойства в эмоциональных привязанностях с недовольством собственным телом (ООСТ), а также связь беспокойства в привязанности и позитивного отношения к прикосновениям в близком контакте. Последнее может рассматриваться как регрессивная попытка компенсации тревоги, связанной со страхом потери и одиночества. Среди связей других переменных обращает на себя внимание то, что в контрольной группе негативное

отношение к телу, в отличие от группы с опытом депривации, значимо позитивно связано с тактильными контактами в детстве, но не связано с отношением к тактильному контакту со стороны близких. С одной стороны, это может интерпретироваться, как большая зависимость отношения к тактильному контакту от прошлого опыта, чем от актуальных взаимоотношений, однако, может быть артефактом, связанным с очевидными различиями между группами в представленности и качестве раннего тактильного опыта.

Заключение. Следует отметить, что, несмотря на ряд отличий, отношение к тактильному контакту, а также отношение к телу в целом в группе молодых людей с опытом депривации грубо не нарушено. С одной стороны, это показывает, что влияние депривации на развитие эмоциональной и тактильной сферы неоднозначно и может, как формировать уязвимость, так и компенсироваться. С другой стороны, дальнейшие исследования должны учитывать различия в опыте и тяжести депривации, опыте формирования близких связей после депривации, а также влияние других сопутствующих факторов, таких как травматизация. Не раз отмечалось, что юноши и девушки со сложным опытом привязанности испытывают трудности в построении семейных отношений, воспитании детей в будущем, установлении стабильной привязанности. Часть причин связана именно со специфическим развитием телесности и телесного контакта. Углубление данного исследования способствовало бы разработке программ помощи подросткам и юношам с опорой на формирование альтернативного телесного опыта и развитие социальных контактов.

Литература

1. Сабельникова Н. В., Каширский Д. В. Опросник привязанности к близким людям. // Психологический журнал. – 2015. – Том 36. – № 4. – С. 84–97.
2. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки. // Психологический журнал, 2006, №2. – С. 40-48.
3. Trotter P, Belovol E, McGlone F, Varlamov A (2018) Validation and psychometric properties of the Russian version of the Touch Experiences and Attitudes Questionnaire (TEAQ-37 Rus) // PLoS ONE ,13(12): e0206905.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАМЯТИ И МЫШЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ СО СЛУХОРЕЧЕВЫМИ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯМИ

Полякова А.С.¹, Парняков А.В.²

¹ ГБУЗ АО "АКПБ", Архангельск, Россия

² ФГБОУ ВО «СГМУ», Архангельск, Россия

Ключевые слова: шизофрения, галлюцинаторная предрасположенность, память, мышление, избирательность.

THE CORRELATION BETWEEN MEMORY AND MIND IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH AUDITORY VERBAL HALLUCINATIONS

Polyakova A.S.¹, Parnyakov A.V.²

¹ SBIH AR «ACPH», Arkhangelsk, Russia

² FSBI HE «NSMU», Arkhangelsk, Russia

Keywords: schizophrenia, hallucinatory predisposition, memory, mind, selectivity.

Введение. Слухоречевые галлюцинации определяются как восприятия при отсутствии причинных стимулов и располагаются в континууме от психотических форм к галлюцинаторной предрасположенности и нормальному восприятию [14, 18]. При вариативности клинической картины расстройств спектра шизофрении слухоречевые галлюцинации – один из наиболее дезадаптирующих симптомов [2, 3, 4]. Современные модели функционирования мозга рассматривают восприятие как комбинацию двух различных источников информации: сенсорного ввода и влияний предыдущих знаний [15, 16, 17]. Актуальным является вопрос о когнитивных механизмах галлюцинаций. Во многих исследованиях поддерживается гипотеза генеза вербальных галлюцинаций не только на основе нарушений сенсорного мониторинга, но и с учётом влияния слуховых представлений, полученных из непреднамеренной активации воспоминаний памяти, а также нерелевантных текущих ассоциаций в сочетании с дефицитом преднамеренного когнитивного торможения [12, 20, 21].

Предполагается роль ослабления избирательности процессов памяти и мышления в генезе слухоречевых галлюцинаций при шизофрении, дисфункция которых может приводить к развитию обманов восприятия в виде активации ментальных образов, которые не находятся под волевым контролем субъекта [13, 21]. Метаанализ Jardri et al. свидетельствует о том, что в опосредовании слухоречевых галлюцинаций участвуют не только лобно-височные речевые зоны, но и медиальные височные области, связанные с вербальной памятью [17]. С учётом представлений об ослаблении влияния прошлого опыта на избирательность актуализации знаний с одновременным повышением вероятности привлечения нерелевантных признаков (В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков, В.В. Плотников, Д.В. Плотников), нетрудно предположить о возможной связи снижения селективности в процессах памяти и мышления как единой когнитивной основы слухоречевых галлюцинаций [1, 6, 7, 9].

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей когнитивного функционирования (избирательность в процессах мышления и памяти) у больных шизофренией со слухоречевыми галлюцинациями. Проведен анализ описанных феноменов у

лиц с клиническими галлюцинациями и у здоровых с различной склонностью к галлюцинациям.

Было выдвинуто предположение о том, что в структуре нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией со слухоречевыми галлюцинациями имеет место параллельное снижение избирательности в функционировании процессов памяти и мышления.

Материалы и методы. Исследование проводилось в течение 2021-2022 гг. на базе стационарного звена Архангельской клинической психиатрической больницы, а также Северного Государственного Медицинского Университета в форме индивидуального тестирования с использованием функционально-инструментальных проб и бланковых вариантов теста. В нём приняли участие 100 человек, из них 70 – здоровые лица (студенты старших курсов, сотрудники клиник) и 30 больных параноидной формой шизофрении. Выборка состояла из 42 мужчин (32,5%) и 58 женщин (67,5%). Средний возраст участников составил $32,5 \pm 9,8$, в диапазоне от 18 до 55 лет. Респонденты были проинформированы о конфиденциальности ответов, добровольном характере их участия в исследовании.

Критериями включения в группу больных послужили следующие характеристики: верифицированный диагноз из рубрики F20.0 МКБ-10 с явлениями галлюцинаторного синдрома; уровень образования не ниже 9 классов СОШ, этап относительной стабилизации состояния. Критерии исключения: наличие продуктивной симптоматики, эмоционально-волевого дефекта, инфериорность интеллекта, сопутствующие неврологические/наркологические заболевания.

В качестве психодиагностических методик сбора данных использовалась шкала склонности к галлюцинациям Лунэя-Слейда (LSHS-R) в адаптации Парнякова А.В. и соавторов [5, 15]. Инструментальные методы включали пробы для изучения памяти (заучивание бессмысленных слогов и 10 слов А.Р. Лурии) с подсчётом в ретенции лишних единиц, и пробы для изучения мышления («исключение предметов» Н.Л. Белопольской, «сравнение понятий», МДСП в модификации В.В. Плотникова и соавторов), в которых посредством качественной интерпретации подсчитывались латентные, малорелевантные свойства, ответы по III и IV ключам [8, 10].

В качестве характеристики положения и рассеяния данных использовались среднее и стандартное отклонение ($M \pm SD$). Нормальность распределения определялась критерием Шапиро-Уилка. Статистическая гипотеза проверялась с помощью коэффициентов ранговой корреляции Спирмена. Значимыми считались статистические различия при $p \leq 0,05$. Все статистические процедуры реализованы в программе JASP Team, Version 0.16 [19].

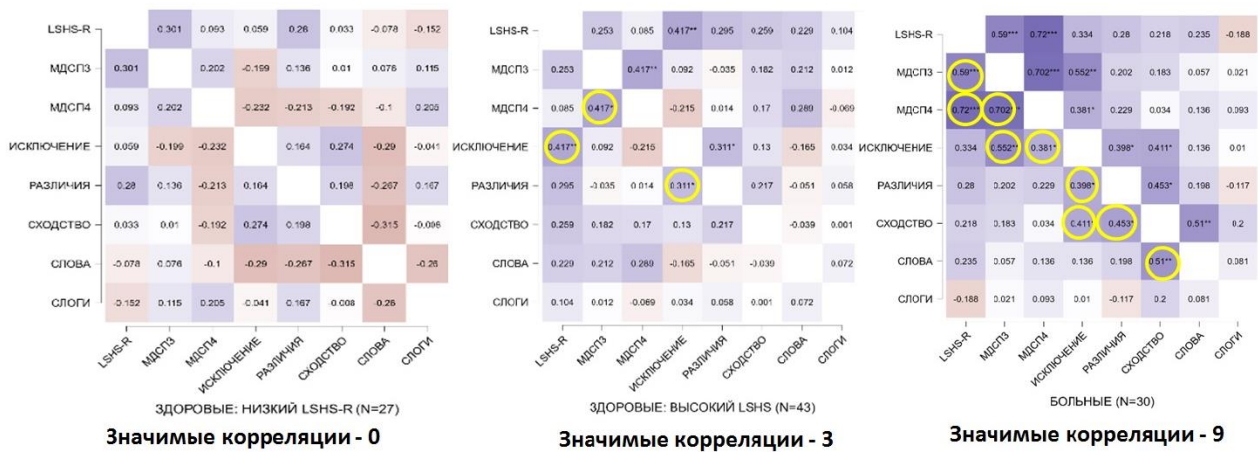
Результаты и их обсуждение. В соответствии с дименсиональным подходом оценки тяжести психотических симптомов можно предположить, что выраженность взаимосвязей памяти и

мышления в виде нерелевантных актуализаций будет нарастать в континууме: низкая – >высокая галлюцинаторная склонность → клинические галлюцинации. В связи с этим формирование групп сравнения осуществлялось не только по принципу «болен-здоров», но и с разделением обследуемых по признаку склонности к галлюцинациям (определяемой по шкале склонности к галлюцинациям Лунэя-Слейда).

На рис. 1 приведены тепловые корреляционные матрицы испытуемых разделенных на три группы по принципу: 1 – здоровые с низкой склонностью к галлюцинациям, 2 – здоровые с высокой склонностью к галлюцинациям и 3 группа – больные шизофренией с галлюцинаторным опытом.

Рисунок 1.

Тепловые корреляционные карты Спирмена в подгруппах здоровых лиц с различной склонностью к галлюцинациям и группе больных шизофренией



Примечание: фиолетовым цветом отображены положительные корреляции, красным – отрицательные, чем насыщеннее цвет, тем сильнее связь, достоверность обозначена * (* p <0,05, ** p <0,01, *** p <0,001).

Как следует из рис. 1, в обозначенных группах присутствуют значимые положительные связи между когнитивными составляющими матрицы у лиц с более высокими показателями психотического фенотипа, что наиболее четко обозначено в группе больных шизофренией. Указанная тенденция также отражает сходные свойства в когнитивном стиле – его нарушения в избирательности более выражены при нарастании черт галлюцинаторно-психотического фенотипа.

При корреляционном анализе выявлена значимая положительная взаимозависимость конфабуляторной отставленной репродукции слов с феноменами актуализации латентных свойств в пробе «Сравнение понятий». Так, чем больше нерелевантных сходств привлекали лица из клинической выборочной совокупности, тем большее количество нерелевантных воспроизведений слов наблюдалось в отсроченной ретенции (p <0,01).

Стоит отметить, что в содержательном аспекте «лишние» слова в отсроченной ретенции имели качественно иной характер, нежели у участников условной нормы. Так, конфабуляторные включения у здоровых лиц представляли собой преимущественно ассоциации по созвучию и сходству со стимулами из набора, имели похожую структуру (стол-стул, вода-река, мёд-лёд). Только в клинической выборке встречались слова иной структуры и слогового состава – кровать, скамейка, ветер.

При этом корреляционный анализ выявляет наибольшее количество положительных связей между особенностями оживления латентного фона ассоциаций и показателем галлюцинаторной предрасположенности, что позволяет предполагать ведущую роль ослабления избирательности мыслительных процессов в обеспечении когнитивной основы слухоречевых галлюцинаций. Примечательно, что выявленные особенности отражают сходные свойства в когнитивном стиле – его нарушения в избирательности следуют соответственно увеличению склонности к галлюцинациям, т.е. более выражены при нарастании черт галлюцинаторно-психотического фенотипа.

Заключение. Таким образом, по результатам проведённого исследования выявлено, что в структуре нейрокогнитивного дефицита у больных шизофрений присутствует параллельное снижение некоторых аспектов избирательности памяти и мышления. Также обнаруживается, что больше нерелевантных свойств при операциях мышления привлекают испытуемые с более высокими показателями галлюцинаторно-психотического фенотипа. Эта закономерность характерна как для здоровых, так и для больных, что обуславливает необходимость дальнейшего исследования особенностей познавательной деятельности лиц с различной склонностью к галлюцинациям с целью выявления специфических характеристик их когнитивного профиля и его возможной связи с высоким риском развития шизофрении.

Литература

1. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, обобщение, познание. М.: Изд. Московского университета, 1991 – 254 с.
2. Крылов В.И. Психопатологическая квалификация и диагностическое значение нарушений чувственного познания (галлюцинации, псевдогаллюцинации, галлюциноиды). Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2017; 06: с. 4-9.
3. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Психические расстройства и расстройства поведения.// Под редакцией Казаковцева Б. А., Голланда В.В.// – М.: Издательство «Прометей», 2013 г. – 584 с.
4. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейроразвития. Статистическая классификация. – М.: «КДУ», «Университетская книга» – 2021. – 432 с.
5. Парняков А.В., Полякова А.С., Соловьев А.Г. Факторный анализ пересмотренной шкалы галлюцинаций Лунэя–Слейда (LSHS-R) в русскоязычной среде//Российский психиатрический журнал. 2022. - №3. С. 86-92.
6. Плотников В. В. Интегративная основа негативных расстройств познавательной деятельности при шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018;118(1):123-129 с.
7. Плотников В.В., Плотников Д.В. Познавательная деятельность при различных типах течения шизофрении //Социальная и клиническая психиатрия, 2018, №1, 22-28 с.

8. Плотников В.В., Северьянова Л.А., Плотников Д.В., Бердников Д.В. Методика дискриминации свойств понятий (МДСП). – М.: Когито-Центр, 2009. – 87 с.
9. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М.: Медицина, - 1974. – 167 с.
10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Ч. 1. Практич. Руководство. – М.: Издательство института психотерапии, 2010. – 224 с.
11. Шмуклер А.Б. Современные подходы к диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция DSM-5). Ж. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2013; 05: 43-51.
12. Aleman A., Neurocognitive Basis of Schizophrenia: Information Processing Abnormalities and Clues for Treatment // Hindawi Publishing Corporation Advances in Neuroscience, vol. 2014, Article ID 104920, 15 pages.
13. Badcock J. C., Waters F. A. V., Maybery M. T., and Michie P. T., “Auditory hallucinations: failure to inhibit irrelevant memories,” *Cognitive Neuropsychiatry*, vol. 10, no. 2, pp. 125–136, 2005.
14. Baumeister D. et al. Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: A systematic review of the healthy voice-hearer literature. *Clinical Psychology Review* Volume 51, February 2017, Pages 125-141.
15. Bentall R. P., & Slade P. D. Reliability of a scale measuring disposition towards hallucination: A brief report. *Personality and Individual Differences*, 6, 527-529, 1985.
16. Grossberg S., “How hallucinations may arise from brain mechanisms of learning, attention, and volition,” *Journal of the International Neuropsychological Society*, vol. 6, no. 5, pp. 583– 592, 2000.
17. Jardri R, Pouchet A, Pins D, Thomas P, Cortical Activations During Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia: A Coordinate-Based Meta-Analysis, *The American Journal of Psychiatry* , vol. 168, P. 73–81, 2011.
18. Launay, G., & Slade, P. D. The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2, 221-234, 1981.
19. Quintana D.S, Williams D.R. Bayesian alternatives for common null-hypothesis significance tests in psychiatry: a non-technical guide using JASP // *BMC Psychiatry*, 2018. – Vol. 18. – № 1. – P.178
20. Vercammen A., and Aleman A., “Semantic expectations can induce false perceptions in hallucination-prone individuals,” *Schizophrenia Bulletin*, vol. 36, no. 1, pp. 151–156, 2010.
21. Waters F. A. V., Badcock J. C., Michie P. T., and Maybery M. T., “Auditory hallucinations in schizophrenia: intrusive thoughts and forgotten memories,” *Cognitive Neuropsychiatry*, vol. 11, no. 1, pp. 65–83, 200.

**ПЕРСПЕКТИВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ ЗАДАЧ В СОЧЕТАНИИ С
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДИКАМИ ПРИ
ИССЛЕДОВАНИИ ВНИМАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

Чепелюк А.А.², Виноградова М.Г.¹, Метлина М.В.², Алякаева М.Ф.¹

¹ ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия

² ФГБНУ «НИИ фармакологии им. В.В. Закусова», Москва, Россия

Ключевые слова: депрессивное расстройство, патопсихологическая диагностика, когнитивные процессы, внимание, зрительный поиск.

CURRENT PERSPECTIVES OF INVESTIGATING OF ATTENTION IN PATIENTS WITH DEPRESSION USING A COMPUTER TASKS AND METHODS OF PATHOPSYCHOLOGY

Chepeliuk A.A.², Vinogradova M.G.¹, Metlina M.V.², Aliakaeva M.F.¹

¹ FSBI HE «M.V. Lomonosov MSU», Moscow, Russia

² FSBI «V.V. Zakusov Institute of Pharmacology», Moscow, Russia

Keywords: depression, diagnostic in pathopsychology, cognitive processes, attention, visual search.

Введение. Наличие и выраженность недостаточности когнитивных функций при аффективных расстройствах традиционно выступают в качестве одной из целей патопсихологической диагностики. При этом оценка внимания и работоспособности представляет особый интерес для диагноста при необходимости характеристики динамики состояния пациента и степени выраженности патологических изменений. Настораживает факт выявления когнитивных нарушений при аффективных расстройствах у пациентов молодого и среднего возраста: в европейской популяции, согласно эпидемиологическим данным, в возрастной когорте 18–35 лет когнитивные нарушения на протяжении месяца обнаруживаются у 17-24% пациентов, в течение одного года – у 38-48%, на протяжении более длительного периода – у 52-61% [7]. Гетерогенность результатов клинико-фармакологических исследований, учитывающих нарушения управляющих функций, процессов обучения, внимания и памяти, свидетельствует о различиях в вариантах и степени влияния этих нарушений на качество повседневного функционирования, а также о неоднозначности выбора указанных когнитивных процессов в качестве мишени медикаментозной терапии и параметров оценки эффективности фармакологических средств и прогноза ремиссии [6]. В качестве возможного объяснения гетерогенности данных рассматривается связь степени выраженности нарушений и специфичности профилей когнитивных дисфункций при различных видах депрессивных расстройств. Ряд исследователей сообщают об отсутствии различий продуктивности когнитивных процессов пациентов с большой депрессией в сопоставлении с нормативными показателями, тогда как другие – о наличии нейрокогнитивного дефицита (нарушениях памяти, внимания и управляющих функций [5]. Существующие подходы к пониманию обнаруживаемой при депрессивных расстройствах когнитивной дисфункции можно условно разделить на два. В первом когнитивные нарушения рассматриваются как вторичные по отношению к первичной депрессивной симптоматике (усталости, вялости, заторможенности) и проявляющиеся в снижении скорости процессов обработки информации. Во втором, на основе данных лонгитюдных исследований, делается

акцент на сохранении нарушений продуктивности когнитивных процессов у пациентов при редукции нарушений настроения (в частности, сниженной продуктивности вербальной памяти и вербальной гибкости) [8]. Нарушения внимания зачастую описаны в литературе как предшествующие появлению симптомов депрессивного расстройства. Данные нарушения представлены дефицитом внимания при выполнении задач в виде снижения скорости обработки информации, селективности. В то время как продуктивность процессов автоматической обработки информации остается интактной [2]. Метаанализ исследований нарушений внимания при депрессии выявил согласованность данных в замедлении когнитивных процессов, которое рассматривается как подтверждающее гипотезу «когнитивной скорости». Согласно, этой гипотезе снижение общей скорости процессов обработки информации является первичным и вызывает вторично нарушения высших когнитивных процессов. Гипотеза «когнитивных усилий», с другой стороны, раскрывает психологические механизмы нарушений когнитивных функций и объясняет интактность автоматизированных когнитивных процессов и нарушения функций, связанных с усилием. Таким образом, изучение когнитивных процессов, в частности внимания, при депрессивных расстройствах является весьма значимым для исследования психологических механизмов нарушений, степени выраженности дисфункции при различных вариантах расстройств данной группы, определения современных стратегий фармакологических подходов к терапии, в которых, кроме цели «устранения» патологических состояний, все больше акцентируется восстановление доступного уровня функционирования пациента в профессиональной, социальной и других сферах жизнедеятельности.

Материалы и методы. В проведенном эмпирическом исследовании контрольную группу составили 30 здоровых респондентов (19 женщин и 11 мужчин, 24 человек - с высшим, 5 - с неоконченным высшим и один респондент со специальным образованием, средний возраст: $33,16 \pm 9,82$). В экспериментальную группу были отобраны 25 пациентов на этапе первичного обращения в клинику до начала приема медикаментов (19 женщин и 6 мужчин, 17 из них с высшим образованием, 7 - с неоконченным высшим и один пациент со средним специальным образованием; средний возраст: $31,35 \pm 8,16$) с депрессивным расстройством, шифр по МКБ-10: F32.00-депрессивный эпизод легкой степени без соматических симптомов (9 пациентов), F33.11-рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени с соматическими симптомами (9 пациентов), F34.1- дистимия (2 пациента), F43.21-продолжительная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (1 пациент), F43.22-смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (4 пациента).

Для исследования внимания использовались методики экспериментального

патопсихологического обследования (таблицы Шульте, комплексная фигура Рея-Тейлора), а также компьютерные задачи зрительного поиска изменений и различий [3]. В компьютеризированных методиках на экране перед испытуемым предъявлялся заданный целевой стимул среди отвлекающих (дистракторов). В качестве целевых стимулов и дистракторов выступали буквы, поиск целевого стимула осуществлялся по двум признакам: цвет и направленность буквы. Целевой стимул мог присутствовать в пробе или отсутствовать («проба-ловушка»). Помимо присутствия/ отсутствия целевого стимула, в каждой пробе варьировалось число элементов (5, 10, 15 или 20 элементов). Оценивались следующие параметры выполнения заданий: время выполнения каждой из таблиц Шульте, время реакции при каждой пробе задачи на зрительный поиск и время, затрачиваемое в среднем на поиск целевого стимула при разном количестве элементов в задачах на зрительный поиск [1]; время, затрачиваемое на копирование и воспроизведение комплексной фигуры Рея-Тейлора, точность воспроизведения размера фигуры, точность положения фигуры на листе, порядок рисования (от целого, по частям или хаотично), точность воспроизведения элементов фигуры [4]. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета статистических программ IBM SPSS Statistics 22.0. с применением Т-критерия Стьюдента и критерия Манн-Уитни.

Результаты исследования. При выполнении компьютерных задач на зрительный поиск пациенты с депрессивным расстройством по сравнению со здоровыми респондентами затрачивали больше времени на обнаружение ключевого стимула в ситуациях, когда на экране ключевой стимул был представлен среди 5 или 20 элементов (табл. 1). В то время как при среднем уровне нагрузки (в условиях поиска ключевого стимула среди 10 или 15 элементов) различий с контрольной группой установлено не было.

Таблица 1.

Время выполнения компьютерных задач на зрительный поиск (мсек)

Количество элементов	5	10	15	20	Среднее время реакции на 1 элемент
Экспериментальная группа	937,81±183,12*	1061,88±149,1	1394,81±223,3	1452,56±269,38	96,84±13,16*
Контрольная группа	792,88±88,46	999,72±137,20	1306,40±294,5	1288,00±233,49	87,74±12,1

Статистически значимые различия по критерию Стьюдента при: * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$.

Пациенты с депрессивными расстройствами в среднем затрачивали больше времени на отыскивание чисел по таблицам Шульте в сравнении со здоровыми испытуемыми (31,8с и

58,2с, $p=0,001$). При анализе динамики выполнения каждой из таблиц были обнаружены статистически значимые различия при выполнении первой, второй, четвертой и пятой таблиц Шульте в сравнении со здоровыми испытуемыми (табл.2).

Таблица 2.

Время отыскивания чисел по таблицам Шульте в экспериментальной и контрольной группах испытуемых (с)

	Таблица 1	Таблица 2	Таблица 3	Таблица 4	Таблица 5
Экспериментальная группа	37,25±8,34	37,50±8,23	34,19±8,26	39,63±8,68	39,81±10,85
Контрольная группа	31,88±8,17*	30,68±6,26*	31,96±7,84	30,48±6,05*	31,28±5,52*

Статистически значимые различия по критерию Манн-Уитни при $*p \leq 0,01$.

При копировании и воспроизведении по памяти комплексной фигуры Рея-Тейлора пациенты с депрессивными расстройствами характеризовались большей скоростью по сравнению со здоровыми респондентами (табл. 3). В то же время пациенты допускали значимо больше искажений в сопоставлении с нормой и в процессе копирования и при воспроизведении фигуры по памяти. И обнаруживали значимо меньшие баллы как при копировании, так и при воспроизведении по памяти (табл. 3).

Таблица 3.

Показатели выполнения комплексной фигуры Рея-Тейлора испытуемыми экспериментальной и контрольной групп

	Среднее время выполнения		Средняя сумма баллов		Среднее количество искажений	
	Копировани я	воспроизве дения	Копирова ние	воспроизве дение	копиров ание	воспроизве дение
Эксперимента льная группа	124,7±46,8	101,5±46,6	18,3±2,3	13,3±3,8	3,6±3,5	5,7±2,7
Контрольная группа	195,4±144, 4*	174,7±134,4 *	19,6±1,2	16,3±2,7*	1,3±1,3*	3,3±2,5*

Статистически значимые различия по критерию Манн-Уитни при $*p \leq 0,05$.

Обсуждение результатов. Использование в патопсихологическом обследовании компьютерных и традиционных методик экспериментального психологического обследования позволяет выявлять общий характер нарушений процессов внимания. Так, в решении компьютерных задач на зрительный поиск и при отыскивании чисел по таблицам Шульте обнаружено снижение среднего времени реакции, затрачиваемого на поиск одного элемента и средней скорости выполнения. При этом в отдельных заданиях внутри данных методик пациенты обнаруживали доступность нормативного уровня выполнения. В таблицах

Шульте результаты пациентов соответствовали нормативной скорости отыскивания чисел в середине задания, а в решении компьютерных задач на зрительный поиск наблюдалось соответствие нормативным показателям скорости отыскивания ключевых стимулов по мере адаптации к новизне и в условиях оптимального уровня зрительной перцептивной нагрузки. При выполнении более сложных зрительно-пространственных заданий, связанных со зрительной конструктивной деятельностью, установлено увеличение скорости выполнения наряду со снижением точности (повышение числа ошибок) у пациентов с депрессивными расстройствами.

Выводы. Выявленные особенности и нарушения внимания у пациентов с депрессивными расстройствами подтверждают обоснованность сочетания компьютерных и экспериментально-психологических методик. Подобное применение позволяет дать характеристику различных аспектов нарушений внимания, в частности динамичность и парциальность, их связь с объемом зрительной перцептивной нагрузки, ее длительностью, наличием дополнительных элементов, схожих с релевантным стимулом по отдельным признакам. Полученные результаты позволяют также обсуждать роль оптимального количества дистракторов для компенсаторного потенциала: при увеличении числа элементов стимульного поля выявляются ограничения возможностей компенсации в виде снижения скорости процессов зрительного поиска у пациентов с депрессивными расстройствами.

Литература

1. Горбунова Е.С. Перспективы использования задач зрительного поиска в современной когнитивной психологии [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 107–116.
2. Табаева Г.Р. Когнитивные расстройства при депрессии и новые мишени терапии // Эффективная фармакотерапия. 2018. №20. С.28-37
3. Фаликман М. В. Парадоксы зрительного внимания: эффекты перцептивных задач. М.: Издательский Дом ЯСК: Языки славянской культуры, 2018. - 264 с.
4. Хохлов Н.А, Сердюк А.Е. Количественные оценки выполнения методики «Комплексная фигура Тейлора» детьми 4–17 лет // Национальный психологический журнал. 2019. № 1(33). С. 88–108.
5. Bora, E., Harrison, B., Yücel, M., & Pantelis, C. Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2013.
6. Colwell, M.J., Tagomori, H., Chapman, S. et al. Pharmacological targeting of cognitive impairment in depression: recent developments and challenges in human clinical research. *Transl Psychiatry*. 2022. 12(1):484.
7. Kaser M., Zaman R., Sahakian B. J. Cognition as a treatment target in depression. *Psychological Medicine*. 2016. 47(06), p.987–989.
8. Talarowska M., Zajączkowska M., Gałeczki P. Cognitive functions in first-episode depression and recurrent depressive disorder. *Psychiatria Danubina*. 2015. Vol. 27, No. 1, p. 38–43.

НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПАЦИЕНТОК НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЭНДОГЕННОГО ПРОЦЕССА

Шишковская Т.И., Медведева Т.И., Олейчик И.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ttnszy@gmail.com

medvedeva.ti@gmail.com

i.oleichik@mail.ru

Ключевые слова: шизофрения, синдром высокого риска психоза, социальное познание, базисные симптомы.

IMPAIRMENTS OF SOCIAL COGNITION IN PATIENTS AT DIFFERENT STAGES OF ENDOGENOUS PSYCHIATRIC DISORDERS

Shishkovskaia T.I., Medvedeva T.I., Oleichik I.V.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

ttnszy@gmail.com

medvedeva.ti@gmail.com

i.oleichik@mail.ru

Keywords: schizophrenia, high risk of psychosis, social cognition, basic symptoms.

Введение. Поиск симптомов, показательных в отношении риска манифестации психоза у пациенток с высоким риском, актуальное направление научных исследований. Один из описанных прогностических маркеров – базисные симптомы, субъективно воспринимаемые пациентом изменения в мышлении, эмоциональности и восприятии реальности. Также перспективны в этом отношении изменения эмоционального интеллекта, поскольку при шизофрении они характеризуются специфичным паттерном [3].

Целью исследования был анализ нарушений эмоционального интеллекта и их ассоциации с базисными симптомами у пациенток с симптомами высокого риска психоза в сравнении с пациентками с непсихотической депрессией и пациентками, перенесшими развернутый шизофренический психоз.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациентки, проходившие лечение в клинике ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Работа проводилась в рамках научных исследований группы эндогенных приступообразных психозов отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний. Всего

обследовано 98 человек. 1-я группа - пациентки с депрессией без психотических симптомов (36 пациенток, средний возраст $19,5 \pm 3,7$; диагноз по МКБ-10 F31 – 25 пациенток, F32 – 6 пациенток, F33 – 5 пациенток); 2-я группа - пациентки с депрессией с аттенуированными психотическими симптомами (44 пациентки, средний возраст $18,5 \pm 1,9$, диагноз по МКБ-10 F31 – 32 пациентки, F32 – 4 пациентки, F33 – 8 пациенток; принадлежность к группе устанавливалась на основании соответствия критериям синдрома аттенуированного психоза в DSM-5); 3-я группа - пациентки с постпсихотической депрессией (18 пациенток, средний возраст $26,0 \pm 4,5$, диагноз по МКБ – F20.8). Группы статистически не различались по социодемографическим показателям, за исключением возраста.

Все испытуемые выполнили методики: 1. *Тест эмоционального интеллекта Мэйера–Сэловея–Карузо (MSCEIT V2.0)*, (в дальнейшем ЭИ). Тест содержит 4 подшкалы – компоненты эмоционального интеллекта. По мнению авторов теста эти компоненты выстраиваются в иерархию, уровни которых развиваются последовательно в онтогенезе: 1 - Восприятие, оценка и выражение эмоций; 2 -Использование эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности; 3 - Понимание и анализ эмоций, 4 - Сознательное управление эмоциями для личностного роста и улучшения межличностных отношений. Для обработки результатов теста использовался вариант кодировки по консенсусу. В качестве «группового эксперта» использовались ответы 100 человек из группы здоровых испытуемых. Для нивелирования фактора возраста «сырые» значения (средняя частотность ответов для каждой секции теста) были переведены в баллы с учетом возрастных рамок. 2. *Методика оценки базисных симптомов (Schizophrenia Prediction Instrument, Adultversion (SPI-A)* [4] представляет собой полуструктурированное интервью, на основе которого выделяют две группы симптомов (когнитивно-перцептивные – COPER, и когнитивных искажений – COGDIS), обладающих предикторной значимостью относительно последующей манифестации шизофрении. Поскольку полное интервью не находится в общем доступе и не переведено на русский язык, в данной работе мы опираемся на опыт М.М. Скугаревской, приводящей описание критериев [1]. Чтобы оценить выраженность симптомов, авторы обратились к практике их перевода из категориальных единиц в дименсиональные [2]. Анализ проводился с использованием программы SPSS. Для сравнения групп использовались методы дисперсионного анализа (ANOVA) с коррекцией множественных сравнений Бонферрони. Для оценки корреляции между результатами MSCEIT и выраженностью базисных симптомов использовался коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов исследования показал различия между группами по выраженности базисных симптомов (SPI-A). В Таблице 1 приведены средние значения и результаты апостериорных сравнений групп. Наиболее выражены базисные

симптомы были в группе 2 (пациентки, страдающие депрессией с аттенуированными психотическими симптомами). Различия между группами выявлены в тесте Эмоционального интеллекта (MSCEIT). Анализ показал, что группа пациенток, страдающих депрессией с аттенуированными психотическими симптомами, значимо отличалась от группы больных депрессией без психотических симптомов по общей оценке, показателям эмоционального интеллекта (Общий балл), и по тестам, оценивающим понимание эмоциональной информации. При этом не выявлено статистически значимых отличий от группы пациенток с постпсихотической депрессией. Группа пациенток, страдающих депрессией с аттенуированными психотическими симптомами, значимо отличалась от двух других групп по более низким показателям выполнения тестов на способность использовать эмоции, и подсекции «В» MSCEIT, направленной на оценку понимания того, какие эмоции способствуют более эффективному выполнению разного рода деятельности.

Таблица 1.

Базисные симптомы и тест Эмоционального интеллекта. Сравнение групп

<i>Базисные симптомы (SPI-A)</i>	1 Депрессия без психотических симптомов (N=36)	2 Депрессия с аттенуированными психотическими симптомами (N=44)	3 Постпсихотическая депрессия (N=18)
COPERdim	17,75±11,00 (a)	28,66±14,33 (b)	9,73±11,39 (a)
COGDISdim	16,86±10,52 (a)	22,93±10,39 (b)	10,80±9,03 (a)
MSCEIT			
<i>А-эмоциональное оценивание лиц</i>	4,78±2,01 (ab)	4,22±2,19 (a)	5,67±1,41 (b)
<i>В- способность к распознаванию эмоций, эффективных для фасилитации конкретной деятельности</i>	4,78±1,95 (a)	3,65±1,91 (b)	5,11±1,75 (a)
<i>В+F Способность использовать эмоции для повышения эффективности мышления и</i>	6,94±1,85 (a)	5,63±2,39 (b)	7,22±1,63 (a)

<i>деятельности</i>			
С+G <i>Способность к пониманию и анализу эмоциональной информации.</i>	7,13±1,88 (a)	5,91±2,12 (b)	5,94±1,76 (ab)
Общий балл	6,22±2,01 (a)	4,67±2,19 (b)	5,33±1,78 (ab)

Примечание. Для каждого параметра не совпадающие в скобках буквы в столбцах означают статистически значимые различия между группами на уровне ниже 0,05.

Показатели эмоционального оценивания лиц также были снижены в группе больных депрессией с аттенуированными психотическими симптомами, это статистически значимо отличало ее от группы с постпсихотической депрессией. Выявленные корреляции между баллами по MSCEIT и выраженностью базисных симптомов отражены в Таблице 2. Статистически значимые результаты получены для подсекций А и В, связанных с эмоциональным оцениванием лиц и способностью к распознаванию эмоций.

Таблица 2.

Корреляции между результатами MSCEIT и базисными симптомами

Шкалы теста MSCEIT	А- эмоциональное оценивание лиц	В - <i>способность к распознаванию эмоций эффективных для фасилитации конкретной деятельности</i>	Д - <i>способности к регуляции собственных эмоциональных состояний</i>	
COPERdim	-,382**	-,291**	-,075	
COGDISdim	-,383**	-,307**	-,150	
Интегральные показатели теста MSCEIT	А+Е <i>Способность к восприятию, оценке и выражению эмо</i>	В+F <i>Способность использовать эмоции</i>	Д+Н <i>Способность к сознательной регуляции эмоций</i>	Общий балл
COPERdim	-,286**	-,265*	-,171	-,265*
COGDISdim	-,327**	-,350**	-,187~	-,310**

Примечания. Уровень статистической значимости: ~ $p < 0.1$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Выводы. Обнаружены значимые различия в нарушениях социального познания между пациентками с непсихотической депрессией, депрессиями с симптомами высокого риска психоза и постпсихотической депрессией. Изменения социального познания могут являться еще одним прогностически значимым признаком в отношении манифестации шизофрении.

Выявлены корреляции между нарушениями социального познания и выраженностью характерных для шизофрении базисных симптомов.

Литература

1. Скугаревская ММ: Базисные симптомы как предикторы развития психоза. Психологический журнал. 2011;27-28(1-2):63-69.
2. Raballo A, Pappagallo E, Dell' Erba A, Lo Cascio N, Patane' M, Gebhardt E, et al.: Self-Disorders and Clinical High Risk for Psychosis: An Empirical Study in Help-Seeking Youth Attending Community Mental Health Facilities. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(4):926-932.
3. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R., Sitarenios G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0 // Emotion. 2003. Vol. 3. no. 1. pp. 97-105.
4. Schultze-Lutter F., Addington J., Ruhrmann S., Klosterkötter J. Schizophrenia proneness instrument, adult version (SPI-A) // Rome: Giovanni Fioriti. 2007.

РАЗДЕЛ 2. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ИЛЛЮЗИЯ РЕЗИНОВОЙ РУКИ КАК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИКИ

Арина Г.А.¹, Добрушина О.Р.², Перепелкина О.С.¹, Николаева В.В.¹

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

g.a.arina@yandex.ru

² ФГБНУ «НЦН», Москва Россия

Ключевые слова: иллюзия резиновой руки, психические расстройства.

RUBBER HAND ILLUSION AS AN EXPERIMENTAL AN EXPERIMENTAL MODEL FOR THE STUDY OF MENTAL DISORDERS

Arina G.A.¹, Dobrushina O.R.², Perepelkina O.S.¹, Nikolaeva V.V.¹

¹ MSU, Moscow, Russia

g.a.arina@yandex.ru

² FSBSI «SCN», Moscow, Russia

Keywords: rubber hand illusion, mental disorders.

Патопсихологическая традиция экспериментально моделировать неочевидные механизмы нарушений перцептивных процессов, идущая от исследований С.Я. Рубинштейн и Ю.Ф. Полякова, на современном этапе может быть эвристично продолжена и дополнена изучением такого феномена как иллюзия резиновой руки (ИРР). Моделирование телесных иллюзий, и, в частности, ИРР, позволяет описать и эмпирически исследовать механизмы **восприятия собственного тела** в норме и при различных психических расстройствах. Сами

телесные иллюзии и нарушения их формирования могут являться научно-практическим диагностическим инструментом регистрации и изучения соматоперцептивных процессов в норме и патологии. Сложность и многогранность феноменологии ИРР предполагает и многоуровневую концептуальную основу ее изучения: психология телесности и психосоматики (Николаева В.В., Тхостов А.Ш., Арина Г.А.); физиология активности и теория уровней построения двигательного акта (Бернштейн Н.А., Фейгенберг И.М.); концепция уровневой природы восприятия как процесса решения сенсорных и перцептивных задач (Леонтьев А.Н., Запорожец А.В.); идеи восходящих (bottom-up) и нисходящих (top-down) процессов обработки сенсорной информации и мультисенсорной интеграции стимулов при восприятии собственного тела (Botvinick M., Cohen J., Ehrsson H.H., Haggard P., Tsakiris M.).

Процедура формирования ИРР следующая: перед испытуемым на столе расположена искусственная рука, которая лежит ладонью вниз параллельно реальной руке испытуемого, которая также находится на столе в аналогичной позе. В качестве искусственной руки обычно используют реалистичный протез («резиновая рука»), который соответствует по размеру реальной руке, а также является одноименным (например, правым) реальной руке, участвующей в эксперименте. Правая реальная рука испытуемого, лежащая на столе, спрятана за экраном от зрительного обзора испытуемого, тогда как резиновая рука лежит в его поле зрения. Экспериментатор совершает прикосновения к реальной и резиновой рукам при помощи идентичных кисточек, то есть испытуемый может видеть прикосновения кисти к резиновой руке, и при этом ощущает тактильные прикосновения к своей реальной руке. В случае если прикосновения кистей синхронны, у испытуемого буквально через несколько минут возникает необычное ощущение – резиновая рука начинает восприниматься как его собственная, а источник, или локализация прикосновений будто находится на поверхности искусственной конечности. При этом асинхронная стимуляция, при которой кисти, касающиеся реальной и резиновой рук, движутся рассогласованно, не приводит к возникновению иллюзии. Таким образом, интеграция соматосенсорных стимулов (в данном случае, зрительных и тактильных) является необходимым фактором возникновения иллюзии обладания искусственной конечностью. Следовательно, и при формировании образа реальной конечности, а также чувства обладания собственным телом и его частей, механизмы мультисенсорной интеграции стимулов являются критически важными.

Объективным методом измерения появления и исчезновения иллюзии является проприоцептивное смещение положения руки по направлению к резиновой конечности, которое рассматривается как поведенческий маркер наступившей интеграции искусственной конечности в схему тела, когда вне зрительного контроля человек локализует «свою» руку как приближившуюся к искусственной. Данный показатель является признаком наступившей

мультисенсорной интеграции. Субъективный показатель ИРР – ощущение обладания резиновой рукой, субъективное чувство уверенности в том, что данная воспринимаемая (иллюзорная) конечность принадлежит собственному телу. Как показано в многочисленных экспериментальных исследованиях субъективное чувство обладания искусственной конечностью критическим образом зависит от синхронного поступления стимулов разной модальности. Проприоцептивное смещение и чувство обладания конечностью относятся к разным уровням организации телесного опыта: схема тела в большей степени соотносится с показателем проприоцептивного смещения, тогда как образ тела – с чувством обладания.

Иллюзия также свидетельствует о доминирующей роли зрения в формировании чувства обладания конечностью, так как образ конечности «перемещается» вслед за зрительной модальностью. О важной роли зрения в восприятии тела свидетельствуют и другие исследования. Например, было показано, что дети, слепые с рождения, неправильно оценивают размеры некоторых частей своего тела. В работе Кинсборна и Лемперта (Kinsbourne, Lempert, 1980) детей с врожденной слепотой и нормотипичных детей с завязанными глазами просили вылепить свое тело из пластилина. Фигуры слепых детей имели искажения и неправильные пропорции (например, конечностей). Вероятно, роль зрения в формировании схемы тела столь высока, что тактильно-кинестетическая информация не может в полной мере компенсировать недостающий визуальный опыт.

Иллюзия резиновой руки является лишь одним примером из большого многообразия телесных иллюзий (Перепелкина и др., 2014). Телесные иллюзии можно классифицировать по разным основаниям. Одним из таких оснований является локализация ощущений. Например, иллюзия резиновой руки, как было описано выше; иллюзия изменяющегося лица (Tsakiris, 2008), в которой в результате зрительно-тактильной интеграции у испытуемого изменялось восприятие собственного лица и в него «примешивались» черты чужого лица; иллюзия всего тела целиком, когда при помощи зрительно-тактильной интеграции формируется чувство обладания телом манекена (Petkova et al., 2011).

Также телесные иллюзии можно классифицировать по типам мультисенсорной интеграции. Ранее была рассмотрена зрительно-тактильная иллюзия, но также существуют тактильно-кинестетические иллюзии, в которых иллюзия формируется при помощи синхронных движений реальной и искусственной конечностей (напр., (Tsakiris, Prabhu, Haggard, 2006; Kalckert, Ehrsson, 2012); тактильно-слуховая интеграция представлена в иллюзии «мраморной руки» (Senna et al., 2014), в которой испытуемый испытывал удары резиновым молотком по руке с синхронными звуками удара молотка по куску мрамора (предъявляемому через наушники), в результате чего испытуемый начинал воспринимать руку более жесткой, тяжелой, менее чувствительной и неестественной; или иллюзия искусственной

руки, вызванная зрительно-термальной интеграцией (Trojan et al., 2018), в которой испытуемый получал синхронные температурные (холодные или горячие) и визуальные стимулы (вспышки света на искусственной руке). Все эти иллюзии описывают разные аспекты формирования чувства обладания телом и уточняют вклад механизмов интеграции стимулов различной модальности в образ тела. Различные авторы предполагают, что мультисенсорные механизмы мозга играют критическую роль в способности интегрировать телесные сигналы (Petkova, Khoshnevis, Ehrsson, 2011; Ehrsson, 2012; Blanke, Slater, Serino, 2015).

Описанные свойства ИРР и обнаруженные механизмы ее формирования делают данную экспериментальную модель чрезвычайно интересной для изучения многоуровневых механизмов расстройств схемы и образа тела при различных психических расстройствах. Так как чувство собственного тела, его принадлежности Я, является фундаментальным для развития и функционирования самосознания, подражания, эмпатии – тех характеристик психической жизни, которые нарушаются при расстройствах аутистического спектра и шизофрении, то неслучайно, что именно эти группы больных уже два десятилетия привлекают внимание исследователей ИРР. На данном этапе результаты нельзя назвать консистентными, однако, можно выделить несколько ключевых характеристик, обнаруженных при сопоставлении клинических групп и нормотипических респондентов.

1. Сравнение детей с семейным риском шизофрении и биполярного расстройства и здоровых детей установило, что на преморбидной стадии показатели ИРР не отличаются от здоровых. Однако, эти различия зарегистрированы у тех, кто имел более выраженный (чем субклинический уровень) характер симптомов: их ИРР была более сильной (Baalbergen, 2015). В этом контексте напрашивается сравнение с исследованием Ю.Ф.Полякова о преморбидном характере определенных когнитивных особенностей у носителей соответствующей наследственности. В то же время, как было показано в работе С. J. Cascio et al.(2012), дети с ASD были исходно менее чувствительны к формированию иллюзии, демонстрировали признаки иллюзии позже, чем здоровые, - после 6 минут. «Отложенная» ИРР может быть как результатом атипичного характера времени мультисенсорной интеграции, так и необычно сильной опоры на проприоцепцию. Дети с более сильным нарушением эмпатии меньше были склонны испытывать ИРР. Результаты обсуждаются с точки зрения слабости процесса регуляции соматоперцепции по вектору «сверху – вниз» (top-down). Таким образом, лучшее понимание репрезентации тела при ASD может прояснить нейрофизиологические основы и социальные дефициты у данной категории больных, что в дальнейшем должно помочь в создании алгоритмов воздействия.

2. Больные шизофренией при первой пробе ее формирования начинают испытывать ИРР быстрее, чем здоровые, однако, процесс научения иллюзии иной: они оказываются

неспособны использовать процесс научения в соматоперцептивной сфере. Здоровые, напротив, имеют более длительное время формирования ИРР в первой пробе, но быстро ей научаются. Не было обнаружено корреляции между психотическими симптомами и научением иллюзии (Avi Peled et al./,2000; L. Lev-Ari et al./,2015). В ситуации формирования иллюзии исследователи наблюдали у ряда пациентов опыт «внетелесного» самовосприятия, что вслед за выводами С.Я.Рубинштейн о провокативной роли активного прислушивания в актуализации галлюциноза, и в случае ИРР позволяет предполагать те же механизмы усиления активации патологических паттернов.

3. Особый интерес представляют результаты моделирования ИРР у пациентов с разными непсихотическими расстройствами, затрагивающими восприятие тела. Так, при расстройствах пищевого поведения и анорексии пациенты демонстрировали гораздо более сильную ИРР как в варианте проприоцептивного смещения, так и в субъективном чувстве обладания искусственной конечностью (E. Eshkevari et al.,2012). У пациентов с РПП показатели ИРР на 23% объяснялись/предсказывались основной симптоматикой расстройства и такими характеристиками его как само-объективация и интероцептивный дефицит.

У пациентов с дисморфическим расстройством неудовлетворенность телом может быть связана с выраженной нестабильностью восприятия тела вследствие проблем с интеграцией мультисенсорной информации, идущей от тела. Было обнаружено, что хотя показатели ИРР и не отличаются статистически от группы здоровых, но сама интенсивность иллюзии напрямую была связана с выраженностью неудовлетворенности телом и сопутствующими характеристиками, причем проприоцептивный сдвиг наблюдался как в синхронном, так и асинхронном условии (чего нет у здоровых). Это позволяет обсуждать в качестве дефицитарной основы не только мультисенсорную интеграцию, но и возможное отклонение в самом визуальном процессинге.

В нашем исследовании (Perepelkina O. et al., 2017, 2019) было показано отличие ИРР у пациентов с соматоформными расстройствами (СФР): проприоцептивное смещение как удержание мультисенсорного образа длится дольше, чем в норме, что указывает на ригидность процессов восприятия телесных сигналов, и может свидетельствовать о нарушении механизма восстановления этих процессов после зрительно-кинестетической стимуляции. Можно с осторожностью предположить, что одной из причин стойкого восприятия симптомов у пациентов с СФР может быть этот механизм ригидности восприятия мультисенсорных стимулов, как минимум, в зрительно-моторной сфере. Иными словами, у пациентов мультисенсорные иллюзии формируются хуже, чем в норме, что свидетельствует об изменении динамики формирования образа тела.

**МЕТАФОРИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ И ЕГО ДИАГНОСТИКА В
ПАТОПСИХОЛОГИИ: КВАНТИТАТИВНО-КВАЛИТАТИВНАЯ СИСТЕМА
ОЦЕНКИ**

Беломестнова Н.В.

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

belomestnovanina@bk.ru

Ключевые слова: метафорическое мышление, патопсихология, оценка метафор в патопсихологии.

**METAPHORICAL THOUGHT AND ITS DIAGNOSIS IN PATHOPSYCHOLOGY:
QUANTITATIVE AND QUALITATIVE RATING SYSTEM**

Belomestnova N.V.

A.S. Pushkin LSU, Saint-Petersburg, Russia

belomestnovanina@bk.ru

Keywords: metaphorical thought, pathopsychology, rating system of metaphors.

В философии первым стал рассуждать о роли метафоры в человеческом разуме Аристотель. Он же дал и определение метафоре – «несвойственное имя, перенесенное с рода на вид, или с вида на род, или с вида на вид, или по аналогии» [1]. Её соотношение с логическим мышлением рассматривалась им как оппозиция: логическое мышление предназначено для строгой и точной мысли, метафора – для поэтического творчества (в широком смысле – для искусства). С тех пор родилось много теорий метафоры в контексте философии, лингвистики, семиотики, общей психологии, объединившихся в проблематику метафорического мышления. Но в общей психологии (психологии мышления) метафорическое мышление не исследуется столь подробно, как это востребовано в клинической психологии. Так и остаётся неясным, это вид мышления в рядах известных классификаций [9], это одна из сложных операций мышления, обеспечиваемая правым полушарием [10] или взаимодействием обоих полушарий головного мозга [2]. Метафорическое мышление исследуется очень широко не только философами, лингвистами [6, 8] и психологами-теоретиками (Гусев С.С., Арутюнова Н.Д., Щербакова О.В., Липская Т.А., Харченко В.К., Шрагина Л.И.), но и в клинической психологии и психологии развития (Арестова О.Н., Аванесян М.О., Алексеев К.И.). Но в разных академических исследованиях

применяются разные авторские методы оценивания, созданные для решения поставленных задач. А в клинической психодиагностике (патопсихологии) экспериментальное исследование метафорического мышления требует единых и общепонятных критериев оценки ответов испытуемых в заданиях на метафорическое мышление.

В лингвистических исследованиях к настоящему времени принято разделять метафорические выражения на две крупных группы: тропы и идиомы. Троп – слово или выражение, обладающее переносным смыслом, то есть это «оборот» (транслитерация слова «троп»), поворот от буквального прямолинейного смысла к неочевидному. Идиома – устойчивый фразеологизм, имеющий смысл (именно переносный смысл), но не сводимый к буквальному смыслу входящих в него слов. Видов тропов выделено довольно много, а видов идиом всего два – пословицы и инвективы (оскорбительные выражения). Но на заре формирования патопсихологии эта проблематика была не столь развёрнута, в патопсихологических исследованиях Б.В. Зейгарник применялся только один троп – метафоры и одна идиома – пословицы, и эта традиция сохраняется уже 90 лет.

Б.В. Зейгарник в 1934 г. [4] выделила пять форм непонимания переносного смысла, но эта первая попытка классификации ещё не позволяла дифференцировать больных по нозологии. В уже структурированной квалификационной системе [5] разделяет патологические формы метафорического мышления на снижение уровня обобщения и искажения процесса обобщения. Искажения процесса обобщения были подробно изучены под руководством Ю.Ф. Полякова и обобщены в фундаментальной теории нарушения селективности когнитивных процессов [7]. Этот тип нарушений метафорического мышления здесь не обсуждается. Процесс обобщения по классификации Б.В. Зейгарник имеет всего два уровня – конкретное мышление в вербальных пробах и абстрактное (понятийное) мышление. Но такая операция мышления, как обобщение – это не просто понимание переносного смысла. Это разные мыслительные операции. В эпоху начального развития патопсихологических исследований считалось, что метафорическое мышление является таким же показателем сформированного понятийного мышления, как и родовое понятие в пробе на сравнение пар понятий. Но несмотря на то, что в онтогенезе эти два вида мышления появляются параллельно, вероятнее всего, это разные формы мышления, что обнаружилось в исследованиях функциональной асимметрии головного мозга [10]. Тем не менее, в текстах Б.В. Зейгарник метафорическое мышление считалось показателем понятийного мышления, что и отразилось в её классификации. И эта неясность со статусом понятийного мышления и метафорического представляет собой проблему как для общей психологии, так и для клинической психодиагностики. Для исследований в этом направлении требуются более дифференцированные критерии, соответствующие современному уровню знаний в области

лингвистики и общей психологии, а также современному уровню работы психолога в клинической психодиагностике.

Для оценки интерпретации метафор требуется классификация, совмещающая как качественные характеристики ответов, так и их количественную (уровневую) оценку (лучше-хуже, ближе к правильному пониманию переносного смысла - дальше от правильного понимания). Это уровневая шкала оценки.

Квантитативно-качественные оценки

1. *Эхололическая трактовка*: одно ключевое слово, точное повторение формулировки.

2. *Тавтология*: почти совпадает с эхололией, повторение формулировки с перестановкой порядка слов.

3. *Буквальный смысл*: развёрнутое пояснение в буквальном смысле.

4. *Перцептивная трактовка*: интерпретация с опорой на внешние, перцептивные свойства, например, «Золотая голова – блондинка».

5. *Широкий круг* – приводятся примеры без обобщённой формулировки.

6. *Правильное понимание в переносном смысле с вербализацией*.

7. *Аналогия*: пословица с аналогичным смыслом.

При этом в процессе работы возникают и иные феномены, которые трудно отнести к какой-либо уровневой оценке, особенно это проявляется, естественно, при искажениях процесса мышления, при нарушениях селективности когнитивных процессов [Поляков и др.]. Требуется учесть и этот аспект оценки.

Неквантифицируемые (не определяемые по уровню) ответы:

1. Осознанно нелепые ответы (шутливые, издевательские и т.д.), негативизм.

2. Отсутствие ответа.

3. Нетрадиционная метафора – метафорический ответ есть, но не соответствует традиционной трактовке во фразеологических словарях или, если данной метафоры нет во фразеологических словарях, в общеизвестном варианте.

Квантитативно-качественная система оценки интерпретации пословиц предлагалась в более раннем труде [3].

Литература

1. Аристотель Поэтика // Аристотель. Сочинения. В 4 т. (Серия «Философское наследие»). М.: Мысль, 1975—1983 Т. 4. / Ред. и вступ. ст. А. И. Доватура, Ф. Х. Кессиди. 1983.
2. Беломестнова Н.В. Модусы мышления в естественно-системных детерминантах // Мир психологии. Научно-методический журнал. 2 (58). – Москва-Воронеж, 2009. С. 37-49
3. Беломестнова Н.В. Клиническая диагностика интеллекта. Психометрическая и клинико-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике: Методическое пособие. — СПб.: Изд-во «Речь», 2003. 128с
4. 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

5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Изд-е 2-е, перераб. и доп. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1986. 288 стр.
6. Метафора в языке и тексте. М.: Наука, 1988.
7. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. - М.: Медицина, 1974. - 203с.
8. Теория метафоры: Сборник: пер. с англ., фр., нем., исп. польск. яз. / Вступ. ст. и сост. Н.Д. Арутюновой; Общ. ред. Н.Д. Арутюновой и М.А. Журиной. М.: Прогресс, 1990. - 512с.
9. Тихомиров О.К. Психология мышления: Учебное пособие. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 272стр.
10. Черниговская Т.В., Деглин В.Л. Метафорическое и силлогистическое мышление как проявление функциональной асимметрии мозга // Ученые записки университета, Труды по знаковым системам. – Тарту, 1986. – Вып. 19. – С. 68–84.

РАССТРОЙСТВО ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ/ДЕРЕАЛИЗАЦИИ И ОБРАЗ ТЕЛА

Бичевина Д.С., Ениколопов С.Н.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

daria.bichevina@gmail.com

Ключевые слова: расстройство деперсонализации или дереализации, чувство субъектности, чувство владения телом.

DEPERSONALIZATION/DEREALIZATION DISORDER AND BODY IMAGE

Bichevina D.S., Enikolopov S.N.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

daria.bichevina@gmail.com

Keywords: depersonalization or derealization disorder, sense of agency, sense of ownership.

Существуют различные аспекты расстройства деперсонализации/дереализации и сопутствующие нарушения, которые остаются малоизученными, особенно в русскоязычной литературе. Деперсонализационно-дереализационное расстройство как в DSM-5, так и в МКБ-11 относится к категории диссоциативных расстройств и характеризуется «стойкими или повторяющимися переживаниями деперсонализации, дереализации или того и другого вместе». В недавнем исследовании J. Yang и соавторов [28] показатели распространенности синдрома деперсонализации/дереализации варьировали от 0% до 1,9% среди общей популяции, 5-20% среди амбулаторных пациентов и 17,5-41,9% среди стационарных больных. В исследованиях пациентов с коморбидными психическими заболеваниями показатели распространенности варьировали: 1,8–5,9% (злоупотребление психоактивными веществами), 3,3–20,2% (тревога), 3,7–20,4% (другие диссоциативные расстройства), 16,3% (шизофрения), 17% (пограничная личностное расстройство), 50% (депрессия). Деперсонализация

характеризуется переживанием себя как странного или нереального; ощущением отстраненности от своих мыслей, чувств, тела или действий; или ощущением, будто человек является сторонним наблюдателем своих мыслей, чувств, ощущений, тела или действий. Дерезализация характеризуется восприятием других людей, объектов или мира как странных или нереальных (например, сказочных, далеких, туманных, безжизненных, бесцветных или визуально искаженных) или чувством оторванности от своего окружения» [27]. Так, несмотря на то что деперсонализация и дерезализация относятся к одной диагностической категории, их симптомы проявляются по-разному. В первом случае чувство отстраненности проистекает из переживаний, связанных с самим собой, в последнем — от внешнего мира. Однако, как отмечают D. Spiegel и соавторы [25], имеются данные о том, что лица с выраженной дерезализацией сами по себе существенно не отличаются от лиц с деперсонализацией, сопровождаемой дерезализацией, то есть наблюдается гомогенность по различным показателям: демографическим характеристикам, провоцирующим факторам, характеристикам заболевания и коморбидным расстройствам. Таким образом, дерезализация стала рассматриваться как равноправный компонент расстройства деперсонализации в DSM-5, что привело к новому названию «расстройство деперсонализации/дерезализации». В. J Sadock и соавторы [21] утверждают, что в течение многих лет повсеместное распространение деперсонализации/дерезализации как психиатрического симптома скрывало его более широкое распознавание в качестве самостоятельного расстройства. Следовательно, пациентам с хронической и первичной деперсонализацией/дерезализацией неверно ставили, например, диагноз расстройств настроения или тревожных расстройств. В России деперсонализация рассматривается с трех точек зрения: в качестве несущественного симптома при психическом расстройстве, как доминирующий компонент, значительно отягощающий психопатологическое состояние или же как ведущий компонент синдрома, когда уже речь идет именно о расстройстве деперсонализации/дерезализации [9]. Как отмечают А.Ю. Быкова и соавторы: «Наиболее удачными, лишёнными всех этих концептуальных недостатков в отношении ДП/ДР, являются современная диагностическая классификация DSM-5 и идейно наследующая ей МКБ-11, в которых используется термин «деперсонализационно-дерезализационное расстройство» (ДПР, код 6В66 по МКБ-11), адекватно подчёркивающий как то, что речь идёт об отдельной нозологической единице, а не о синдроме ДП/ ДР в рамках какого-то другого психического расстройства...» [3, с.16].

Помимо трудностей классификации даже такие общие аспекты проблемы деперсонализации, как ее определение и границы понятия до сих пор не являются общепризнанными, имеется нечеткая терминология, что является следствием того, что различные теоретики и исследователи придают термину «деперсонализация» свое значение.

Н. А. Алиев и З. Н. Алиев, обобщив определения различных отечественных психиатров предлагают следующее определение: «деперсонализация — нарушение самосознания личности, сопровождающееся отчуждением некоторых или всех психических процессов: чувство изменения, утраты, отчуждения или раздвоения своего «Я». Искажение восприятия самого себя может проявляться как утратой единства «Я» в целом, так и отчуждением отдельных частей тела» [1, с.98]. S. Gallagher [16] предположил, что так называемое «минимальное Я», т. е. осознание себя как непосредственного субъекта опыта (самосознание), включает в себя два различных уровня осознания: чувство обладания телом (т. е. владение телом/Sense of ownership) и чувство агентности/субъектности (Sense of Agency), то есть влияния на последствия своих действий. Чувство обладания телом связано с ощущением тела как своего собственного [26], в то время как чувство «субъектности/агентности» относится к ощущению контроля над своими движениями и, через них, событиями во внешнем мире [20]. M.Sierra и соавторы [22,23] рассматривают нарушения обладания телом и нарушения чувства субъектности/агентности в качестве основных компонентов аномального телесного опыта при деперсонализации, наряду с более широким концептом внетелесности/развоплощения (disembodiment), которое может варьироваться от неспецифического ощущения отсутствия «Я» в теле и повышенного самонаблюдения за собственным телом до опыта внетелесного существования (out-of-body-experience) и аутоскопических галлюцинаций.

Репрезентация телесности/телесного Я/воплощения (embodiment) обычно объясняется в соответствии с двумя различными концепциями: образом тела и схемой тела [15]. Согласно S. Gallagher, сознательный образ тела состоит из трех различных компонентов: во-первых, восприятия тела в непосредственном сознании; во-вторых, когнитивной концептуализации тела, находящейся под влиянием непосредственного сознания и знаний о теле; и в-третьих, эмоций и чувств по отношению к телу, которые могут быть вызваны сознательными или бессознательными переживаниями. Таким образом, образ тела строится на основе перцептивных, когнитивных и эмоциональных компонентов. Схема тела, с другой стороны, была описана S. Gallagher как более организованная репрезентация тела по отношению к окружающей среде. Многие расстройства воплощения/телесности (embodiment) нарушают первичные аспекты самосознания, помогающие конституировать минимальное «Я». В частности, некоторые расстройства образа тела связаны с различной степенью нарушений чувства собственности/владения телом; нарушения чувства субъектности/агентности всегда связаны с некоторыми аспектами схемы тела [17]. Существует фундаментальный разрыв между ощущением и чувством того, что я владею своим телом (ownership), и знанием (суждением), что это мое тело. В отличие от имплицитного чувства владения телом, знание или суждение о владении телом является эксплицитным. Человек делает вывод о том, что тело

является его собственным, основываясь на концептуальных убеждениях, опыте, способности к контролю и общих знаниях, которыми он обладает. В то время как первое (чувство) возникает из схемы тела, второе (суждение) возникает на уровне образа тела. Тот же анализ применим к разрыву между ощущением, что я контролирую свое тело (agency), и осознанием этого (суждением) [13]. Так, чувство субъектности представляет собой базовое и слабое ощущение причинности моих действий с точки зрения «Я/не-Я». Напротив, суждение об агентности требует интерпретативного суждения, основанного на концептуальном построении ситуации и убеждениях о том, что я являюсь агентом своих действий [14]. При деперсонализации/дереализации «Я» является отстраненным наблюдателем своего тела и действий, которые происходят через тело. Пациенты знают, что их тело и контроль над действиями принадлежат им, но не чувствует их своими. Так, при данном расстройстве изменения субъектности и владения телом на уровне ощущений и чувств могут отражать нарушения на уровне схемы тела [13, 24]. D. Simeon и соавторы [24] предполагают, что искажения схемы тела, характерные для деперсонализации, могут быть более неуловимыми, менее поврежденными с неврологической точки зрения версиями хорошо изученных поражений теменной доли, таких как одностороннее игнорирование, пальцевая агнозия и гемисоматоагнозия. При психических расстройствах переживания телесной отстраненности характеризуются качеством «как если бы», тогда как при неврологических нарушениях всё тело или отдельные его части действительно отсутствуют или не являются частью «Я».

В русскоязычной литературе последние два десятилетия фокус научного интереса был в основном связан с изучением проявлений деперсонализации в рамках различных нозологических категорий: при шизофрении [2, 8, 11], при депрессии [6] при тревожно-фобических расстройствах [5], при органических заболеваниях головного мозга [7]. Так, можно говорить о том, что изучение ощущения владения собственным телом и агентности по отношению к нему представляет новое и перспективное направление исследований в рамках изучения расстройства деперсонализации/дереализации. Кроме того, также отсутствует разработка нового или адаптация существующего инструментария психодиагностики данного расстройства. Последняя такая работа была проделана в диссертационном исследовании С. В. Лебедева [10], где автор проводил психометрический анализ и возможность применения ряда психодиагностических методик для изучения расстройства деперсонализации.

В свете сказанного выше, мы начали апробацию и применение разработанной в 2016 году японскими исследователями Шкалы Телесного Ощущения Себя (Embodied Sense of Self Scale) [12]. Данный диагностический инструментарий, имеющий трехфакторную структуру («Владение/Собственность» (Ownership); «Агентность/Субъектность» (Agency); «Нарратив» (Narrative)), показал высокую надежность-согласованность (коэффициент α -Кронбаха = 0.84

по опроснику в целом, и варьирует от 0,71 до 0,75 по отдельным шкалам), ретестовую надежность (корреляции оценок исходного и повторного замеров равны $r=0.82$ по опроснику в целом, и варьирует от 0,78 до 0,84 по отдельным шкалам), была продемонстрирована критериальная, конвергентная и дискриминативная валидность шкал. На наш взгляд следует отдельно раскрыть фактор «Нарратив», который выделили авторы, но о котором не упоминалось ранее в данном обзоре. Исследователи также опирались на идеи S. Gallagher, который наряду с минимальным Я выделял Нарративное Я, представляющее собой расширение во временной перспективе (то есть непрерывность и единообразие во времени) минимального Я. Согласно авторам, телесное ощущение себя (Embodied Sense of Self), включает в себя минимальное «Я» и нарративное «Я»: первое содержит чувство собственности и субъектности, а второе — автобиографическую память и тождественность во времени. Можно предположить, что данный фактор также будет иметь взаимосвязь с расстройством деперсонализации/дереализации, так как, например, M.Sierra и соавторы [22], рассматривали аномальные субъективные воспоминания, проявляющиеся, например в том, что события, происходившие с пациентами в прошлом, теряют личностную отнесенность и эмоциональную значимость, как один из главных компонентов данного расстройства. Кроме того, более детальному изучению данного аспекта нарушений при расстройстве деперсонализации/дереализации может способствовать методика Семантического Дифференциала Времени (СДВ), разработанная Л.И. Вассерманом и коллегами [4]. В данной методике авторами были выделены полярные шкалы, объединяющие пять факторов: Активность времени, Эмоциональная окраска времени, Величина времени, Структура времени и Ощущаемость времени. Фактор Активности отражает степень напряжённости, плотности, стремительности, изменчивости и активности времени; Эмоциональная окраска характеризует аффективные компоненты психологического времени; Величина характеризует смысловую наполненность времени; Структура времени отражает его ясность упорядоченность; Ощущаемость связана с интеллектуальной и эмоциональной вовлеченностью в текущие/прошлые и будущие события. Можно предположить, что у пациентов с деперсонализацией будут наблюдаться низкие показатели по шкалам Структуры и Ощущаемости времени. Так, в более раннем исследовании Т. Giesbrecht и соавторов было продемонстрировано нарушения в упорядочивании во временной последовательности серии просмотренных сцен из видеоклипов у пациентов с деперсонализацией относительно контрольной группы [19], что может отражать низкие показатели по фактору Структуры времени. Относительно фактора ощущаемости времени, Л.И. Вассерман отмечает, что: «На когнитивном и эмоциональном уровнях снижение восприимчивости к реальности может проявляться в позиции «наблюдателя за собственной жизнью», в отстраненности, внутренней

безучастности, недостаточной эмоциональной чуткости и иных феноменах, которые в некоторых случаях могут достигать степени выраженности дереализационно-деперсонализационных состояний» [4, с. 11]. Более детальное изучение структуры психологического времени пациентов с деперсонализацией поможет углубиться в понимание переживаний больных и, возможно, в дальнейшем расширит дифференциально-диагностические представления о данном заболевании.

Исследование аномального телесного опыта в целом при расстройствах телесности (disorders of embodiment по S.Gallagher) и деперсонализации в частности будет способствовать не только расширению психологической квалификации данного расстройства, но также позволит пролить свет на вопросы, касающиеся проблемы разума и тела, природы личности, самосознания, деятельности и свободы воли [18].

Литература

1. Алиев Н. А., Алиев З.Н. Клиника и терапия деперсонализационных расстройств. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011;111(6):97-101.
2. Ахапкина М.В. Психопатология и клиника деперсонализационных расстройств при шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1993; 22.
3. Быкова А. Ю., Беккер Р.А., Быков Ю.В. О трудностях дифференциальной диагностики между первичным деперсонализационно-дереализационным расстройством и шизотипическим расстройством // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2022. Т. 14, No 1. С. 11-82. DOI: 10.12731/2658-6649-2022-14-1-11-82
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Червинская К.Р. Семантический дифференциал времени. - СПб., 2009
5. Ганзин И. В. Нарушение самосознания при тревожно-фобических расстройствах // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2015. №4 (36). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narushenie-samosoznaniya-pri-trevozhno-fobicheskikh-rasstroystvah> (дата обращения: 16.01.2023).
6. Деменова А.А., Ретюнский К.Ю. Психопатологическая дифференциация деперсонализационных расстройств при эндогенной депрессии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017; 4 (97): 31–37. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-31-37](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-31-37)
7. Дьяконов, А. Л. Деперсонализация при органических заболеваниях головного мозга / А. Л. Дьяконов, Е. А. Григорьева // Психическое здоровье. – 2017. – Т. 15. – № 12(139). – С. 11-19. – EDN YPOMFP.
8. Кафаров Т.А. Психопатология самосознания в патокинезе шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Баку 2000; 285.
9. Королева, Е. Г. Деперсонализация-дереализация в рамках невротического расстройства. Случай из практики / Е. Г. Королева, О. И. Василенко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – № 2 (34). – С. 69-70.
10. Лебедев, С. В. Адаптация и психометрический анализ методов психодиагностики деперсонализации: специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Лебедев Сергей Вячеславович. – Москва, 2004. – 166 с. – EDN NMRNXV.
11. Сулейманов Р.А., Артемьева М. С., Данилин И. Е. Об одном из вариантов нарушения самосознания у больных латентной шизофренией // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2011. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ob-odnom-iz-variantov-narusheniya-samosoznaniya-u-bolnyh-latentnoy-shizofreniey> (дата обращения: 16.01.2023).

12. Asai T, Kanayama N, Imaizumi S, Koyama S, Kaganoi S. Development of Embodied Sense of Self Scale (ESSS): Exploring Everyday Experiences Induced by Anomalous Self-Representation. *Front Psychol.* 2016 Jul 5;7:1005. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01005. PMID: 27458403; PMCID: PMC4932106.
13. Ataria, Y. (2019). When the Body Stands in the Way: Complex Posttraumatic Stress Disorder, Depersonalization, and Schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 26(1), 19–31. doi:10.1353/ppp.2019.0001
14. Ataria, Y., Tanaka, S., Gallagher, S. (eds), *Body Schema and Body Image: New Directions* (Oxford, 2021; online edn, Oxford Academic, 19 Aug. 2021), <https://doi.org/10.1093/oso/9780198851721.001.0001>, accessed 4 Jan. 2023.
15. Gallagher, S. (1986). Body image and body schema: A conceptual clarification. *Journal of Mind and Behavior*, 7(4), 541–554.
16. Gallagher, S. (2000). Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science., 4(1), 0–21. doi:10.1016/s1364-6613(99)01417-5
17. Gallagher, S. Væver, M. (2004). Disorders of embodiment. In the *Oxford Reader in Philosophy of Psychiatry*, ed. J. Radden. Oxford: Oxford University Press. (118- 32). Preprint version. Please consult the original.
18. Gallagher, S. Væver, M. (2004). Disorders of embodiment. In the *Oxford Reader in Philosophy of Psychiatry*, ed. J. Radden. Oxford: Oxford University Press. (118- 32). Preprint version. Please consult the original.
19. Giesbrecht, T., Merckelbach, H., van Oorsouw, K., & Simeon, D. (2010). Skin conductance and memory fragmentation after exposure to an emotional film clip in DPD. *Psychiatry Research*, 177, 342–349.
20. Haggard P. Sense of agency in the human brain. *Nat Rev Neurosci.* 2017 Apr;18(4):196-207. doi: 10.1038/nrn.2017.14. Epub 2017 Mar 2. PMID: 28251993.
21. Sierra, M., & Berrios, G. E. (2001). The phenomenological stability of depersonalization: Comparing the old with the new. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(9), 629–636. <https://doi.org/10.1097/00005053-200109000-00010>
21. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. I. (2017). *Kaplan and Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed.). Wolters Kluwer.
22. Sierra, M. & David, A.S. (2011) Depersonalization: A selective impairment of self-awareness, *Consciousness and Cognition*, 20, pp. 99–108.
23. Sierra, M., & Berrios, G. E. (2001). The phenomenological stability of depersonalization: Comparing the old with the new. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 189, 629–636.
24. Simeon, D., Guralnik, O., Hazlett, E.A., Spiegel-Cohen, J., Hollander, E., Buchsbaum, M.S. (2000). Feeling Unreal: A PET Study of Depersonalization Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1782–1788. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1782
25. Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman, M. (2013). Dissociative disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 299–326. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531>
26. Tsakiris, M., Schütz-Bosbach, S., & Gallagher, S. (2007). On agency and body-ownership: Phenomenological and neurocognitive reflections. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 16(3), 645–660. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2007.05.012>
27. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
28. Yang J, Millman LSM, David AS, Hunter ECM. The Prevalence of Depersonalization-Derealization Disorder: A Systematic Review. *J Trauma Dissociation.* 2022 Jun 14:1-34. doi: 10.1080/15299732.2022.2079796. Epub ahead of print. PMID: 35699456.

ЗАРУБЕЖНЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ СПЕКТРА ШИЗОФРЕНИИ

Буташин А.Д., Иванова Е.М.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

butashinandrey@gmail.com

ivalenka13@gmail.com

Ключевые слова: шизофрения, телесность, телесный опыт, диагностика.

FOREIGN APPROACHES TO THE STUDY OF THE FEATURES OF BODILY EXPERIENCE IN SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

Butashin A.D., Ivanova E.M.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

butashinandrey@gmail.com

ivalenka13@gmail.com

Keywords: schizophrenia, corporeity, bodily experience, diagnosis.

Введение. Нарушения в сфере телесности рассматриваются как значимые симптомы расстройств спектра шизофрении и как маркеры развития заболевания [8, 9, 11]. Ещё в классических исследованиях шизофрении феноменам патологии телесного опыта было уделено значительное внимание в силу их диагностической и прогностической важности. Среди таких расстройств, в первую очередь, клиницисты отмечали то, что современные исследователи квалифицируют как деперсонализацию в различных ее проявлениях, телесную дезинтеграцию, «размытие» границ между собственным телом и внешними объектами, нарушение схемы и образа тела [4, 10, 11]. Различные симптомы, связанные с телесностью, длительное время представлялись нозологически неспецифическими и из них не выделялись патогномичные для каждого эндогенного расстройства. Однако существующие модели телесного опыта и эмпирические исследования указывают на феномены и нарушения телесного опыта, которые свойственны лицам, страдающим шизофренией и аффективными расстройствами, что открывает перспективные возможности ранней и дифференциальной диагностики РШС (расстройств шизофренического спектра) и БАР (биполярного аффективного расстройства). Следует сразу заметить, что большее внимание зарубежные исследователи в концепциях телесности при эндогенных психических заболеваниях уделяли шизофрении, поэтому ниже мы будем обращаться преимущественно к этому расстройству.

Мы рассмотрим две ключевые зарубежные модели, на которых основываются исследования телесного опыта при эндогенных психических расстройствах, и сопоставим их с концепциями, принятыми в отечественной клинической психологии телесности: подходами В.В. Николаевой, Г.А. Ариной и А.Ш. Тхостова.

Модель «Телесного Я» О. Sakson-Obada с соавт. Названная модель призвана объединить рассмотрение тела как объекта (образ тела) и позицию субъекта, непосредственно переживающего телесный опыт [8]. «Телесное Я» здесь представлено как личностный компонент, отвечающий за дифференциацию и организацию телесного опыта в форме репрезентаций, и состоящий из телесных функций, ощущения телесной идентичности и из собственно телесных репрезентаций. Среди функций «Телесного Я» авторы различают: 1) восприятие стимулов от interoцепторов и экстероцепторов; 2) интерпретацию телесного опыта как эмоциональных проявлений или физиологических потребностей, а затем 3) их регуляцию. Функции «Телесного Я» тесным образом соотносятся с уровнями внутренней картины болезни, выделенными В.В. Николаевой: в частности, первая функция - с ее сенсорным уровнем (перцептивные ощущения); вторая – с эмоциональным (аффективное реагирование) и интеллектуальным (когнитивные представления); третья – с мотивационным (отношение к состоянию, поведенческие следствия, деятельность в условиях болезни) [3]. В состав ощущения телесной идентичности входят: 1) чувство единства с телом, 2) ощущение пространственной и временной телесной целостности и 3) восприятие границ тела; 4) примордиальное жизнеощущение как имплицитное ощущение себя живым. Последний элемент «Телесного Я» – репрезентации телесных ощущений, состояний и устойчивых характеристик. Авторы называют его образом тела, который связан, прежде всего, с представлением о собственной внешности и отношением к ней: удовлетворенностью своим внешним видом, физическим состоянием или формой, принятием биологического пола.

Представленная модель легла в основу эмпирических исследований, проведенных как на неклинической выборке, состоящей из здоровых людей, лиц, переживших травму, и людей с ненадежным типом привязанности, так и на клинических группах [8]. Результаты проведенного авторами эмпирического исследования показывают, что при шизофрении наблюдаются нарушения «Телесного Я», которые выражаются в следующих феноменах: 1) как снижение, так и повышение порога чувствительности к боли, к проприоцептивной и ольфакторной стимуляции; 2) трудности в идентификации, установлении источника и интерпретации эмоциональных и физиологических нужд и совладания с ними; 3) нарушения в ощущении телесной идентичности: чувство внутренней смерти, размытие телесных границ, неузнавание себя в зеркальном отражении; 4) нарушения в образе тела: сложности во включении телесных атрибутов, связанных с биологическим полом, в схему тела и

обобщенное представление о себе; низкая оценка физического благополучия, соотносящаяся с недостаточностью произвольной регуляции эмоциональных и физиологических состояний; а также сниженная оценка собственного внешнего вида. Сверх того, исследователям удалось обнаружить, что позитивные симптомы связаны с нарушениями в ощущении телесной идентичности, повышением порога чувствительности, трудностями в регуляции аффективных и физиологических состояний и негативной оценкой собственной внешности.

Рассмотренная модель согласуется с феноменологическим подходом К. Ясперса к психосоматическим феноменам. Он указывает на реципрокную связь между психическим и соматическим, на «единство души и тела как живую целостность» и «сопряженные проявления физического и психического как доступный исследованию факт», а также проводит дифференциацию души и тела, где первое означает как непосредственное переживание, лежащее в основе экспрессивных проявлений, целостности и принадлежности «Я» субъекту, а второе как «морфологический гештальт живого» [6, с. 279]. Sakson-Obada с соавт. попытались объединить эти стороны в единой системе. Описанный подход близок к положениям отечественной клинической психологии телесности прежде всего в том, что в обеих концепциях постулируется важность выделения и изучения не только клинически значимых симптомов, связанных с нарушением телесного функционирования, но и психосоматических феноменов [3]. Помимо этого, и в модели «Телесного Я», и в отечественной психологии тело рассматривается как иерархически организованная квазисистема, что предполагает изучение нарушений телесного опыта как мультикаузальных, опосредованных и системных [1, 5].

На наш взгляд модель, предложенная Sakson-Obada с соавт., представляет наиболее целостную картину телесного опыта, соотнося аспект субъективного переживания и доступных объективному наблюдению проявлений. Кроме того, в этой концепции не только четко обозначено авторское понимание терминов клинической психологии и психопатологии телесности, но и выстроена система, внутри которой эти понятия субординированы. И, наконец, эта модель объединяет результаты эмпирических исследований и клинических наблюдения в единую концептуальную структуру, что позволяет ее использовать как интегративный инструмент.

Концепция телесного опыта при шизофрении G. Stanghellini с соавт. G. Stanghellini [12] использует феноменологический подход к телесности, в котором разделяется проживаемое субъективное тело (Leib) и физическое объективное тело (Körper). Проживаемое тело (livedbody) выступает сосредоточением трех граней телесного опыта, формируемых в деятельности: первичной формы самосознания, осознания значений объектов, а также интерсубъективного опыта. Первичная форма самосознания характеризуется

имплицитностью, пререфлексивностью, непосредственностью, отсутствием концептуальности и самообъективации. В ней проживающий и проживаемое соединены в единое целое. Первичная форма самосознания состоит из двух компонентов, находящихся в тесной взаимосвязи: пререфлексивного чувства того, что человек является тем, кто проживает опыт (self-ownership), и такого же примордиального чувства того, что человек является инициатором собственных действий (self-agency).

Осознание объектов и их значений непременно требует активных и рецептивных телесных ресурсов для осуществления деятельности. Здесь автор ориентируется на воззрения французского феноменолога М. Merleau-Ponty, согласно которым, пребывание в сознании предполагает пребывание в мире посредством проживаемого тела.

В отношении интерсубъективности исследователь также прибегает к концепции Merleau-Ponty, который рассматривает ее как интертелесность – непосредственную, пререфлексивную перцептивную субъект-субъектную телесную связь, которая позволяет идентифицировать себя с другим, понять его действия и переживания, а также демаркировать границу между собой и ним. Автор ссылается на исследования в области эволюционной психологии и данные нейровизуализации для подтверждения этой теории.

У этой модели есть точки соприкосновения с семиотической концепцией телесности А.Ш.Тхостова [5]. Первичная форма самосознания частично соотносится с означающим и означаемым, представленными, соответственно, чувственной тканью и телесным конструктом, тогда как осознание значений объектов сходно со знаком как означенным телесным ощущением. Интерсубъективности в культурно-историческом подходе также уделено значительное внимание, так как характер взаимодействия (в т.ч. и телесного) между ребенком и взрослым (прежде всего, в диаде мать-дитя) рассматривается как ключевой в онтогенетическом плане.

Все три названных Stanghellini компонента оказываются нарушенными при шизофрении. Общей особенностью телесности при этом расстройстве в рамках представленной концепции является бестелесность существования. На уровне примордиального самоосознания это может проявляться в виде проживания тела, лишённого души (аутопсихическая деперсонализация), или души, лишённой тела (соматопсихическая деперсонализация). В первом случае выхолащиваются мысли, эмоции, восприятия как принадлежащие телесному субъекту. Это проживается пациентами как буквальное ощущение пустоты и тотальной автоматизации тела. Во втором случае пациенты выступают как сторонние наблюдатели по отношению к собственным мыслям, аффектам и восприятиям, локализованным в теле. В обоих видах нарушения телесного самоосознания происходит крайне жесткое субъект-объектное разделение, которое, согласно автору, составляет основу

нарушений телесного самоосознания: либо есть бесплотное сознание, либо абсолютная материальность, исключая душу.

Это нарушение телесного самоосознания как основы пребывания в мире выступает в качестве первичного и влечет за собой нарушение в осознании значения объектов и в интерсубъективности. Объекты теряют для пациентов свое инструментальное значение, что выражается, например, в предпсихотическом замешательстве, растерянности. Лишенные своего практического значения, объекты могут наполняться новыми идиосинкретическими смыслами, запускающими образование бредовых идей. То же самое происходит и с понятиями, так как их предметная отнесенность ослабляется, то есть слова тоже становятся «бесплотными». Аналогичным образом и нарушения в интерсубъективном плане проистекают из недостаточности, искаженности фундаментального онтологического плана первичного телесного самоосознания: сеть социальных интеракций для пациента не предстает как взаимодействие телесных субъектов, движимых доступными пониманию эмоциями и мыслями. Происходит то, что Ю.Ф. Поляковым и его сотрудниками было обозначено как снижение избирательности актуализации знаний на основе прошлого опыта, приводящее к воспроизведению латентных признаков, и снижение социальной направленности личности [2].

Если исходить из феноменологической модели Stanghellini, то можно предположить, что причина этих феноменов, выявленных отечественными патопсихологами, заключается в первичном искажении прошлого опыта на уровне телесности. Кроме того, представленная феноменологическая модель стала теоретической основой для масштабного эмпирического исследования, в котором приняли участие 301 пациент с шизофренией и 100 пациентов с депрессией в качестве контрольной группы [13]. В этой работе был подробно изучен феномен аномальной телесности, который при шизофрении представлен динамизацией, болезненной объективацией, дисморфо- и болоподобными феноменами. Названные явления исследователи свели к двум ядерным специфическим для шизофрении фенотипам, которые позволяют проводить раннюю и дифференциальную диагностику: динамизации (dynamization) и механизации телесного опыта (thingness/mechanization), что близко к понятию автоматизма в отечественной психопатологии. Динамизация являет собой непрерывное чувство телесной дезинтеграции, а механизация – отчуждение собственного телесного опыта и переживание тела как объективированного механизма. Для сравнения, при большом депрессивном расстройстве феномен аномальной телесности представлен следующими категориями: замедленная телесная темпоральность; аномальные витальные ритмы; беспокойство в отношении своего тела; телесная деформация [7].

Выводы. Представленные концепции телесного опыта и его особенностей при расстройствах

спектра шизофрении содержат в себе ценный теоретический материал, который важно соотнести с разработками в отечественной клинической психологии телесности и культурно-исторического подхода в психосоматике. Преимуществами моделей, предложенных Sakson-Obada и Stanghellini с соавторами, выступает совмещение психопатологической и психологической перспектив, включение субъективного и объективного аспектов телесности в концептуальную структуру, наличие эмпирической базы. Кроме того, названные концепции открывают возможность построения патопсихологического синдрома при РШС на основе особенностей и нарушений телесной сферы.

Литература

1. Искажение телесного опыта полового созревания при расстройствах шизофренического спектра / Г.А. Арина, В.А. Леонова, В.В. Николаева, Л.В. Харланова // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. К 85-летию Ю.Ф. Полякова / Под общей ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. – Москва, 2013. – С. 211-219.
2. Критская, В.П. Патопсихология шизофрении / В.П. Критская, Т.К. Мелешко. – Москва: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. – 389 с.
3. Николаева, В.В. Психосоматика: телесность и культура / В.В. Николаева, Е.Б. Айвазян, Г.А. Арина. Москва: Изд-во «Академический проект», 2009. – 310 с.
4. Смулевич, А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич. – Москва: Изд-во «МЕДпресс-информ», 2019. – 304 с.
5. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – Москва: Изд-во «Смысл», 2002. – 287 с.
6. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс. – Москва: Изд-во «КоЛибри», 2020. – 1056 с.
7. Abnormal Body Phenomena in Persons with Major Depressive Disorder / G. Stanghellini, M. Ballerini, A.V. Fernandez [et al.]. // Psychopathology. – 2021. – №54(4). – P. 203-213.
8. Body Image and Body Experience Disturbances in Schizophrenia: an Attempt to Introduce the Concept of Body Self as a Conceptual Framework / O. Sakson-Obada, P. Chudzikiewicz, D. Pankowski [et al.]. // Current Psychology. – 2018. – №37. – P. 390-400.
9. Body representations and basic symptoms in schizophrenia / M. Constantini, A. Salone, G. Martinotti [et al.]. // Schizophrenia Research. – 2020. – P. 267-273.
10. Klaver, M. Bodily Experience in Schizophrenia: Factors Underlying a Disturbed Sense of Body Ownership / M. Klaver, H.C. Dijkerman // Frontiers in Human Neuroscience. – 2016. – №10.
11. Stanghellini, G. Abnormal Bodily Experience May be a Marker of Early Schizophrenia? / G. Stanghellini, M. Ballerini, P. Fusar-Poli // Current Pharmaceutical Design. – 2012. – №18. – P. 392-398.
12. Stanghellini, G. Embodiment and schizophrenia / G. Stanghellini // World Psychiatry. – 2009. – №8. – P. 56-59.
13. The bodily self: A qualitative study of abnormal bodily phenomena in persons with schizophrenia / G. Stanghellini, M. Ballerini, S. Blasi [et al.]. // Comprehensive Psychiatry. – 2014. – №55. – P. 1703-1711.

СКОРОСТЬ ОКУЛОМОТОРНЫХ И МАНУАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЗГА

Каверина М.Ю., Киселёва А.Н., Суханова А.В., Струнина Ю.В.

ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н.Бурденко», Москва, Россия

MKaverina@nsi.ru

Ключевые слова: регистрация движений глаз, айтрекинг, теппинг.

THE RATE OF OCULOMOTOR AND MANUAL REACTIONS IN THE CHARACTERISTIC OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE BRAIN

Kaverina M.U., Kiseleva A.N., Suxanova A.V., Strunina U.V.

FSAI «N. N. Burdenko NMRC of Neurosurgery», Moscow, Russia

MKaverina@nsi.ru

Keywords: eye movement registration, eyetracking, tapping test.

Введение. Описания пациента в терминах замедленности, быстрой истощаемости, инактивности, аспонтанности и ряда других, как правило, не сопровождаются количественными показателями и, скорее, являются обозначениями особенностей его поведения и доступности развёрнутому психологическому исследованию. Вместе с тем – уровень функциональной активности больного является базовой характеристикой при построении реабилитационных программ и наиболее чувствительным индикатором изменения функционального состояния мозга при лечении. В последние годы для его объективной количественной оценки всё чаще стали использоваться данные окуломоторного исследования или, как более укрепившаяся терминология, данные айтрекинга.

В работе, проведённой на факультете хирургии Университета Торонто (Канада), скорость зрительных саккад изучалась у пациентов с легкой черепно-мозговой травмой. Из центральной позиции на экране требовалось, в зависимости от цвета загоревшегося на периферии стимула, либо как можно быстрее перевести взор на этот стимул, либо выполнить саккаду в противоположную сторону, либо продолжать удерживать взор в центре экрана. Измерялись латентность, пиковая скорость, продолжительность и амплитуда саккад. Были выделены признаки, высоко коррелирующие с тяжестью посттравматического синдрома и его динамикой. Было показано, что увеличение латентности саккад свидетельствует о более длительном времени когнитивной обработки. Скорость окуломоторных реакций предлагается использовать в качестве объективного показателя динамики состояния пациентов после легкой черепно-мозговой травмы [5].

Изменения скоростных параметров в глазодвигательной сфере происходят на ранней стадии болезни Альцгеймера. Уже при лёгких когнитивных нарушениях начинает теряться эффективный контроль, связанный с запуском саккады. Он коррелирует с дефицитом управляющих функций и может быть выявлен в задаче «про\антисаккадических движений глаз». Испытуемому предъявляется центральный фиксационный крест в центре экрана, от которого, как можно быстрее, надо перевести взор к целевому стимулу, либо, наоборот, сгенерировать саккаду в противоположном направлении. Целевые стимулы в случайном

порядке, по одному, появляются слева и справа от фиксационного креста. Измеряется время реакции саккад, подсчитываются ошибочные и пропущенные саккады. Результаты этого задания высоко коррелировали с баллами по шкале MMSE и другими тестами на выявление начальных признаков доклинической стадии болезни Альцгеймера [2].

Около 30% пациентов, после выздоровления от острой инфекции SARS-CoV-2 (COVID-19), продолжают испытывать неврологические симптомы: головную боль, головокружение, нарушение обоняния и\или вкуса. В субъективных отчетах доминируют жалобы на быструю утомляемость, нарушения концентрации внимания, «мозговой туман», проблемы с памятью, повышенную тревожность. Однако объективизация и количественная оценка нейронных дефицитов в основе паттерна этих симптомов отсутствуют. Исследование, проведенное в сети больниц Аллегейни Питсбурга (штат Пенсильвания, США) и Университета Сан-Паулу (Бразилия), показало, что когнитивное тестирование с регистрацией движений глаз в комплексе с исследованием вестибулярных функций и измерением времени реакций могут объективизировать функциональные нарушения нервной системы после перенесённого COVID-19. Наиболее выражено у перенесших заболевание страдают плавное слежение взором и оптокинетические реакции. Ученые делают вывод, что отклонения в глазодвигательной системе являются «количественными биомаркерами» общего состояния здоровья мозга. При этом отмечается, что многие постковидные симптомы сходны с жалобами в синдроме хронической усталости, что говорит об их общих мозговых механизмах. Важно, что в обеих ситуациях глазодвигательные тесты выступают как объективный индикатор субъективных состояний, например, жалоб на быструю утомляемость [3].

С учетом имеющихся в литературе сведений нами было разработано программное обеспечение для новой методики с условным названием А-БОС. Целью настоящего сообщения является анализ результатов её предварительной апробации на выборке здоровых испытуемых, а также выявление связей скоростных показателей окулomotorных и мануальных реакций.

Методы. Новая методика А-БОС заключается в предъявлении испытуемому двух типов появляющихся поочередно стимулов: расположенной в центре экрана кнопки и возникающих в разных частях экрана колокольчиков. Обнаружение взором каждого стимула сопровождается соответствующим ему звуковым сигналом и подсветкой. Выполнение задания осуществляется в течение 60 секунд. Задание выполняется в двух условиях: поиск стимулов на белом фоне (без дистракторов) или поиск стимулов на зашумленном фоне среди таких же колокольчиков, как тот, который нужно найти. Программное обеспечение методики позволяет проанализировать латентные периоды обнаружения каждого стимула.

Вторая методика с условным названием Теппинг состоит в как можно более быстром

нажатии на кнопку мышки указательным пальцем правой или левой руки. Методика выполняется в течение 30 секунд, количество нажатий подсчитывается автоматически и выводится на экран компьютера.

Статистический анализ проводился с помощью языка статистического программирования R (версия 4.2.0) в интегрированной среде разработки RStudio Server (версия 1.3.1093). Использовался критерий Уилкоксона для парных сравнений. Корреляцию между количественными величинами оценивали с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Нулевую гипотезу в статистических тестах отклоняли при уровне значимости $p \leq 0,05$. В исследовании участвовали 14 здоровых испытуемых правшей в возрастном диапазоне 24-64 года.

Результаты. Для методики А-БОС была выявлена корреляция латентных периодов обнаружения стимулов с возрастом. Чем старше был испытуемый, тем больше времени ему требовалось для нахождения взором стимула. В ситуации без фона $r=0,54$ ($p=0,047$), при зашумленном фоне $r=0,72$ ($p=0,0036$). Число нажатий в теппинге имело сильную отрицательную корреляцию с возрастом. Чем старше был испытуемый, тем меньше нажатий он успевал сделать. Для левой руки $r=-0,63$ ($p=0,01$), правой руки $r=-0,72$ ($p=0,004$). Связь между окулографическими и мануальными показателями оказалась более сложной. Поиск стимула на поле без дистракторов выполняется испытуемыми быстрее, чем с фоном. Со скоростью обнаружения колокольчиков по кругу коррелирует скорость теппинга только правой руки (с левым полуполем $r=-0,65$ ($p=0,011$), с правым полуполем $r=-0,55$ ($p=0,04$)). В ситуации с фоном окуломоторные реакции становятся связанными с обеими руками для обоих видов стимулов (кнопки и колокольчики). Поиск стимула в правом полуполе с дистракторами показал достоверные корреляции глазодвижений с теппингом правой руки $r=-0,68$ ($p=0,007$) и теппингом левой руки $r=-0,64$ ($p=0,01$). Возврат к кнопке коррелировал с левой рукой $r=-0,69$ ($p=0,007$), и с правой рукой $r=-0,68$ ($p=0,007$). Т.е. чем быстрее испытуемый выполнял методику теппинг, тем меньше времени требовалось ему для нахождения стимула в правом полуполе или по центру в методике А-БОС.

Обсуждение результатов. Пилотное исследование выявило зависимость скоростных окуломоторных и мануальных показателей от возраста испытуемых. Хотя этот результат представляется достаточно ожидаемым, важным моментом является чувствительность простых и нетрудоёмких методик для выявления тонких, связанных с возрастом, когнитивных изменений. Связь окуломоторных и мануальных показателей между собой более сложная. Тестовая ситуация в А-БОС без дистракторов обнаруживает связь окуломоторных показателей только с правой рукой. Тестовая ситуация А-БОС с дистракторами обнаруживает связь окуломоторных показателей со скоростью в мануальных пробах обеих рук. Эту особенность

предстоит обсудить позднее с привлечением клинических данных.

Ранее отмечалось, что по величине латентного саккадического ответа на пусковые стимулы здоровые испытуемые могут быть разделены на «быстрых» и «медленных», причем эти подгруппы различаются и по позитивным компонентам вызванного потенциала мозга [4], а быстрота и «подвижность» взора определяют успешность запоминания визуальной информации при её предъявлении во время короткого видео [1]. Как показывают результаты предварительной апробации нашей методики, эти индивидуальные различия могут быть проиндексированы во время описанной экспериментальной процедуры.

Литература

1. Каверина М. Ю., Кроткова О. А., Данилов Г. В. Особенности динамики линии взора и запоминание событий // Вопросы психологии. — 2020. — Т. 66, № 1. — С. 143–153.
2. Chehrehnegar, N., Shati, M., Esmaeili, M., & Foroughan, M. (2022). Executive function deficits in mild cognitive impairment: evidence from saccade tasks. *Aging and Mental Health*, 26(5), 1001–1009.
3. Kelly, K. M., Anghinah, R., Kullmann, A., Ashmore, R. C., Synowiec, A. S., Gibson, L. C., Manfrinati, L., Araújo, A. de, Spera, R. R., Brucki, S. M. D., Tuma, R. L., Braverman, A., & Kiderman, A. (2022). Oculomotor, vestibular, reaction time, and cognitive tests as objective measures of neural deficits in patients post COVID-19 infection. *Frontiers in Neurology*, 13.
4. Slavutskaya M.V., Karelin S.A., Kotenev A.V., Shulgovsky V.V. The positive components of the evoked response to visual stimuli in the saccadic “go–no-go” paradigm in humans // *Human Physiology*, 2019. Vol.45. № 2. P.115–125.
5. Tirdad, K., Dela Cruz, A., Austin, C., Sadeghian, A., Mousavi Nia, S., & Cusimano, M. (2021). Machine learning-based approach to analyze saccadic eye movement in patients with mild traumatic brain injury. *Computer Methods and Programs in Biomedicine Update*, 1, 100026.

ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТТЕНУИРОВАННЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

Кафаров Е.Р.^{1,2}, Рупчев Г.Е.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия

kafarov.e@yandex.ru

rupchevgeorg@mail.ru

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Ключевые слова: нейрокогнитивные функции, аттенуированные психотические симптомы, сверх-высокий риск шизофрении.

REVIEW OF STUDIES ON NEUROCOGNITIVE IMPAIRMENTS IN PATIENTS WITH ATTENUATED PSYCHOTIC SYMPTOMS

Kafarov E.R.^{1,2}, Rupchev G.E.^{1,2}

¹ FSBI HE «M.V. Lomonosov MSU», Moscow, Russia

kafarov.e@yandex.ru

rupchevgeorg@mail.ru

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Keywords: neurocognitive functions, attenuated psychotic symptoms, ultra-high risk for schizophrenia.

Введение. Изучение когнитивного дефицита при шизофрении занимает внимание исследователей в различных клинических областях, так как все больше данных указывает на то, что когнитивная дисфункция является «ядром» шизофрении [14, 18]. Шизофрения связана с существенными когнитивными нарушениями [8, 14, 23, 24], которые в значительной степени влияют на уровень функционирования (социальную и бытовую адаптацию и автономию) больных [10, 16].

В настоящее время многие авторы настаивают на пересмотре концепции шизофрении, постулируя, что данная группа заболеваний является в большей степени когнитивным расстройством, нежели психотическим [17]. Ричард Киф с соавторами [17, 18, 19] предлагает внести когнитивный статус в качестве включающих критериев для шизофрении в классификации болезней DSM и МКБ. Исследователи приводят данные о том, что когнитивное функционирование (КФ) пациентов с таким диагнозом в среднем на 1,5-2 стандартных отклонения ниже нормы [18]. Изучение пациентов в продромальном состоянии является актуальной задачей, поскольку именно на этом этапе возможно превентивное лечение шизофрении фактически до манифестации заболевания [1, 2, 3, 5]. Сверхвысокий риск принято оценивать по выраженности стертых (аттенуированных) психотических симптомов недостаточно выраженной степени для определения манифестации заболевания [27].

Материалы и методы. Представлен обзор отечественных и зарубежных работ, посвященных изучению КФ при состояниях сверхвысокого риска шизофрении и аттенуированных психотических симптомах, поиск которых проводился в следующих базах данных: PubMed, Web of Science, РИНЦ, — по ключевым словам: когнитивный дефицит при шизофрении, когнитивные нарушения при шизофрении, аттенуированные психотические симптомы, сверхвысокий риск шизофрении, ultra-high risk for psychosis, attenuated psychotic symptoms, cognitive impairment in schizophrenia.

Когнитивные особенности у пациентов группы сверхвысокого риска. Данные ряда исследований указывают на значимые когнитивные нарушения у лиц, входящих в группу сверхвысокого риска, по сравнению с условно здоровыми [11, 13, 20]. При этом дефицит наблюдается в когнитивных доменах рабочей памяти, исполнительных функций, беглости речи и внимания. Отечественные авторы [1, 7] также указывают на снижение скорости обработки информации специфически в сферах зрительного внимания и его переключаемости. При этом у пациентов сверхвысокого риска психоза также отмечается дефицит в функциях, выделяемых в рамках отечественной нейропсихологической школы, а именно: в импрессивной речи, оптико-пространственной деятельности и пространственной памяти.

Данная группа пациентов занимает промежуточное положение по степени выраженности когнитивного дефицита между условно здоровыми и пациентами с первым эпизодом шизофрении в когнитивных доменах зрительной рабочей памяти, вербальной памяти, исполнительных функций, визуально-пространственных навыков и умственного контроля [1, 12, 21]. Также выявлено, что показатели вербальной памяти ниже у лиц, чей риск развития психоза определяется клиническими показателями, нежели у тех, у кого – на основе семейного анамнеза [26].

Некоторые исследования были посвящены сравнению тех пациентов группы сверхвысокого риска, у которых в последствии развивается и не развивается психоз. Так, наиболее примечательно, что по многим когнитивным параметрам пациенты, у которых позже развился психоз, имели такие же показатели, что и пациенты с уже манифестировавшим заболеванием [26]. Наиболее страдающими доменами были вербальная память и скорость переработки информации. Более того, пациенты группы риска, у которых впоследствии психоз не развился, по показателям вербальной памяти были схожи с пациентами, не входящими в группу сверхвысокого риска [9].

Отечественные авторы [5] провели качественный анализ пациентов группы пациентов с депрессивным эпизодом с аттенуированной психотической симптоматикой (АПС) на основе концепции патопсихологического синдрома. Так, было выделено две подгруппы пациентов с благоприятным и неблагоприятным «исходом». Были выделены особенности на уровне тенденций, что пациенты с благоприятным «исходом» в сравнении с неблагоприятным обладают меньшими нарушениями мышления в виде снижения уровня обобщения, большей распространенностью полнезависимого когнитивного стиля, более сохранной способностью к волевой саморегуляции, более устойчивой самооценки, «построением более реальных планов на будущее» (что, возможно, имеет связь с когнитивным доменом проблемно-решающего поведения и исполнительных функций в целом). Выделяется также значимая связь между исполнительными функциями и степенью выраженности аттенуированных (стертых)

психотических симптомов [22].

Заключение. Особенности когнитивной деятельности у пациентов сверхвысокого риска при продромальных стадиях характеризуются глобальным когнитивным нарушением со специфическими нарушениями функций памяти и скорости обработки информации. Кроме того, те пациенты, которые имеют более выраженные аттенуированные симптомы, имеют больший когнитивный дефицит. Пациенты группы сверх-высокого риска занимают промежуточное положение по выраженности когнитивного дефицита между пациентами вне группы риска и пациентами с первым эпизодом шизофрении.

Литература

1. Зайцева Ю. С., Корсакова Н. К., Гурович И. Я. Нейрокогнитивное функционирование на начальных этапах шизофрении и когнитивная ремедиация. Социальная и клиническая психиатрия, 2013, 23(4).
2. Каледа В. Г., Плужников И. В., Олейчик И. В., Крылова, Е. С., Омельченко М. А., Сергеева О. Е. Нейропсихологический подход к изучению когнитивного дефицита при психических расстройствах юношеского возраста. Психиатрия, 2013, № 3 (59). С. 16–23.
3. Омельченко М. А., Атаджыкова Ю. А., Мигалина В. В., Никифорова И. Ю., Каледа В. Г.. Клинические и патопсихологические характеристики юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра. Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова, 2021г, 121(5), 12-18.
4. Румянцев А. О. Аттенуированная психотическая симптоматика в структуре юношеских депрессий : клинико-психопатологические, клинико-патогенетические и прогностические аспекты: автореферат дис. кандидата медицинских наук: 14.01.06 / Румянцев Андрей Олегович; [Место защиты: Науч. центр псих. здоровья РАМН]. - Москва, 2018.
5. Румянцев А. О. , Омельченко М. А. , Мелешко Т. К. , Каледа В. Г. . Юношеские эндогенные депрессии с аттенуированной психотической симптоматикой (клинико-психологический анализ). Психиатрия, 2018, № 2(78), С. 64-72.
6. Фатеев Ю. С., Омельченко М. А., Мигалина В. В., Плужников И. В., Каледа В. Г. Нейрокогнитивное функционирование у пациентов юношеского возраста с депрессиями с аттенуированными симптомами шизофренического спектра. Психическое здоровье, 2021, 16(1), 12-21.
7. Филатова Т. В. Особенности познавательной деятельности при эндогенных депрессиях с "ювенильной астенической несостоятельностью" (Нейропсихологическое исследование) : специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Филатова Татьяна Владимировна. – Москва, 2000. – 211 с.
8. Bora E. Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2016, 70 (10), 424–433.
9. Carrión R.E., Walder D.J., Auther A.M., McLaughlin D., Zyla H.O., Adelsheim S., Calkins R., Carter C.S., McFarland B., Melton R., Niendam T., Ragland J.D., Sale T.G., Taylor S.F., McFarlane W.R., Cornblatt B.A.. From the psychosis prodrome to the first-episode of psychosis: No evidence of a cognitive decline. *J Psychiatr Res.* 2018 Jan;96:231-238.
10. Fett A.K., Viechtbauer W., Dominguez M.D., Penn D.L., van Os J., Krabbendam L.. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2011, 35 (3), 573–588.
11. Fusar-Poli P., Deste G., Smieskova R., Barlati S., Yung A.R., Howes O. et al. (2012). Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 69(6), 562–571.
12. Goghari V.M., Brett C., Tabraham P., Johns L., Valmaggia L., Broome M. et al. . Spatial working memory ability in individuals at ultra high risk for psychosis. *JPsychiatr Res*, 2014, 50,100–105.
13. Hawkins K.A., Addington J., Keefe R.S., Christensen B., Perkins D.O., Zipurksy R. et al.. Neuropsychological status of subjects at high risk for a first episode of psychosis. *Schizophr Res*, 2014, 67(2–3), 115–122.
14. Heckers S. What is the core of schizophrenia?. *JAMA psychiatry*, 2013, 70(10), 1009-1010.
15. Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 1998, 12, 426–445.

16. Hoe M., Nakagami E., Green M.F., Brekke J.S. The causal relationships between neurocognition, social cognition and functional outcome over time in schizophrenia: a latent difference score approach. *Psychol. Med.*, 2012, 42 (11), 2287–2299.
17. Kahn R.S., Keefe R.S. Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA Psychiatry*. 2013 Oct;70(10):1107-12.
18. Keefe R. S. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia?. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2008. 7(1), 22–28.
19. Keefe R.S., Harvey P.D. Cognitive impairment in schizophrenia. *Handb Exp Pharmacol*. 2012;(213):11-37. doi: 10.1007/978-3-642-25758-2_2. PMID: 23027411.
20. Keefe R.S., Perkins D.O., Gu H., Zipursky R.B., Christensen, B. K., & Lieberman, J. A.. A longitudinal study of neurocognitive function in individuals at-risk for psychosis. *Schizophrenia research*, 2006, 88(1-3), 26-35.
21. Liu C.C., Hua M.S., Hwang T.J., Chiu C.Y., Liu C.M., Hsieh M.H. et al. Neurocognitive functioning of subjects with putative pre-psychotic states and early psychosis. *Schizophr Res*, 2015, 164(1–3), 40–46, doi:10.1016/j.schres.2015.03.006.
22. MacKenzie L.E., Patterson V.C., Zwicker A., Drobinin V., Fisher H.L., Abidi S. et al. Hot and cold executive functions in youth with psychotic symptoms. *Psychol Med*, 2017, 47(16), 2844–2853.
23. Mam-Lam-Fook C., Danset-Alexandre C., Pedron L., Amado I., Gaillard R., Krebs, M. O. Neuropsychology of subjects with ultra-high risk (UHR) of psychosis: A critical analysis of the literature. *L'encephale*, 2017, 43(3), 241-253.
24. Mesholam-Gately R.I., Giuliano A.J., Goff K.P., Faraone S.V., Seidman L.J., 2009. Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology* 23, 315–336.
25. Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D.R., Dickinson, D., 2013. The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophr. Res.* 150, 42–50 2013.
26. Seidman L.J., Giuliano A.J., Meyer E.C., Addington J., Cadenhead K.S., Cannon T.D. et al. Neuropsychology of the prodrome to psychosis in the NAPLS consortium: relationship to family history and conversion to psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 2010, 67(6), 578–588, doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.66.
27. Sheffield J. M., Karcher N. R., Barch, D. M. Cognitive Deficits in Psychotic Disorders: A Lifespan Perspective. *Neuropsychology review*, 2018, 28(4), 509–533.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Кошевой Р. С.¹, Сергиенко А.А.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО МГППУ», Москва, Россия

koshevoi.renat1488@gmail.com

aumsan@gmail.com

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Ключевые слова: шизотипический диатез, предикторы шизофрении, нейропсихиатрия.

**POSSIBLE PREDICTORS OF SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS:
ANAMNESTIC DATA ANALYSIS**

Koshevoy R. S.¹, Sergienko A. A.^{1,2}

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

koshevoi.renat1488@gmail.com

aumsan@gmail.com

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Keywords: schizotypal diathesis, predictors of schizophrenia, neuropsychiatry.

Введение. Важность изучения психических расстройств определяется растущей динамикой их распространённости [2, 3]. Одна из причин роста заболеваемости психическими расстройствами связана с отсутствием надёжных маркеров психических заболеваний, позволяющих диагностировать ментальное расстройство с такой же точностью, как и соматические заболевания [1]. В данной работе производится попытка выделения возможных симптомов шизотипического диатеза на основе изучения анамнестических данных детей с расстройствами шизофренического спектра.

Цель: ретроспективный анализ анамнестических данных, направленный на поиск симптомов шизотипического диатеза, нейропсихологических коррелятов шизотипического диатеза.

Материалы и методы. 47 анамнестических сведений о пациентах с разной степенью наследственной отягощённости, страдающих следующими психическими расстройствами: шизофрения, детский тип (20 мальчиков и 4 девочки), шизотипическое расстройство личности (14 мальчиков и 7 девочек), острое полиморфное состояние с симптомами шизофрении (1 мальчик и 1 девочка). Критериями включения анамнестических сведений в исследование были: возраст детей на момент госпитализации от 6 до 15 лет; первая госпитализация в ФГБНУ “Научный центр психического здоровья”; поставленный в ФГБНУ НЦПЗ диагноз из спектра шизофрении; наличие анамнестических сведений в истории болезни. Использовались методы сбора качественных данных, методы качественного и количественного анализа (ретроспективный анализ медицинской документации).

Результаты. Критериями первичного отбора симптомов являлся возраст возникновения симптомов и время до госпитализации: в исследование включались потенциально патологические симптомы, возникающие до младшего подросткового возраста; включались симптомы, отставленные во времени на год от госпитализации и/или постановки диагноза. Всего было выделено 368 симптомов. Выделенные из анамнестических сведений потенциально патологические (в отношении шизотипического диатеза) симптомы были

разделены на 8 групп: особенности двигательной сферы, речевого развития, эмоционально-личностной сферы и страхов, когнитивной сферы и познавательной активности, особенности социального взаимодействия, ведущей деятельности (учебной и игровой), адаптации и саморегуляции, особенности вегетативной сферы.

Наиболее распространённые симптомы относятся к группе особенностей эмоционально-личностной сферы и страхов. В эмоциональной сфере у 53% детей отмечалась открытая агрессия по отношению к близким, к ровесникам в саду и начальной школе (могли часто драться, кусаться, кидаться вещами). У 27,6% детей отмечалась эмоциональная лабильность в виде беспричинного крика, неадекватно сильном реагировании на незначительные стимулы. 21,3% были упрямыми и излишне настойчивыми (например, могли требовать у матери покупки игрушки и, при неудовлетворении потребности, упасть на пол в магазине, начать кричать и ругаться). 14,9% детей характеризовались как конфликтные и такое же количество как плаксивые. В сфере страхов наиболее часто встречаемый страх - страх остаться одному, отмечался у 17% детей. Дети с этим страхом не могли засыпать в одиночестве, до дошкольного возраста они засыпали с родителями, не могли отпустить мать или отца от себя находясь в магазине, в младшем школьном возрасте не могли оставаться одни дома. На втором месте по распространённости - страх посторонних людей. Этот страх составляет 6,4%. Двое детей - 4,2%, наоборот, не имели чувства страха, совершали действия, угрожающие их жизни, не имели осторожности в поведении.

Следующими по распространённости являются особенности вегетативной сферы. К ним были отнесены особенности пищевого поведения, сна, реагирование на дискомфорт, энурез/энкопрез. Ниже представлена частота встречаемости этих симптомов в выборке (Таблица 1).

Таблица 1.

Особенности вегетативной сферы

Симптомы	Шизотип-е расстройство личности	Шизофрения, детский тип	Острое полиморфное состояние с симптомами шизофрении	Процент людей, у которых обнаружен симптом
Нарушение чувства голода/насыщения	5	5		21,28%
Избирательность в пище	3	2		10,64%
Снохождение		1	1	4,26%

Сногворение		1	1	4,26%
Поверхностный, беспокойный ночной сон	6	7	1	29,79%
Инверсия сна	2			4,26%
Энурез	6	4	1	23,40%
Энкопрез	2	1		6,38%
Отсутствие реакции на дискомфорт	4	2		12,77%

Нарушения речевого развития составляли 13,6% от общего числа выделенных симптомов. В сфере речевого развития все симптомы примерно одинаково часто встречались в выборке, что может говорить о «базисном» искажении речевого развития. Вероятно, это связано с функциональной дефицитностью, дисфункцией или искажением процесса формирования левой височной доли, что согласуется с исследованиями, отмечающими атрофические изменения в данной области у пациентов с шизофренией. Наиболее часто встречалась задержка фразовой речи и медленное пополнение словарного запаса - у 15% детей. У 10,6% детей отмечались разговоры о себе во 2-м и 3-м лице, а также задержка первых слов. С такой же частотой выявлялись внезапный регресс речевого развития и появление новообразований в речи - самостоятельно придуманных слов для описания явлений. У 10,6% детей была выявлена дислексия. В таблице 2 представлены потенциально патологические симптомы, отнесённые к особенностям когнитивной сферы и познавательной активности.

Таблица 2.

Когнитивная сфера и познавательная активность

Симптомы	Шизотип-е расстройство личности	Шизофрения, детский тип	Острое полиморфное состояние с симптомами шизофрении	Процент людей, у которых обнаружен симптом
Отвлекаемость	4	4		17,02%
Трудности концентрации	3			6,38%
Невнимательность		3		6,38%
Истощаемость		1		2,13%
Инертность	2	2		8,51%
Повышенная позн. активность		2		4,26%

Снижение познавательной активности	2	2		8,51%
Задержка формирования навыков самообслуживания	10	6		34,4%
Выключение внимания, взгляд “в никуда” без потери сознания	2	2		8,51%

Выделенные потенциально патологические симптомы были соотнесены с концепцией А. Р. Лурии о трех структурно-функциональных блоках мозга. В результате получилось следующее соотношение: 1 блок – 52,44%; 2 блок – 13,58%; 3 блок – 33,98%.

Выводы. Выявленные в ходе ретроспективного анализа симптомы во многом совпадают с результатами исследований зарубежных и отечественных ученых, ведущих работу в данной области. Было выявлено значимое преобладание симптомов, ассоциируемых с дисфункцией первого функционального блока. Можно предположить, что преобладание дисфункций первого функционального блока мозга накладывает свой патологический отпечаток на процесс созревания вышележащих структур мозга и, следовательно, высших психических функций, в первую очередь – управляющих функций. Дальнейшая работа в данном направлении должна быть нацелена на верифицирование отдельных симптомов в качестве маркеров психических расстройств и изучение их связи с вероятной патологией, которая может возникнуть в результате декомпенсации.

Литература

1. Аутохтонные непсихотические расстройства / под ред. А. П. Коцюбинского. - Санкт - Петербург: Спец.Лит, 201. - 495 с.
2. Психическое здоровье: информационный бюллетень о Целях в области устойчивого развития (ЦУР): задачи, связанные со здоровьем. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. - 2018.
3. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад ВОЗ. Женева - 2001.

ГОТОВНОСТЬ ПРИЛАГАТЬ УСИЛИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ВОЗНАГРАЖДЕНИЯ В ГРУППЕ ВЫСОКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Плакунова В.В., Омельченко М.А., Алфимова М.В.

ФГБНУ НЦПЗ

Москва, Россия

jackfrost14.12@gmail.com

Ключевые слова: мотивация, экспериментальный метод, шизофрения, шизотипия, негативные симптомы, продром.

WILLINGNESS TO EXPEND EFFORT FOR REWARDS IN A GROUP OF CLINICAL HIGH-RISK FOR SCHIZOPHRENIA

Plakunova V.V., Omelchenko M.A., Alfimova M.V.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

jackfrost14.12@gmail.com

Keywords: motivation, experimental method, schizophrenia, schizotypy, negative symptoms, prodrome.

Введение. Изучение начальных этапов формирования шизофренического процесса является необходимым условием для раннего выявления расстройства, а следовательно, способствует разработке способов ранней терапевтической интервенции. На данный момент известно, что первичные негативные симптомы появляются задолго до манифестации шизофрении [Смулевич А.Б. с соавт., 2017], поэтому именно к ним приковано больше всего внимания в изучении ранних этапов заболевания. К негативным проявлениям шизофрении относится амотивированность, которая сильно влияет на качество жизни пациента и вместе с тем трудна в плане как медикаментозной, так и психотерапевтической коррекции. В качестве показателя мотивации рассматривается процесс принятия решения о приложении усилий для достижения награды. Для его оценки созданы экспериментальные методы, в том числе методика EEfRT. С ее помощью в ряде работ выявлены особенности этого процесса у больных шизофренией после начала заболевания [Treadway et al. 2015; Chang et al. 2019; Ince Guliyev et al. 2022]. Вместе с тем пока опубликовано только одно исследование готовности прилагать усилия на стадии, предшествующей манифестации психоза – у лиц из группы высокого клинического риска шизофрении (ВКР) [Strauss GP et al., 2021]. В ней показано отличие лиц из группы ВКР от здоровых. Вопрос о том, насколько выявленные изменения сходны с теми, что наблюдаются после начала шизофрении, остается не исследованным.

Целью настоящей работы является рассмотрение особенностей готовности прилагать усилия в группе ВКР в сравнении с группой молодых больных шизофренией и здоровых.

Материал и методы. Было обследовано 15 больных, соответствующих критериям ВКР по наличию аттенуированных психотических симптомов (средний возраст $19 \pm 1,81$ лет). Пациенты были госпитализированы по поводу депрессивного состояния. Группами сравнения служили 15 больных расстройствами шизофренического спектра (F2 по МКБ-10 F20, 21, 23,

25), находившихся на начальной стадии развития заболевания (19.94 ± 3.38 года), и 15 здоровых добровольцев, подобранных к группе больных по возрасту (23.00 ± 2.19 года). Все группы состояли из молодых мужчин.

Для оценки готовности прилагать усилие использовалась модифицированная версия EEfRT [Плакунова и др, 2019]. Методика направлена на изучение процесса принятия решения о приложении физических усилий к получению денежного вознаграждения в зависимости от вероятности и величины награды.

Анализировали количество выборов трудных задач в целом, а также для каждого из условий (вознаграждение, вероятность, вознаграждение \times вероятность). Для межгрупповых сравнений использовали непараметрическую статистику – дисперсионный анализ (ANOVA) Краскелла-Уоллиса с post-hoc попарными сравнениями с поправкой Бонферрони.

Результаты и их обсуждение. Группы значительно различались по всем пяти изученным показателям (все p с поправкой Бонферрони < 0.005). По сравнению со здоровыми больные обеих групп реже выбирали трудные задачи в целом, при высокой и средней вероятности получения вознаграждения, при максимальном обещанном выигрыше и в оптимальных условиях (высокая вероятность \times высокое вознаграждение). Больные из группы ВКР находились по изученным параметрам между здоровыми и больными шизофренией. Дальнейшее попарное сравнение показало, что контрольная группа статистически достоверно отличалась от каждой из групп больных по всем анализируемым показателям (все $p_{корр} < 0.01$). Вместе с тем различия между группой ВКР и группой с расстройствами шизофренического спектра оказались не значимы.

Заключение. Таким образом, у лиц с высоким клиническим риском развития шизофрении наблюдаются сходные с больными шизофренией нарушения процесса принятия решения о приложении усилий для получения вознаграждения. Полученные данные расширяют представления о значении таких нарушений в качестве маркеров предрасположенности к развитию шизофрении и согласуются с исследованием Strauss et al. [Strauss GP et al., 2021]. Однако механизмы, лежащие в основе этих нарушений на разных этапах развития заболевания, требуют дальнейшего изучения.

Литература

1. Смулевич А. Б. и др. Эволюция учения о шизофреническом дефекте //Журн. неврол. и психиатр. – 2017. – №. 9. – С. 117. doi:10.17116/jnevro2017117914-14
2. Плакунова В. В. и др. Модификация задачи «Приложение усилий для получения вознаграждения»(EEfRT) для изучения мотивации больных шизофренией //Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8. – №. 4. – С. 138-155. doi: 10.17759
3. Treadway MT, Peterman JS, Zald DH, Park S. Impaired effort allocation in patients with schizophrenia. Schizophr Res. 2015 Feb;161(2-3):382-5. doi: 10.1016/j.schres.2014.11.024. Epub 2014 Dec 5. PMID: 25487699; PMCID: PMC4308548.
4. Chang WC, Chu AOK, Treadway MT, Strauss GP, Chan SKW, Lee EHM, Hui CLM, Suen YN, Chen EYN. Effort-based decision-making impairment in patients with clinically-stabilized first-episode psychosis

and its relationship with amotivation and psychosocial functioning. Eur Neuropsychopharmacol. 2019 May;29(5):629-642. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.03.006. Epub 2019 Mar 15. PMID: 30879927.

5. Ince Guliyev E, Guloksuz S, Ucok A. Impaired Effort Allocation in Patients with Recent-Onset Schizophrenia and Its Relevance to Negative Symptoms Assessments and Persistent Negative Symptoms. J Clin Med. 2022 Aug 28;11(17):5060. doi: 10.3390/jcm11175060. PMID: 36078990; PMCID: PMC9457458.

6. Strauss GP, Bartolomeo LA, Luther L. Reduced willingness to expend effort for rewards is associated with risk for conversion and negative symptom severity in youth at clinical high-risk for psychosis. Psychol Med. 2021 Jun 14:1-8. doi: 10.1017/S003329172100204X. Epub ahead of print. PMID: 34120660.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ Я-КОНЦЕПЦИИ В РАМКАХ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Рыжов А.Л.

ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия.

andrey.ryzhov@gmail.com

Ключевые слова: патопсихологическая диагностика, Я-концепция, саморассогласование, самокомпартиментализация, сложность Я-концепции.

PROMISING METHODS OF SELF-CONCEPT ASSESSMENT IN PATHOPSYCHOLOGICAL INVESTIGATION

Ryzhov A.L.

FSBI HE M.V. Lomonosov MSU, Moscow, Russia.

andrey.ryzhov@gmail.com

Keywords: clinical psychological assessment, self-concept, self-discrepancy, self-compartmentalization, self-concept complexity.

Одна из актуальных проблем патопсихологической диагностики заключается в том, что задачи, выходящие на первый план и привлекающие все больший интерес, такие, как оценка аффективных расстройств, нарушений идентичности и идентификации, оценка личностных и когнитивных факторов, формирующих уязвимость для травматических переживаний и турбулентных форм прохождения возрастных и жизненных кризисов, оказываются недостаточно обеспеченными методическим инструментарием. В диагностическую практику активно внедряются опросники, однако, их интеграция в структуру патопсихологического обследования, ориентированного на описание наблюдаемых в ходе взаимодействия с психологом особенностей психологических процессов, эмоциональных реакций, доминирующих или подспудно проявляющихся неосознаваемых мотивов, черт личности и характера, представляет собой проблему и редко происходит гармонично. Задача данного

сообщения – привлечение внимание к некоторым зарубежным методам исследования Я-концепции, разработанным для решения исследовательских задач, которые, представляется, могут продуктивно использоваться практикующими психологами, воспитанными в традициях отечественного патопсихологического подхода.

Три рассматриваемых метода – это основанный на формализованном самоописании «опросник Самостей» (Selves questionnaire) и – использующие идентичную задачу классификации личностных черт, впервые предложенную Р. Зайонцом, но с разной обработкой результатов – измерение сложности Я (self-complexity measure) и самокомпартиментализации (self-descriptive card sorting task). Три метода имеют разные концептуальные основания. «Опросник Самостей» разработан в рамках теории саморассогласования (self-discrepancy) Э.Т. Хиггинса, являющейся теорией мотивации (позже претерпевшей ряд уточнений) и объясняющей различия в том, как люди концептуализируют значимые для них цели. Предполагается, что поведение направлено на редукцию негативных эмоций, вызываемых рассогласованием между воспринимаемым актуальным Я и ориентирами – идеальным Я (эмоции подавленности, связанные с расстройствами депрессивного спектра) и Я, каким должен быть (эмоции возбуждения, связанные с тревожными расстройствами) [6]. Сложность Я – количество разных аспектов (ролей, отношений, комплексов личностных черт и пр.), которые может у себя определить человек – рассматривается, как когнитивный фактор, модулирующий влияние жизненных событий на мысли и эмоции по поводу собственной личности, и, соответственно, снижающий вероятность аффективных колебаний и импульсивности. Эту идею автор иллюстрирует метафорой «не класть все яйца в одну корзину» [2]. Напротив, в модели самокомпартиментализации (буквально, саморасчленения) К.Шоуэрс (Showers) использует метафору «отделять гнилые яблоки от хороших» [5]. В этом случае описываются убеждения о собственной личности, которые могут располагаться в континууме компартиментализованности, т.е. разделения исключительно хороших и исключительно плохих (слабых) сторон Я, или сбалансированности, когда разные аспекты собственного Я воспринимаются, как включающие как сильные, так и слабые черты. Компартиментализованные структуры в случае высокой значимости тех аспектов Я, которые оцениваются позитивно, связаны с более высокой самооценкой и позитивным аффектом, но оказываются уязвимыми, если негативные Я-аспекты по тем или иным причинам становятся более значимыми. Поскольку сами методы могут быть полезны и вне изначального концептуального обоснования, обсуждение возможностей и ограничений, а также эмпирической поддержки этих концепций можно оставить за пределами данной статьи. Стоит только отметить, что в более обобщенном рассмотрении структурных особенностей Я-концепции, теория саморассогласования ставит

акцент на позитивном значении ее интеграции (рассогласование - причина негативных аффектов и расстройств), теория сложности Я – на позитивном значении дифференциации (чем больше когнитивных аспектов, тем лучше амортизируются удары по самооценке), а теория самокомпартиментализации пытается охарактеризовать разные формы интеграции-дифференциации, не одинаково проявляющие себя в разных контекстах.

1. Имеющий обманчивое название **«Опросник самостей»** является гибким методом, основанном на инструкции перечислить (письменно) черты, характеризующие Я человека, какой он есть в реальности, каким он хотел бы быть (Я идеальное) и каким, как он считает, он должен быть (Я должное). Я актуальное и три «ориентира» затем также оцениваются с точки зрения (заранее определенного) значимого другого, каждый список желательно разместить на отдельном развороте сложенного листа бумаги. Затем испытуемый вновь обращается ко всем заполненным спискам и оценивает каждую характеристику с точки зрения того, насколько он ей обладает, хотел бы или должен обладать по шкале от 1 (слегка) до 4 (максимально). Обработка заключается в подсчете индексов рассогласования отдельно для каждой пары ориентиров. Чаще всего оцениваются рассогласования Я-актуальный/Я идеальный и Я-актуальный/Я-должный, а среди разных точек зрения (собственной и значимых близких) выбирается та, которая дает больший индекс рассогласования (которая считается более доступным для осознания ориентиром своего типа). Для подсчета индексов последовательно сравниваются из одного списка с чертами второго списка, и определяется, относятся ли они к синонимичным (определяется по словарю), синонимично-рассогласованным (синонимичные пары, у которых оценки различаются на 2 и более балла), антонимичным и несвязным (любые другие семантические отношения, далее не учитываются). Затем сумму синонимичных ответов вычитают из суммы антонимичных ответов (умноженных на два) и синонимично-рассогласованных ответов (формализованный вариант описан в Кургинян, 2013) [1]. Положительные значения рассматриваются, как рассогласование, но может использоваться и величина индекса рассогласования (важно помнить, что она зависит от числа характеристик и поэтому носит скорее технический характер). Метод имеет ряд слабостей, проявляющихся прежде всего при его использовании в исследованиях: сложность и иногда произвольность шифровки, трудности достижения нормального распределения показателей рассогласования, редкость (и произвольность критерия) диагностики самого феномена рассогласования (менее 20%). Альтернативные подходы, использующие универсальные списки черт или основанные на прямом оценивании (человека не просят описывать актуальное Я, а оценивают средние баллы обладания перечисленными чертами Я-идеального и Я-должного), а также использующие вместо словарной синонимичности критерий отнесенности к более широким личностным чертам (например, фасеткам Большой пятерки) ориентированы на преодоление

этих недостатков. В практической диагностике, однако, идиографический и гибкий характер оригинальной методики представляется скорее преимуществом. Не только амплитуда, но и содержание рассогласований может представлять интерес. Обсуждение результатов может характеризовать критичность и гибкость позиции. Модификации (представленные в литературе) могут включать оценку пугающего Я (кем не хотел бы стать), а также использование графических приемов (Я реальный, Я идеальный и пр. изображаются в виде рисунков, а характерные черты, кроме подписей, обозначаются символическими атрибутами) [3]. Оценка рассогласований не является новой задачей в диагностике, она используется в работе с методикой Дембо-Рубинштейн, но в случае опросника самостей ее источником являются другие данные, более конкретного характера, что, представляется, менее зависит от влияния ситуативных факторов и эмоционального тона, и в любом случае может давать уточняющую информацию для заключения. В качестве иллюстрации в таблице 1 приводятся результаты выполнения методики девочкой 14 лет.

Таблица 1.

Иллюстративный протокол «Опросника самостей»

Я, как есть (Р): добрая (2), порядочная (3), хорошо учусь (3), целеустремленная (2), нестандартная (3), интроверт(2), сомневающаяся(3), непривлекательная(3)
Я какой хочу быть(И): уверенная в себе (3), общительная (3), веселая (3), худая (4), работоспособная (3)
Я, какой должна быть(Д): ответственная(4), отличница(4), заботливая(4), трудолюбивая(4), целеустремленная(4), терпеливая(4), перфекционистка(3), дружелюбная(4), скромная(4), неэгоистичной (4), уравновешенной(3); стройной(4)
Я глазами родителей (РР): ненадежная (4), добрая (4), ребенок (4), эгоистка (3)
Я, какой должна быть глазами родителей (ДР): порядочная(4), твердо стоящая на своих ногах (4); конкретная (4); ответственная(4), уверенная в себе(4), прилежная(4), общительная(4), заботливая(4), целеустремленная(4), как все(4)
Я какой боюсь стать (П): толстая (4), одинокая (4), как все (3), приземленная (3)

Индексы рассогласования: Р/И:4; Р/Д:0; Р/РР:-1; РР/ДР:4; Д/ДР:-6; Р/П:2; Д/П:2; ДР/П:-1; И/Д:-3.

Сами перечисленные характеристики в целом ожидаемы для девочки с проблемами пищевого поведения (просоциальность, перфекционизм, контроль, отрицание значимости собственных потребностей, социальная изоляция). Рассогласование выражено между Реальным и Идеальным Я, но не с Должным Я, различия связаны со стремлением к более полноценной жизни (общительность, уверенность в себе). Зато наиболее выраженным является рассогласование с точки зрения воспринимаемых родительских ожиданий, при том,

что, как образ реального Я, так и должного Я с собственной и родительской позиции не рассогласованы друг с другом. Два ориентира, связанных с долженствованием, более артикулированы (включают больше атрибутов и получают более экстремальные оценки), в то время как определить, кем она является, хочет или не хочет стать для нее сложнее. Иначе говоря, выглядит так, что образ родительских ожиданий является наиболее ярким ориентиром для девочки, недостаточно дифференцированным от собственной позиции и подменяющим ее. При этом обращает на себя внимание, что ряд его характеристик общи с «Пугающим Я» (приземленная/конкретная, твердо стоящая на ногах). Переживание ситуации с собственной позиции акцентирует межличностные проблемы, с родительской позиции – проблемы достижений и автономии.

2. Классификация личностных черт, используемая для оценки сложности Я и самокомпартиментализации, имеет незначительные вариации. Во втором случае набор характеристик заранее разделен на позитивные и негативные. Предъявляется набор карточек (от 33 до 40) с личностными атрибутами (полученный в пилотном исследовании список можно получить у автора статьи). Инструкция просит подумать о разных сторонах или аспектах своей личности или своей жизни (можно привести простые примеры, например, Я, как ученик, Я, как друг) и записать их (список может уточняться). Затем предъявляется набор карточек, из которых просят отобрать те, которые подходят для первого аспекта (ответы записываются в столбик). Затем то же повторяется для остальных аспектов, при этом количество аспектов и выбранных для них черт может быть любым, нет необходимости использовать все карточки и карточку можно использовать для нескольких аспектов (субъективно более простой является процедура, когда выбранные для одного аспекта карточки далее не перемешиваются с остальными, а если субъект хочет уже выбранную черту отнести к другой группе, использовать пустые карточки). Оценка сложности Я отражает два аспекта сортировки – количество выделенных групп и степень их различия между собой. Линвилль, как меру сложности, использовала показатель информационной избыточности H , но позже было обосновано использование двух показателей: (а) число выделенных групп и (б) индекс пересечения [4], который несложно рассчитать, если заносить данные в таблицу Excel, где строки - список личностных черт, столбцы - выделенные группы, а 1 или 0 обозначают выбор. Для практических задач, однако, его можно заменить простой пропорцией общих атрибутов (в каждой паре групп надо посчитать число повторов, умножить на два и разделить на общее число атрибутов в двух группах, затем можно вывести средний показатель). Число групп и индекс пересечения имеют противоположный смысл, при желании общий показатель сложности можно получить путем деления первого на второе. Для психолога, однако, больший интерес могут представлять выбранные характеристики разных аспектов личности с

содержательной стороны. В качестве перспективных модификаций Я-аспекты могут задаваться специально (что в практике работы с подростками часто необходимо), включая, например, Я в больнице, Я в период обострения расстройства, Я дома, Я в школе, Я с друзьями, Я, когда хучею и пр.

Индекс компартиментализации оценивает распределение позитивных и негативных атрибутов в разных группах и основан на показателе ϕ , являющемся квадратным корнем отношения статистики *хи-квадрат* к числу использованных атрибутов (варьируется от 0 – максимальный баланс, т.е. равномерное распределение позитивных и негативных характеристик в разных группах, до 1 – максимальная компартиментализация). Показатель легко рассчитывается с использованием доступных онлайн-калькуляторов статистики *хи-квадрат* (например, math.semestr.ru/corel/contingency.php, где можно посчитать сразу ϕ - коэффициент Крамера). Для этого результаты необходимо представить в виде таблицы, где столбцы – разные аспекты Я, первая строка – количество негативных, вторая – количество позитивных выборов. Кроме него, оценивается пропорция негативных характеристик в сортировке в целом, что может рассматриваться как косвенный показатель самоотношения и самооценки. Данный подход лучше работает, когда аспекты личности выделяются самостоятельно, так как он больше ориентирован на исследование эмоционального самоотношения и может проявлять такие значимые характеристики, как склонность к дихотомичному мышлению, расщепление и пр. Вариации могут использоваться для оценки не разных аспектов собственной личности, а значимых людей, и, соответственно, характеристики субъективных искажений в восприятии межличностных отношений. Пример ниже из обследования подростка со смешанными расстройствами эмоций и поведения, 13 лет.

Таблица 2.

Иллюстративный протокол самоописательной сортировки личностных черт

Я дома: вспыльчивый(-), раздражительный(-), ленивый(-), упрямый (-), нетерпеливый(-) неорганизованный (-), утомленный (-), уверенный (+)
Я в школе: скучный (-), ленивый (-), неорганизованный (-), безнадежный (-), застенчивый (-)
Я во дворе: напряженный (-), агрессивный (-), независимый (+), раздражительный (-), вспыльчивый (-), неорганизованный (-), гордый (+)
Я у бабушки: счастливый (+), уверенный (+), честный (+), забывчивый (-), смелый (+), общительный (+), спокойный (+)
Я в больнице: оптимист (+), утомленный (-), ленивый (-), честный (+), спокойный (+), скучный (-)

Число групп: 5; пропорция пересечения: 0,29. Пропорция негативных характеристик: 0,64; индекс компартиментализации ϕ : 0, 63. Данные показатели могут рассматриваться, как относительно низкие с точки зрения сложности Я (в среднем группы на треть схожи, учитывая что основной вклад в различия вносит группа Я в больнице, вероятно, отражающая установочные ответы – оптимист, честный), и как выраженная тенденция к компартиментализации. Содержание выделенных Я-аспектов, достаточно формальное, намекает на ограниченность важных жизненных отношений (нет значимых хобби, референтной группы и пр.). Аспекты разделены на один явно позитивный (у бабушки) и три негативных (дома, в школе и больнице), т.е. большая часть воспринимаемой жизни связывается с фрустрацией и негативным отношением к себе и происходящему, при этом опыт поляризован (Я у бабушки имеет лишь 1 общую характеристику с любыми другими Я аспектами). Парадоксально, «я в больнице» выглядит как более сбалансированный аспект собственного Я, видимо, воспринимаемый как временное облегчение. В заключении данные выполнения методики могут быть использованы как для характеристики недифференцированности и слабой интеграции Я-концепции, так и для описания особенностей переживания жизненной ситуации (подтверждающую гипотезу о роли трудностей адаптации в поддержании поведенческих расстройств ребенка).

В качестве подведения итогов, отметим, что, для категоричной рекомендации использования этих методик в формате патопсихологического обследования требуется накопление опыта. Достоинствами, способствующими их интеграции в инструментарий патопсихолога, выглядит их простота, гибкость и возможность модификации под рабочие гипотезы, возможность качественного анализа данных, не требующей специальной квалификации. Методики не должны рассматриваться, как измерительные инструменты строго определенных конструктов (саморассогласование, сложность Я, самокомпартиментализация), они могут использоваться для операционализации таких значимых клинических феноменов, как дихотомическое мышление, перфекционистские установки, уровень рефлексивности и критичности, зрелость я-концепции. Они могут использоваться как взаимодополняющие с более косвенными или основанными на эмоциональном отношении методами, такими, как самооценка по Дембо-Рубинштейн и проективные методики. Сам «сырой» материал выполнения задания может использоваться как иллюстративный при написании заключения. Немаловажно и то, что методики понятны для самого субъекта, могут использоваться как материал для беседы, для обратной связи и уточнения мишеней психокоррекционных мероприятий.

Литература

1. Кургинян С.С. Апробация опросника самостей // Психология. Журнал ВШЭ, 2013, 10(2). – 122–137.
2. Linville P. Self-complexity and affective extremity: Don't put all of your eggs in one cognitive basket // *Social Cognition*, 1985, 3(1). – 94-120.
3. Mason T. et al. Self-discrepancy theory as a transdiagnostic framework: a meta-analysis of self-discrepancy and psychopathology // *Psychological Bulletin*, 2019, 145(4). – 372–389.
4. Rafaeli-Mor E., Gotlib I., Revelle W. The meaning and measurement of self-complexity // *Personality and Individual Differences*, 1999, 27(2). – 341-56.
5. Showers C. Compartmentalization of positive and negative self-knowledge: keeping bad apples out of the bunch // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1992, 62 (6). – 1036-1049
6. Strauman J., Higgins E.T. Self-discrepancies as predictors of vulnerability to distinct syndromes of chronic emotional distress // *Journal of Personality*, 1988, 56(4). – 685-707.

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОГА И ФОРМИРОВАНИЕ СЛУХОВЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ

Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

olgasagalakova@mail.ru

truevtsev@gmail.com

olga.zhirnova.2015@mail.ru

Ключевые слова: голоса, психотические переживания, социальная тревога.

PATHOPSYCHOLOGICAL PATTERNS OF VOICES FORMATION IN THE CONTEXT OF SOCIAL ANXIETY ROLE

Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Zhirnova O.V.

FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

olgasagalakova@mail.ru

truevtsev@gmail.com

olga.zhirnova.2015@mail.ru

Keywords: voices, psychotic experiences, social anxiety.

Введение. Логика психологического осмысления феномена слуховых галлюцинаций (СГ) идет от понимания их как «восприятий без объекта» - через включение в поле анализа активного субъекта и рассмотрение их в виде нарушений когнитивно-перцептивной деятельности – к признанию голосов как психосоциально значимого события, а также связей неблагоприятных ситуаций и контента СГ, реакций на них человека [2, 4]. Голоса перестают определяться как исключительно психопатологическое явление, рассматриваются в контексте фундаментальных проблем современной патопсихологии, с учетом роли психологического

опыта в формировании и поддержании симптома [1, 3].

Согласно Маастрихтскому подходу к пониманию СГ, голос – реакция на неразрешенные психотравмирующие события, наполненная личностно значимым смыслом. Содержание голосов ценно, терапевтически целесообразно вести диалогическую коммуникацию [4], что идет вразрез традиционной позиции, заключающейся в редукции СГ. Биологическим выздоровлением считается отсутствие голосов, несмотря на факты частой резистентности СГ к фармакотерапии, усиления голосов при столкновении с ситуациями-триггерами.

Социальное поражение – общий механизм, представляющий один из основных факторов риска психоза, а также медиатор связи детской травмы и психотических переживаний (ПП), в том числе голосов [4]. В контенте ПП часто воплощаются межличностные угрозы (голоса высмеивают, оскорбляют, презирают и т.д.). СГ слышащими голоса воспринимаются как враждебные и доминирующие, окружающий мир, как тотально угнетающий, а сам человек оценивает себя как беспомощного и уязвимого. Люди со СГ нередко сообщают о социальной тревоге (СТ) [2], однако результаты исследований о связи указанных феноменов противоречивы. Вероятно, возможность решения проблемы несогласованности получаемых данных сопряжена с анализом закономерностей формирования СГ в контексте СТ, социального опыта, с задачей раскрытия континуальности обманов восприятия.

Материал и методы. Цель – исследование патопсихологических закономерностей формирования СГ в контексте роли СТ на разных этапах динамики ПП. Тестирование проводилось на базе Алтайской краевой клинической психиатрической больницы имени Ю.К. Эрдмана, а также онлайн. Выборка включала 122 человека, сформированы группа нормы (73 чел.) и клиническая выборка (49 чел.), в которую входили пациенты с психотическими и субпсихотическими симптомами. Использовались методики: Опросник психотических переживаний (ОПП) (Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В.), Опросник выраженности психопатологической симптоматики, шкалы «Психотизм», «Симптомы паранойи», «Обсессивно-компульсивные симптомы» (SCL-90-R; Дерогатис Л.Р., адаптация – Тарабрина Н.В.), Опросник социальной тревоги и социального тревожного расстройства (Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.). Программы анализа данных: SPSS 26, JASP 0.16.4, Jamovi 2.2.3.0. Методы математико-статистической обработки данных: корреляционный, регрессионный и медиаторный анализ.

Результаты. ОПП помимо суммарного показателя симптомов включает оценку разных типов психотического опыта – легкая, умеренная и выраженная группы симптомов, – которые отличаются не столько количественно, сколько качественно. Динамика утяжеления симптомов проходит путь от «Объективации мышления и дефицита контроля» (субшкала «Объективация процесса мышления») через «Отчуждение и интрузивные феномены»

(субшкалы: «Дереализация и деперсонализация», «Отчуждение привычного опыта», «Интрузивные переживания «внутри головы» (голоса, звуки, сцены)») к «Психическому автоматизму» (субшкалы: «Открытость мыслей», «Переживание управляемости извне»). Опыт голосов появляется уже на уровне умеренных ПП, когда внутренняя речь повторно расширяется, еще воспринимаясь как локализованная внутри головы или рядом, но отчужденная, вторгающаяся в сознание. Появление командных СГ знаменует стадию пика отчуждения психических процессов, переживаемого как психический автоматизм, а голоса наделяются остро негативным контентом, что вызывает конфронтацию с ними.

Шкала «Психотизм» положительно связана со шкалами и субшкалами ОПП (диапазон $r > 0,4-0,7$; $p < < 0,0001$). Субшкала «Переживание управляемости извне» коррелирует с «Психотизмом» ($r = 0,4$; $p < < 0,0001$), «Симптомами паранойи» ($r = 0,3$; $p < 0,01$), с «Обсессивно-компульсивными симптомами» взаимосвязь определяется на уровне статистического тренда ($r = 0,17$; $p > 0,06$). Сильные ассоциации шкал SCL-9-R получены с начальными этапами развития ПП ($r > 0,4-0,6$; $p < < 0,0001$), его общим показателем ($r > 0,6-0,7$; $p < < 0,0001$). Суммарный показатель ОПП, шкалы и субшкалы опросника, кроме субшкалы «Переживание управляемости извне», положительно коррелируют с СТ и ее компонентами (диапазон $r = 0,17-0,5$; $p < 0,05- < < 0,0001$) (табл. 1). На более ранних этапах развития ПП (субшкалы: «Объективация процесса мышления» и «Дереализация и деперсонализация») отмечаются наиболее высокие связи с составляющими СТ. При ПП, которые встречаются и в норме, характерны СТ в ситуациях оценивания, при проявлении инициативы, решении повседневных задач, самосфокусированности внимания, негативном межличностном опыте.

Таблица 1.

Корреляционный анализ Пирсона субшкал ОПП с СТ

	СТ	(r, Pearson)	p
1 шкала	Объективация процесса мышления	0.46	<0,00001
2 шкала	Дереализация, деперсонализация	0.45	<0,00001
	Отчуждение привычного опыта	0.39	<0,0001
	Интрузивные переживания "внутри головы" (голоса, звуки, сцены)	0.26	<0,01
3 шкала	Открытость мыслей	0.32	<0,001
	Переживание управляемости извне	0.04	>0,6

По мере нарастания выраженности ПП сценарий корреляций с СТ и ее компонентами изменяется: связь перестает достигать порога статистической значимости, находясь близко к околонулевым значениям. На высоте ПП посредством прямого тестирования СТ не определяется, поскольку угрозы, будучи «выведенными» вовне, воспринимаются персонализированными объектами, при этом контент командных голосов является

негативным, содержит темы межличностного поражения, власти, насилия.

СТ встраивается в контекст проявлений симптоматики SCL-9-R (корреляции значимы при $r > 0,5$; $p < 0,0001$). Симптомы навязчивостей, настороженности тесно связаны с индикатором неблагоприятного опыта межличностных отношений. Явления стигматизации могут вторично усиливать тревожные проявления, формируя патологический цикл генеза симптомов. СТ ($\beta = 0,23$; $p < 0,01$), шкалы SCL – «Психотизм» ($\beta = 0,4$; $p < 0,0001$), «Симптомы паранойи» ($\beta = 0,3$; $p < 0,001$) и «Обсессивно-компульсивные симптомы» ($\beta = 0,3$; $p < 0,001$) – значимые регрессионные предикторы голосов. Медиаторный анализ показал ($z = 2,89$; $p < 0,02$; медиация – 59%), что симптомы навязчивостей опосредуют связь между СТ и переходом к тяжелой форме ПП и командным голосам в их структуре, облегчая путь от тревоги к отчуждению психики.

Выводы. Если при легких и умеренных формах ПП прямая корреляция с СТ и ее компонентами высокая, то при выраженных ПП она ослабевает и перестает быть статистически значимой, однако СТ остается регрессионным предиктором голосов. На высоте ПП СТ не исчезает, ассоциация СТ с тяжелыми ПП качественно трансформируется, становится опосредствованной. При интенсификации психического автоматизма характерны нарушение чувства агентности (agency), искажение привычного контроля психических процессов, что создает ограничения для оценки переживаний как «своих» и соотнесения их с формулировками пунктов опросников. Верифицируемая связь контента голосов на всех этапах ПП с межличностными психотравмирующими событиями позволяет по-новому осмыслить взаимосвязь роли межличностного опыта при голосах. Обращение к неблагоприятному опыту и переживаниям усиливает дистанцированность от них, выступая психической «анестезией». При усилении ПП атрибуция источника внутренних явлений постепенно рефокусируется «вовне», психические феномены воспринимаются как отчужденные. Навязчивые мысли усиливают вероятность перехода от неблагоприятного опыта к ПП, в т.ч. СГ. Пациенты с ПП высоко чувствительны к социальным стимулам. Понимание логики формирования СГ от объективации мыслей – через интрузивные явления «внутри головы» – к командным голосам в контексте проблемы СТ, социального поражения, межличностного насилия уточняет фундаментальные патопсихологические закономерности формирования и поддержания голосов.

Литература

1. Николаева В.В. С.Я. Рубинштейн: о вкладе развития патопсихологии // Клиническая и специальная психология. 2012. Т. 1. № 1. URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49977.shtml>.
2. Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В. Трансформация методологических представлений о «голосах» и вариантах вмешательства специалистов при слуховых галлюцинациях // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 34–61.

3. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания: новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. М.: Изд-во Форум, 2016. 288 с.
4. Longden E. et al. Engaging dialogically with auditory hallucinations: design, rationale and baseline sample characteristics of the Talking With Voices pilot trial // *Psychosis*. 2021. Vol. 13. № 4. P. 315-326.
1. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФ, проект № 22-28-01310.

НАРУШЕНИЕ МЕНТАЛИЗАЦИИ КАК ФОРМЫ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ

Соколова Е.Т.

ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

etsokolova@yandex.ru

Ключевые слова: ментализация, нарушения, нормализация клиники, культурно-историческая парадигма.

DISTORTIONS OF MENTALIZATION AS A FORM OF SOCIAL COGNITION

Sokolova E.T.

FSBI HE M.V. Lomonosov MSU, Moscow, Russia

Keywords: mentalization, disorders, clinical normalization, cultural-historical paradigm.

Важным источником понимания психологических механизмов разного рода ошибок и неточностей, возникающих в процессах индивидуального и группового социального познания, являются клинические феномены нарушения ментализации, реинтерпретацию которых мы представим ниже, опираясь на одно из направлений культурно-исторической психологии Л.С.Выготского.

Ментализация понимается как форма социального познания, позволяющая воспринимать, представлять в воображении, эмоционально относиться, придавать смысл и причинность происходящему в субъективном мире – своем и другого человека. Ментализация предполагает интеграцию как контекстуальных факторов, материальных или физических аспектов ситуации и поведения, так и внутренних субъективных переживаний, убеждений, целей и интенциональных состояний в качестве репрезентативных побудителей того или иного поведения [1]. Ментализация реализуется посредством эмоционального отношения и когнитивной интерпретации, ее полноценное функционирование основано на сочетанном и иерархически выстроенном единстве психических процессов.

Регресс в функционировании всей системы сознания происходит на самый онтогенетически ранний «низший» и «примитивный» уровень натуральной организации

сознания в целом, когда реальное и фантазийное, сенсомоторное мышление и первичные аффекты существуют в слитности, синкретическом и недифференцированном единстве *переживания*, когда в сознании Я презентует себя и объективную реальность (и Другого) не как отдельные сущности, отличные от собственных галлюцинаций, а как их слитное и недифференцированное целое («пра-Мы»). Феномен диффузии ментализации (синкрета) встречается в измененных состояниях сознания при крайней аффективной захваченности в межличностных отношениях, в состоянии ПТСР-шока как мгновенное «отключение» способности осмысления травматического опыта (в частности, насилия). Также ментализация–синкрет характерна для поэтического творчества, может сознательно культивироваться в некоторых религиозных практиках, а может свидетельствовать о паранойяльных тревогах с нарушением границ Я-Другой («пра-Мы», «одно тело, одна душа на двоих»), с некоторыми признаками «магического мышления» в понимании каузальных связей между своими желаниями и побуждениями и интенциональностью поведения другого человека.

Относительно более «высокий» уровень ментализации, как комплекса, характеризуется снижением уровня функционирования ментализации до сверх конкретности. К ее проявлениям мы относим «фотографичность» образа Я и Другого, их отождествление с поведением в определенной ограниченной ситуации взаимодействия и вытекающим из этой ситуации аффективной «окраской». Сюда относится также когнитивное упрощение, отождествление психической репрезентации с поведенческим паттерном в частной ситуации, неустойчивость и прагматичность ментализации, низкий уровень осознания и рефлексивности.

В обыденном сознании комплексная структура ментализации проявляется в убежденности в однозначной достоверности и неоспоримости суждений о мыслях и чувствах себя и Другого («я так думаю, значит, так и есть на самом деле»). Динамически подобного рода ментализации отличает догматичность и ригидность, убежденность в возможности ясновидения и «чтении человека как книгу». Нарушение функции ментализирования приводят к псевдоментализированию, когда отщепленные от реальности аутистические фантазии о себе и другом соседствуют с безликими, схематическими, лишенными эмоциональной наполненности ментальными репрезентациями. Им также присуща телеологичность как жесткость причинных связей, основанных исключительно на наблюдаемом поведении и физиологических процессах, что только и может «свидетельствовать» об определенных отношениях и переживаниях. Еще одна форма нарушения функции ментализирования заключается в злоупотреблении ментализацией, использованием парциальной способности понимать слабые места партнера по общению в целях манипулирования его чувствами,

мыслями и поведением. Механическое действие вместо ментализирования, стереотипия мышления и речи вместо способности психически представлять эмоционально травматичные события и символически, в творческом воображении их преобразовывать, детоксицировать, контейнировать является следствием хрупкости идентичности и недостаточности средств и способов внутренне автономной и сформированной системы символической саморегуляции.

Нарушение процесса ментализирования может рассматриваться как часть общей дефицитарности при диффузии идентичности. К ее проявлениям мы относим утрату чувства авторства (agency) в представлении о себе и Другом, дефицит эмоциональной сопричастности, эмпатии переживаниям – своим и других, моральную «слепоту», трудности созидания общего «фокуса внимания», «коллективной интенциональности», когнитивную упрощенность ментальных репрезентаций, их «клиповость».

Литература

1. Бейтман Э., Фонаги П. [Bateman A., Fonagy P.] Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию. Практическое пособие. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2014.
2. Выготский Л.С. Нарушение понятий при шизофрении. В кн.: Избранные психологические исследования. М.: АПН. 1956b, 481–495.
3. Соколова Е.Т. Нарушения ментализации в клинической и культурной парадигме Л.С.Выготского // Психологические исследования. 2017. Т. 10, № 56.

РАЗДЕЛ 3. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ КОНТЕКСТА НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ РОДИВШИХСЯ ДО СРОКА ДЕТЕЙ СО СТРУКТУРНЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ИХ ЖИЗНИ

Андрущенко Н.В.^{1,2}, Мухамедрахимов Р.Ж.², Иова А.С.¹

¹ ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

n.andruschchenko@spbu.ru

²СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: недоношенные младенцы, родители, эмоциональное состояние, ранняя помощь, психическое здоровье.

INFLUENCE OF CONTEXT FACTORS ON MENTAL HEALTH AND DEVELOPMENT OF PREMATURE INFANTS WITH STRUCTURAL INTRACRANIAL CHANGES IN THE FIRST YEAR OF THEIR LIFE

Andrushchenko N.V.^{1,2}, Mukhamedrakhimov R. Zh.², Iova A.S.¹

¹NWSMU, St. Petersburg, Russia

²SPbSU, St. Petersburg, Russia

n.andruschchenko@spbu.ru

Keywords: premature babies, caregivers, emotional state, early care, mental health.

Введение. Младенцы, рожденные до срока, находятся под кумулятивным воздействием стрессовых факторов, обусловленных, с одной стороны, заболеваниями, являющимися следствием неблагоприятно протекавшего внутриутробного и перинатального периода, а также проявлениями незрелости органов и систем, связанных с недоношенностью. К наиболее тяжелым заболеваниям относятся внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) и другие структурные изменения головного мозга младенца, обусловленные кровоизлиянием и проявляющиеся гидроцефальным синдромом, постгеморрагической гидроцефалией (ПГГ) [1]. С другой стороны, ребенок, в силу тяжести своего состояния, длительное время находящийся в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), а в дальнейшем – на отделениях выхаживания, разлученный с матерью, членами семьи, подвергается дополнительному воздействию стрессовых психосоциальных и средовых факторов. Это такие факторы, как недостаточная социальная поддержка семьи, длительное пребывание вне домашней среды, частая смена ухаживающих за ребенком взрослых- медицинского персонала, болезненные и пугающие медицинские процедуры [2]. С позиций функционального подхода факторами, которые могли бы способствовать устойчивости ребенка, снизить стресс и обеспечить возможность для формирования близких и безопасных отношений, регуляции эмоциональных состояний и обучения, то есть для сохранения психического здоровья [2], являются факторы окружающей среды, к ним относятся люди, которые *обеспечивают практическую физическую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту и помощь во взаимоотношениях с другими людьми* [3]. Прежде всего это члены семьи и близкие родственники, в отношении детей, родившихся до срока, чаще всего это их матери. Вместе с тем, у матерей недоношенных детей отмечаются выраженные особенности их эмоционального статуса по сравнению с матерями доношенных младенцев [4]. При этом есть обоснованные предположения о том, что недоношенные дети более чувствительны к психическому состоянию своих матерей [5]. В отношении эмоциональных характеристик и их динамики у матерей детей первого года жизни, родившихся до срока и имеющих выраженные

структурные внутричерепные изменения, имеется явный недостаток научных данных, определяющий научную актуальность данной работы, имеющей также практическую значимость для составления научно-обоснованной программы ранней помощи.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Детского городского многопрофильного клинического специализированного центра высоких медицинских технологий (Детской городской больницы №1) г. Санкт-Петербурга. Были изучены истории болезней, архивные сведения и операционные протоколы 258 недоношенных детей с диагнозом ВЖК, в лонгитюдное исследование были включены 77 преждевременно родившихся детей с диагностированным внутрижелудочковым кровоизлиянием (ВЖК) в боковые желудочки головного мозга разной степени тяжести и их матери. Проведён анализ эмоционального состояния матерей недоношенных младенцев на различных (трех) этапах обследования, два из которых проводились в госпитальных условиях, первый в ОРИТ или же в отделении патологии новорожденных сразу после перевода ребенка на отделение, второй — при достижении ребенком скорректированного возраста 3 месяца, третий — в домашней среде при достижении ребенком 12 скорректированных месяцев. Для оценки состояния матери, находящейся вместе с ребенком на отделении интенсивной терапии, в отделении реанимации использовалась *Шкала родительского стресса* (Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit, PSSNICU; Miles, 1987), а также *Шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера* (Spilberger, 1968; Ханин, 1983). На более поздних этапах выхаживания ребенка, кроме нее, использовались *Шкала депрессии Бека* (BDI – II, Beck, 1988), *Опросник для взрослых 18–59 лет Томаса Ахенбаха* (Achenbach&Rescorla, 2003).

Результаты и их обсуждение. У матерей на этапе пребывания их детей в ОРИТ выявлены высокие уровни тревожности и депрессии вне зависимости от степени выраженности структурных внутричерепных изменений у младенцев, рожденных до срока. Согласно PSSNICU наибольший стресс 89,2% респондентов-матерей испытывают от того, что им приходится находиться отдельно от ребенка (21,5-32,3-35,4% - уровень стресса средний, сильный и очень сильный соответственно), а также от того, что им кажется, что их ребенок испытывает боль (15,4-24,6-49,2% - уровень стресса средний, сильный и очень сильный соответственно). На втором месте – в 87,8% случаев в качестве источника стресса называется чувство беспомощности от того, что матери не могут защитить ребенка от переживаемой боли и болезненных процедур (6,2-18,5-63,1% - уровень стресса средний, сильный и очень сильный соответственно). При этом необходимо отметить, что на современном уровне оказания неонатальной помощи оказывается особое внимание предупреждению болевого синдрома у детей, рожденных до срока. На третьем месте – в 87,7% - переживание чувства беспомощности от того, что матери не знают, как помочь своему ребенку в этот период его жизни (9,2-18,5-

60,0% - уровень стресса средний, сильный и очень сильный соответственно). На последующих госпитальных этапах и этапе амбулаторной помощи наблюдается снижение показателя депрессии при сохранении показателей на достаточно высоком уровне от 1 ко 2 этапу (с 33.4 ± 1.23 до 28.6 ± 1.25 , $p = 0.008$; здесь и далее в абзаце представлены групповые значения $M \pm SE$) и от 1 к 3 этапу (с 33.4 ± 1.23 до 29.8 ± 1.29 , $p = 0.045$) в целом для всех матерей вне зависимости от их принадлежности к группе или от пола их детей.

Выводы:

1. Необходимо совершенствование ранней помощи детям, родившимся до срока и имеющих структурные внутричерепные изменения, и членам их семей.
2. Психосоциальные и средовые факторы ребенка связаны с эмоциональным состоянием его матери, поэтому необходимо дальнейшее развитие психологической помощи женщинам, родившим до срока.
3. Наибольший уровень стресса и депрессивных переживаний наблюдается у матерей детей, родившихся недоношенными, на этапе их нахождения на ОРИТ.
4. Для улучшения психологического состояния матерей детей, родившихся до срока и имеющих структурные внутричерепные изменения, на ОРИТ важно привлечение их к уходу за младенцами, обеспечение совместного пребывания, а также частые беседы с персоналом, разъясняющим безболезненность переносимых их детьми медицинских манипуляций.

Литература

1. Крюков Е.Ю., Иова А.С., Андрущенко Н.В., Крюкова, И.А., Усенко И.Н. Персонализация лечения постгеморрагической гидроцефалии у новорожденных. *Нейрохирургия и неврология детского возраста*. 2017; 53(3): 58-62.
2. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. Санкт-Петербург: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. 456 с.
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ, 2001. 342 с.
4. Андрущенко Н.В., Мухамедрахимов Р.Ж., Крюков Е.Ю., Иова А.С., Аринцина И.А., Аникина В.О., Потешкина О.В., Солодунова М.А., Черного Д.И. Особенности эмоционального состояния матерей в аспекте их раннего взаимодействия с недоношенными детьми. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019; 119 (5):148-153.
5. Bugental D. B., Beaulieu D., Schwartz A. Hormonal sensitivity of preterm versus full-term infants to the effects of maternal depression.//[Infant Behav. Dev.](#) - 2008.-31(1). - P.51-61.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 5 ЛЕТ (ДК:0-5):
ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Аникина В.О.¹, Артамонова А.Ю.^{2,3,4}, Шабалина Е.В.^{1,2,3}

¹СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

v.anikina@spbu.ru

e.shabalina@spbu.ru

²АНО «Открывая двери», Санкт-Петербург, Россия

³ЧОУ ДПО «Социальная школа Каритас», Санкт-Петербург, Россия

cpz@caritas-edu.ru

art_anna@caritas-edu.ru

⁴ГБДОУ №41, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: дети, младенческий и ранний возраст, психическое здоровье, нарушения психического развития, диагностическая классификация.

**DIAGNOSTIC CLASSIFICATION OF MENTAL HEALTH AND DEVELOPMENTAL
DISORDERS OF INFANCY AND EARLY CHILDHOOD (DC:0-5TM): BASIC PRINCIPLES**

Anikina V.O.¹, Artamonova A.Y.^{2,3,4}, Shabalina E.V.^{1,2,3}

¹SPbSU, St. Petersburg, Russia

v.anikina@spbu.ru

e.shabalina@spbu.ru

²ANO «Opening doors», St. Petersburg, Russia

cpz@caritas-edu.ru

art_anna@caritas-edu.ru

³NGO «Caritas educational center for social services», St. Petersburg, Russia

⁴Early intervention service of Kindergarten №41, St. Petersburg, Russia

Keywords: children, infancy and early childhood, mental health, developmental disorders, diagnostic classification.

Введение. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до пяти лет – ДК: 0-5 (DC: 0-5TM) является признанной в мировом сообществе, как среди ученых, так и практиков, нозологией и инструментом клинической оценки психического здоровья и развития детей младенческого и раннего

возраста [1, 8]. Основные ее принципы исходят из представлений о психическом здоровье маленьких детей как о способности переживать, регулировать и выражать эмоции, находясь в близких и безопасных отношениях, а также способности исследовать окружение и обучаться [6]. При этом важное значение придается различным уровням контекста, в котором происходит развитие ребенка: семейному окружению, сообществу и культуральным аспектам [7]. Диагностическая классификация 0-5 создана с целью помочь профессионалам выделить особенности развития и психического здоровья ребенка с учетом существующих в его жизни психосоциальных стрессоров, состояния физического здоровья, качества отношений с близкими взрослыми и особенностей функционирования семейной системы, а также систематизировать полученную о ребенке информацию. Кроме того, данная классификация предлагает единый язык для коммуникации и обмена опытом между специалистами, работающими с маленькими детьми в системе здравоохранения, образования, социальной и правовой сферах. Классификация может использоваться в практической и исследовательской работе для описания случаев и разработки программ ранней помощи детям и их семьям.

История создания. В 1987 году междисциплинарная рабочая группа, собранная организацией ZERO TO THREE, начала работу над созданием первой версии DC:0-3. В группу вошли специалисты в области детского психического здоровья, клинической психологии, а также создатели методов оценки развития детей младенческого и раннего возраста. Материалы их работы были опубликованы в 1994 году. DC:0-3 стала важным дополнением к уже действовавшим на тот момент МКБ-10 и DSM-IV и отвечала потребности профессионального сообщества в систематизации проблем психического здоровья и развития детей первых лет жизни. Была описана специфика нарушений психического здоровья у маленьких детей, выделены новые диагностические категории, а многоосевая структура классификации позволяла учитывать факторы, влияющие на формирование адаптивных и дезадаптивных паттернов развития.

В 2002 году в связи с накопившимися данными научных исследований был начат пересмотр классификации, и уже в 2005 г. Появилась новая версия – DC:0-3R. Помимо интеграции новых данных, в данном издании допускалось наличие дополнительных диагнозов, но многоосевой подход был сохранен. Последняя версия классификации DC:0-5™ была опубликована в 2016 году. Причинами пересмотра стали не только новые исследовательские данные, но и понимание необходимости расширения возрастных границ описываемых нарушений психического развития, а также уточнения диагностических критериев для увеличения степени согласованности мнений различных экспертов. Кроме того, в США вошла в практику классификация DSM-5. В состав группы разработчиков вошли Чарльз Зина, Стенли Гринспан, Алисия Либерманн, Роберт Эмде, Розанна Кларк, Джой

Ософски и другие известные специалисты в области психического здоровья детей младенческого и раннего возраста.

Основные положения и особенности DC:0–5. В основу классификации лег системный подход к выделению и описанию природы нарушений ребенка. В его основе лежит признание необходимости комплексной оценки симптомов ребенка и разных областей контекста, в котором он развивается (отношений, медицинских диагнозов и состояния, психосоциальных стрессоров, соответствие развития в разных областях возрастным нормам). Одно из центральных положений классификации заключается в том, что расстройство не всегда присуще отдельному индивиду (маленькому ребенку), оно может возникать в отношениях. Для оценки уровня адаптации ребенка в отношениях с близким взрослым и с расширенным социальным окружением в классификации предложена соответствующая ось. Кроме того, в перечень нозологий вошло специфическое расстройство отношений в младенческом и раннем возрасте, подразумевающее развитие и проявление симптомов расстройства в контексте отношений с определенным взрослым.

В разных культурах (семьи, сообщества, этноса и пр.) одни и те же симптомы ребенка могут восприниматься по-разному, в связи с чем в диагностическом процессе особое внимание уделяется культуральной специфике семьи, учитываются традиции, убеждения и практики, в соответствии с которыми родители формируют ожидания относительно развития и поведения ребенка. Также в классификации подчеркивается роль раннего выявления расстройств для оказания эффективной помощи, и предлагаются новые нозологические единицы, соответствующие неполному набору симптомов уже известных расстройств. Например, описано Раннее атипичное расстройство аутистического спектра, которое позволяет начать сопровождение ребенка и его семьи до наступления трех лет.

DC:0-5™ сохраняет преемственность клинических традиций и учитывает данные международных классификаций DSM-5 и МКБ-10. Она не призвана конкурировать с ними, но существенно дополняет их, фокусируясь на возрасте от рождения до 6 лет. Для удобства использования и соотнесения диагностических категорий их описание включает перекрестные ссылки на аналогичные диагнозы в DSM-5 и МКБ-10. Важной особенностью DC:0-5™ в оценке является использование подхода, учитывающего этапы развития ребенка от рождения до 5 лет – «developmental approach». Применение его принципов отражено в проведении оценки навыков ребенка и его функционирования в контексте близких отношений с учетом соответствующего возрасту ребенка этапа развития. Разработчики подчеркивают уникальность подхода и его отличия от традиционной дефицитарной модели, в которой результаты оценки представляются в терминах дефицитов развития отдельно для каждой области, при этом не уделяется должного внимания критически важным сферам, касающимся

взаимодействия и отношений ребенка и его социально-эмоционального функционирования [5].

Классификация состоит из 5 осей (I – Клинические расстройства; II – Контекст отношений; III – Условия и факторы физического здоровья; IV – Психосоциальные и средовые стресс-факторы; V – Компетенции ребенка). Многоосевая структура позволяет фокусировать внимание специалиста на факторах, которые могут влиять на возникновение или развитие тех или иных нарушений психического развития и психического здоровья ребенка, определять адаптивные стороны и проблемные области функционирования, где может понадобиться вмешательство. Отдельным преимуществом ДК: 0-5 являются вынесенные в Приложения таблицы, которые могут стать ориентиром для специалистов в оценке областей развития ребенка, контекста его жизни.

Перевод DC:0–5. На сегодняшний день DC:0–5™ переведена на 11 языков (китайский, датский, французский, немецкий, иврит, венгерский, итальянский, иврит, португальский, испанский, турецкий, русский), продолжается перевод еще на 3 языка (японский, польский, южно-корейский). До последнего времени в РФ отсутствовал официальный перевод классификации, что затрудняло ее применение в научных исследованиях и в клинической практике. Вместе с тем интерес к классификации в российских научных кругах появился с момента выхода первой версии классификации DC:0-3. За последние двадцатилетие научной группой Центра психического здоровья РАМН под руководством Г.В. Скобло был опубликован ряд статей, посвященных различным аспектам применения классификации в клинической практике [2, 3, 4]. Перевод последней, переработанной версии DC: 0-5 был выполнен в 2022 году в рамках международного гранта «Ранняя помощь и психическое здоровье» ЧОУ ДПО «Социальная школа Каритас» [1]. Работа по переводу выполнялась группой переводчиков под научной редакцией В.О. Аникиной, к.п.н., доцента кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей СПбГУ.

Заключение. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до пяти лет – это научно-обоснованная нозологическая система, которая раскрывает специфику проблем психического здоровья у маленьких детей, рассматривая развитие детей в системе отношений с близкими взрослыми. Появление издания на русском языке представляется нам чрезвычайно важным событием, поскольку мы убеждены, что классификация ДК: 0-5 расширит возможности для диагностики и сотрудничества специалистов в области психического здоровья детей, а также позволит повысить эффективность ранней помощи для детей, имеющих особые потребности и детей из групп риска и их семей.

Литература

1. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. Санкт-Петербург: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. 456 с.
2. Скобло Г. В., Белянчикова М. А. О международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни (второе сообщение) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – Т. 3. – №. 1. – С. 95-97.
3. Скобло Г.В. Психопатологические аспекты международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве (DC:0-5). - Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2021. - Т. 21. № 2. - С. 113-125.
4. Трушкина С. В., Скобло Г.В. О международной классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве «DC:0-5» / Психическое здоровье семьи в современном мире. Томск, 2019 - С. 260-264.
5. Greenspan, S., Wieder, S. Developmentally Based Approach to the Evaluation Process, California Institute for Behavioral Health Solutions. – 2008.
6. Handbook of Infant Mental Health. Third Edition/ Ed. Charles H. Zeanah. 2009.
7. Zero to Three. Definition of infant mental health. Washington, DC: Zero to Three Infant Mental Health Steering Committee. 2001.
8. Zero to Three. *DC:0-5™ Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood*. Washington, DC: Zero to Three. 2016.

ПРЕ- И ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОДДЕРЖАННЫХ ГРАНТАМИ РФФИ

Аникина В.О.¹, Савеньшева С.С.¹, Блох М.Е.^{1,2}

¹ СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

v.anikina@spbu.ru

owlsveta@mail.ru

² ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта»,

blohme@list.ru

Ключевые слова: пренатальные и постнатальные факторы, беременность, младенческий и ранний возраст, психическое здоровье, пандемия, экстракорпоральное оплодотворение.

PRE- AND POSTNATAL FACTORS OF CHILD MENTAL HEALTH: RESULTS OF RESEARCH STUDIES SUPPORTED BY RUSSIAN FOUNDATION FOR BASIC RESEARCH

Anikina V.O.¹, Savenysheva S.S.¹, Blokh M.E.^{1,2}

¹ SPbSU, St. Petersburg, Russia

v.anikina@spbu.ru

owlsveta@mail.ru

² Dr D.O. Ott RI of OGR, St. Petersburg, Russia

blohme@list.ru

Keywords: prenatal and postnatal factors, pregnancy, infancy and early childhood, mental health, pandemic, in-vitro fertilization.

Введение. Эмоциональное состояние женщины во время беременности может сказываться на протекании беременности (угроза прерывания, нарушения плацентарного кровотока, преэклампсия, восприимчивость к инфекционным заболеваниям) и характере родов (преждевременные роды, низкий вес при рождении), на темпераментных особенностях и эмоциональном состоянии ребенка [11, 12], психомоторном и когнитивном развитии ребенка [8, 13]; на возникновении эмоциональных и поведенческих проблем у детей в раннем и дошкольном возрасте [7, 9], на особенностях взаимодействия матерей и детей раннего возраста [12]. В связи с ростом вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) научный и практический интерес вызывает категория беременных женщин, зачавших с помощью экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Часть исследователей обращает внимание на то, что предшествующее длительное бесплодие и его лечение приводят к стрессу и тревоге у женщин в период беременности, что может сказываться на эмоциональном состоянии женщины во время беременности и после рождения ребенка. Есть данные, однако, свидетельствующие об отсутствии различий в состояниях тревоги, депрессии стресса у женщин с ВРТ по сравнению с женщинами с естественной беременностью. В качестве факторов риска выделяют количество попыток ЭКО – 3 и более, а также наличие нарушений психического здоровья женщины до наступления беременности [1]. Данные исследований показывают, что женщины с ЭКО с длительным опытом бесплодия обладают некоторыми специфическими чертами: характеризуются тревожностью, импульсивностью, гипертимностью, у них чаще проявляется тревожное отношение к беременности и ребенку, эйфорическое отношение к родам, при этом они более склонны игнорировать свою беременность и ребенка, им может быть свойственна «сверхценность» материнства, после рождения эти женщины часто излишне опекают своих детей [2,3,5]. Все это является фактором риска снижения качества их взаимодействия с младенцем [6], что, в свою очередь, может сказываться на физическом и психическом здоровье ребенка. Современные зарубежные исследования эмоционального состояния беременных женщин в период пандемии показали, что они испытывают более высокий уровень тревоги, депрессии и посттравматического расстройства [4]. Также исследования демонстрируют, что и после рождения ребенка показатели эмоционального состояния женщин хуже, чем в допандемийный период [10].

Материалы и методы. Было проведено лонгитюдное исследование в 3 этапа в рамках двух проектов, поддержанных РФФИ. Это проект по изучению женщин, использовавших ЭКО, и проект по изучению влияния пандемии во время беременности, после рождения

ребенка и на психическое развитие их детей: 1 этап: во время беременности, 2 этап – в течение месяца после рождения ребенка (телефонное интервью), 3 этап – через 4-6 месяцев после родов. В проекте с участием женщин с ЭКО проведено обследование 382 человек. На 1 этапе приняли участие 58 женщин группы ЭКО (34,3±4,6 лет) и 133 женщины контрольной группы, зачавшие естественным путем (ЕСБ, 30,9±4,6 лет), из них планируемая беременность у 88% (110 женщин) группы ЕСБ. Большинство женщин обеих групп находятся в браке, проживают с супругом, имеют высшее образование. Во 2 этапе приняли участие 36 женщин группы ЭКО и 84 группы ЕСБ; в 3 этапе - 26 женщин группы ЭКО и 46 женщин группы ЕСБ. В проекте по влиянию пандемии на 1 этапе исследования (май 2020 - январь 2022 года) приняло участие 360 беременных женщин, на 2 этапе из них - 120 женщин, на 3 этапе – 98 диад мать-младенец. Исследования проводились по 18 методам, направленным на оценку психического здоровья, отношения к ребенку, влияния стресса, выявление признаков ПТСР, тревоги; собирались данные медицинского анамнеза женщины и ребенка; проводилась видеозапись и экспертная оценка их взаимодействия.

Результаты и их обсуждение. В рамках исследования, посвященного изучению женщин с ЭКО, получены данные, свидетельствующие, что женщины с ЭКО имеют более отягощенный гинеколога-акушерский анамнез: у них наблюдается большее количество замерших беременностей и общего количества перинатальных потерь; у них чаще происходили преждевременные роды и применялась операция кесарева сечения, включая экстренное КС. Во время беременности женщины с ЭКО выше оценивают свою готовность к материнству и при этом реже посещают курсы подготовки к родам, при подготовке предпочитают дистанционный формат. В их представлениях о беременности чаще доминирует эйфорический компонент по поводу самой беременности, а не по поводу ребенка. В этой группе чаще присутствуют связи показателей психического здоровья и идеальных представлений о ребенке, в то время как для группы женщин с естественной беременностью характерны связи показателей психического здоровья и оценок ребенка как реального. В группе ЭКО после рождения ребенка реже используется грудное вскармливание, происходит увеличение числа связей между общим количеством перинатальных потерь и показателями нарушений психического здоровья, в группе ЕСБ таких связей нет после рождения ребенка. Выявлена разнонаправленность динамики изменений представлений о ребенке и показателей психического здоровья в изучаемых группах, где в группе ЭКО после рождения ребенка происходит усиление проблем психического здоровья в сравнении с этими же показателями в беременности, а в группе ЕСБ - уменьшение. При этом, предикторами нарушений психического здоровья женщины после рождения ребенка в группе ЭКО являются сочетания различных показателей психического здоровья, представлений о ребенке и отношения к нему,

данных акушерско-гинекологического анамнеза, в то время как в группе ЕСБ проблемы психического здоровья во время беременности являются предикторами проблем после рождения ребенка. Также исследование показало, что женщины, использовавшие 4 и более попыток ЭКО, имеют больше проблем физического и психического здоровья, более низкие значения привязанности (как пренатальной, так и постнатальной) к ребенку. Не выявлено в изучаемых группах значимых различий в показателях физического здоровья ребенка, как сразу после рождения, так и в первые полгода его жизни, а также в параметрах психического развития, измеренного при помощи опросника для родителей. Тем не менее, экспертная оценка взаимодействия в диаде выявила, что дети из группы ЭКО чаще показывают признаки переутомления или истощения, у них более частые проявления признаков апатии и депрессии, трудности в выражении положительных эмоций, они более пассивны в целом; есть различия в состоянии и уровне активности мамы и ребенка.

В рамках проекта, направленного на изучение влияния пандемии, были получены следующие данные. На первом и на третьем этапе была выявлена высокая частота расстройств депрессии в сочетании с расстройством по типу избегания. Причем наблюдается увеличение эмоциональных проблем от 1-й ко 2-й волне пандемии коронавируса, и снижение от 1 ко 2-го году пандемии. Динамика эмоционального состояния и отношения к ребенку у женщин до/после родов характеризуется значимым снижением уровня ПТСР, депрессивного и соматического расстройств и расстройства по типу избегания, а также увеличением уровня привязанности к ребенку. Исследование показало, что большинство женщин родили в срок, количество кесаревых сечений, состояние новорожденных и психическое развитие младенцев в целом соответствуют допандемийным показателями. На психическое развитие младенца оказывают влияние не эмоциональные факторы, а факторы отношения к ребенку до и после его рождения.

Заключение. Преждевременные роды, большее число кесарева сечения, более низкий уровень готовности женщин группы ЭКО к рождению ребенка могут являться фактором риска его физического и психического развития. Более того, более выраженное эйфорическое отношение к беременности в группе ЭКО свидетельствует о сдвиге мотива на цель (беременность, а не ребенок), а более сильная связь показателей соматического и психического здоровья женщин после рождения ребенка в этой группе может усложнять процесс адаптации женщины к реальному материнству. Это проявляется и в характеристиках взаимодействия женщин из группы ЭКО со своим ребенком в первый год жизни. И хотя не обнаружены значимые различия в состоянии физического здоровья и психического развития детей, экспертная оценка взаимодействия, а также специфические черты отношения к ребенку и психического здоровья женщин с ЭКО могут свидетельствовать об отсроченном влиянии их

состояния во время беременности и в первый год жизни ребенка на его дальнейшее психическое и физическое благополучие.

Получены данные о том, что пандемия способствовала усилению депрессивных переживаний и избегания, особенно во 2 волну, однако после рождения ребенка наблюдается снижение признаков нарушений психического здоровья и увеличения привязанности к нему, а предикторами психического развития ребенка является не эмоциональное состояние матери, а отношение к нему как до, так и после его рождения. Данные двух проектов представляют научную новизну и уникальность, будут полезны в практической работе психологов, репродуктологов, неонатологов, иных перинатальных специалистов.

Литература

1. Аникина В.О., Блох М.Ю., Савенышева С.С. Эмоциональное состояние женщин, использующих вспомогательные репродуктивные технологии: обзор современных зарубежных исследований. // Мир науки. Педагогика и психология, 2020 №6.
2. Кочерова О.Ю., Пыхтина Л.А., Гаджимурадова Н.Д., Филькина О.М., Малышкина А.И. Психологические особенности матерей детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения. // Клиническая специальная психология. 2016. Том 5, номер 3, с. 69-77.
3. Маленова А. Ю., Кыткова И. Г. Отношение женщин в ситуации ЭКО к беременности, ребенку, материнству // Педиатр. – 2015. – Т. 6. – №. 4. – С. 97-104.
4. Савенышева С.С., Аникина В.О., Блох М.Е. Психическое здоровье и отношение к беременности и ребенку у беременных женщин в период пандемии коронавируса COVID-19. Проблемы современного педагогического образования. 2021. № 72-1. С. 398-401.
5. Скворцова М.Ю., Прилуцкая С.Г., Барская Е.С. Особенности психоэмоционального состояния женщин во время беременности, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий // Доктор.Ру. 2018. № 10 (154). С. 62–67. DOI: 10.31550/1727-2378-2018-154-10-62-67
6. Соловьева Е. В. Особенности взаимодействия матерей с детьми раннего возраста, зачатыми посредством экстракорпорального оплодотворения // Russian Journal of Education and Psychology. – 2015. – №. 2 (46).
7. Barker, E.D., Jaffee, S.R., Uher, R., & Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and anxiety*, 28 (8), 696-702. DOI: 10.1002/da.20856
8. Bergman, K., Sarkar, P., O'Connor, T., Modi, N., & Glover, V. (2007). Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 46(11), 1454-1463. DOI: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31814a62f6>
9. Brunton, P.J. (2013). Effects of maternal exposure to social stress during pregnancy: consequences for mother and offspring. *Reproduction*, 146 (5), 175–189. DOI: 10.1530/REP-13-0258
10. Ceulemans M., Hompes T., Foulon V. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic: A call for action. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2020. Vol. 151, no. 1, pp. 146—147. DOI:10.1002/ijgo.13295
11. Davis, E.P., Glynn, L.M., Schetter, C.D., Hobel, C., Chicx-Demet, A., & Sandman, C.A. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 46, 737–746. DOI: 10.1097/chi.0b013e318047b775.
12. Henrichs, J., Schenk, J.J., Schmidt, H.G., Velders, F.P., Hofman, A., Jaddoe, V.W.V., & Tiemeier, H. (2009). Maternal pre- and postnatal anxiety and infant temperament. The generation R study. *Infant and child development*, 18(6), 556-572. <https://doi.org/10.1002/icd.639>
13. Huizink, A.C., Robles de Medina, P.G., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., & Buitelaar, J.K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *The journal of child psychology and psychiatry*, 44, 1025–36. doi: 10.1111/1469-7610.00166.
14. Nicole-Harper, R., Harvey, A.G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant behavior and development*, 30 (1), 161-167. DOI: 10.1016/j.infbeh.2006.08.005

ПРИМЕР ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДК:0-5 – ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СЛУЧАЯКравченко А.П.^{1,2,4}, Аринцина И.А.^{1,3,4}, Насретдинова Ш.Ф.^{1,4}¹ АНО «Открывая двери», Санкт-Петербург, Россия² СРП «Центр интегративного воспитания» ДОУ 41, Санкт-Петербург, Россия³ ФГБОУ ВО «СПбГУ», Санкт-Петербург, Россия⁴ ЧОУ ДПО «Социальная школа Каритас», Санкт-Петербург, Россияmail@caritas-edu.ruCPZ@caritas-edu.ru

Ключевые слова: психическое здоровье детей, раннее вмешательство, диагностическая классификация, консультирование детей и родителей.

EXAMPLE OF USING DC:0-5™ - CASE PRESENTATIONKravchenko A.P.^{1,2,4}, Arincina I.A.^{1,3,4}, Nasretdinova Sh.F.^{1,4}¹ ANO «Opening Doors», St. Petersburg, Russia² EIS «Center for integrative education» CI No.41, St. Petersburg, Russia³ FSBI HE «SPbSU», St. Petersburg, Russia⁴ PEI APE «Social School Caritas», St. Petersburg, Russiamail@caritas-edu.ruCPZ@caritas-edu.ru

Keywords: mental health of children, early intervention, diagnostic classification, children and parents counseling.

Введение. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет ДК:0-5 (DC:0-5™) является признанной международным научным сообществом, современной и научно обоснованной. Данная последняя версия классификации явилась плодом многолетних разработок и усовершенствований большой команды специалистов, занимающихся вопросами психического здоровья и развития маленьких детей в их семейном окружении [3, 4]. Она описывает структуру постановки диагноза, основанного на многомерном анализе развития, отношений и особенностей жизни ребенка в разных контекстах. Анализ и оценка строятся на основании так называемых Осей (I-V), где Ось I посвящена клиническим расстройствам, а остальные – контексту, в котором особенности расстройства проявляются [1]. В зарубежной

практике накоплен многолетний опыт работы служб ранней помощи с использованием этой классификации, зарекомендовавшей себя как надежный и удобный инструмент анализа параметров развития ребенка, который помогает структурировать получаемую информацию о ребенке и контексте его развития [5]. Особенно важным представляется подробный анализ контекста отношений ребенка и близких взрослых. Перевод классификации на русский язык был осуществлен в России впервые в 2022 году группой специалистов [3]. Целью перевода было ознакомление широкого круга специалистов РФ с подходом к диагностике нарушений развития у детей младенческого и раннего возраста с позиции психического здоровья, под которым понимается состояние, при котором ребенок развивает способность формировать близкие и безопасные отношения, испытывать, выражать и регулировать эмоции, исследовать окружение и учиться [5]. Целью настоящего сообщения является представление случая диагностики проблем развития ребенка раннего возраста с использованием ДК:0-5. Таким образом, объектом нашего наблюдения выступает психическое здоровье; предметом – психическое здоровье ребенка раннего возраста в контексте его ближайшего окружения.

В работе соблюдается предлагаемый авторами классификации алгоритм структурирования получаемой информации в следующей последовательности: первоначально были отмечены культуральные аспекты семьи, затем условия и факторы физического здоровья ребенка (Ось III), психосоциальные стрессоры в жизни ребенка и семьи (Ось IV), компетенции ребенка (Ось V), контекст отношений ребенка и близкого взрослого (Ось II), последним этапом были рассмотрены имеющиеся клинические расстройства (Ось I).

Описание случая и обсуждение. Случай представлен в данной публикации с согласия родителя и с учетом конфиденциальности. *История семьи.* В службу ранней помощи обратилась мама с мальчиком 2,5 лет по рекомендации невролога в связи с особенностями его развития и поведения: он почти не говорил, не пользовался горшком, не кушал сам, совершал «ритуальные действия» и заставлял взрослых их совершать. Если взрослые отказывались, у ребенка случались истерики (кричал, плакал, падал на землю), его было трудно успокоить. Мама беспокоилась, что у ребенка может быть расстройство аутистического спектра. Первые 3 месяца с парой мать-ребенок работали два психолога в одном пространстве игровой комнаты. В процессе работы появился запрос мамы на индивидуальную работу с психологом, и через 3 месяца работа стала проводиться параллельно для ребенка с его психологом и для мамы в то же время в другом кабинете с другим психологом.

Культуральные аспекты семьи. Мать и отец ребенка русские. Возраст матери 40 лет, возраст отца 33 года. Образование матери – высшее, отца – среднее специальное. Мама родилась и всю жизнь проживает в г. Санкт-Петербурге. Ее отец был поляком, мама – русская. Родители мамы развелись, когда ей было 3 года, причиной развода называлась алкогольная

зависимость отца. С 13 лет в связи с повторным замужеством матери мама проживала с бабушкой и дядей. Дядя имел алкогольную зависимость и судимость, у него подозревалось психическое заболевание. Мама его очень боялась, она считает это травматическим событием в своей жизни. Также она была привлечена к заботе о втором муже матери, который длительное время (12 лет) болел онкологическим заболеванием. С отцом женщина поддерживала отношения уже во взрослом возрасте, он умер в 47 лет, оставив ей квартиру, в которой сейчас она и проживает со своей семьей. За помощью мама обращается к специалистам (врачам, психологам, педагогам), а также к разным религиозным практикам. Первыми о нарушениях в развитии ребенка стали говорить врачи и воспитатели детского сада. Отец ребенка переехал в г. Санкт-Петербург из небольшого провинциального города, художник по профессии. Мама считает его талантливым и отмечает, что у него много заказов. Говорит о его зависимости от алкоголя, частых выпивках с друзьями и творческих тусовках, которые могут продолжаться по ночам. Отец участвует в воспитании ребенка, у него есть выделенное время для совместных прогулок и игр. Он ухаживал за ребенком, когда мама была госпитализирована на несколько дней. Также в воспитании ребенка участвует бабушка со стороны мамы. Можно говорить о том, что культуральные особенности семьи выражаются не в этнических различиях, а в различных условиях проживания, нормах и правилах бытовой жизни, способах воспитания в их родительских семьях, что с трудом преодолевают родители ребенка, поэтому эти различия являются зоной конфликтов в семье.

Условия и факторы физического здоровья ребенка (Ось III). На момент рождения ребенка матери было 37 лет. Беременность была долгожданной, но не запланированной, протекала без особенностей, роды наступили в срок, стремительные; ребенок был оценен по шкале Апгар в 8/9 баллов и имел вес 3800 гр. На УЗИ головного мозга после рождения визуализировались признаки гипоксии. На первом году жизни мальчик наблюдался неврологом с диагнозом перинатальная энцефалопатия, отмечался повышенный мышечный тонус, синдром двигательных нарушений. Тем не менее, моторное развитие соответствовало возрасту. Соматических проблем не отмечалось. Грудное вскармливание продолжалось до 2 лет 6 месяцев. Можно говорить о том, что имели место некоторые перинатальные риски физического здоровья ребенка. Несмотря на высокую оценку новорожденного по шкале Апгар, сразу после рождения отмечались УЗИ-признаки гипоксии головного мозга, а в дальнейшем некоторые неврологические нарушения.

Психосоциальные стрессоры в жизни ребенка и семьи (Ось IV). К психосоциальным стрессорам в жизни ребенка и семьи можно отнести конфликтные ситуации между матерью и отцом, которые в ряде случаев сопровождались физическим насилием родителей в отношении друг друга (домашнее насилие), однако мама говорит о том, что ребенок не присутствовал при

таких сценах. Нет физического насилия в отношении ребенка. Разногласие между родителями однажды закончилось их отдельным проживанием в течение одного месяца, отец «был выдворен из квартиры с помощью полиции». В состоянии алкогольного опьянения отец может нарушать привычное течение жизни семьи, создавая непредсказуемость семейной ситуации, что провоцирует конфликты. Можно говорить о том, что мама имеет свой травматический опыт (травму привязанности) в родительской семье, у нее сложные отношения с матерью, а также есть болезненный опыт разрыва отношений с другими партнерами. Структура семьи производит впечатление неустойчивой, мама задается вопросом о разводе, при этом отец угрожает ей тем, что заберет ребенка. Важным фактором, удерживающим мать от разрыва отношений, является наличие ребенка и ее убежденность, что ребенок должен жить в полной семье. Имеются разногласия в отношении воспитания ребенка между мамой и бабушкой (со стороны мамы), которая критикует маму, это создает сложности в использовании бабушкиной помощи. Несмотря на профессиональную успешность отца, нельзя сказать о стабильности его дохода и финансового положения семьи. Мама имеет свой заработок. В жизни семьи и ребенка можно констатировать нестабильность семейного окружения, связанную как с образом жизни и алкогольной зависимостью отца, регулярными конфликтами между матерью и отцом, которые иногда сопровождаются взаимным физическим насилием, так и с трудностями установления предсказуемых, чувствительных и отзывчивых отношений матери с ребенком.

Компетенции ребенка (Ось V). Данная ось позволяет описать, какие компетенции освоены ребенком в эмоциональной, когнитивной, двигательной и физической сферах развития, а также в сфере социальных отношений и речевой коммуникации [3]. Данная оценка была проведена с помощью шкалы RCDI (Child Development Inventory), наблюдения в кабинете психолога, интервью родителя, а также видеонаблюдения. У мальчика было выявлено значительное отставание в эмоциональной, речевой, коммуникативной сферах, а также сфере социальных отношений. Он не выражал весь спектр эмоций, при этом часто выражал тревогу и гнев в поведении (истерики, крик, падения на пол), если ударялся – не обращался за помощью. На первых встречах не обращался к маме, мог принести ей игрушку и быстро отойти. Иногда обращался к психологам, мог показать игрушку, попытаться ее назвать (самолет – «аао», бульдозер – «буооо»), смотреть на специалиста, ждать, когда он повторит слово. Сначала не задерживался на одной игре, например, переходил от машинок к гаражу, затем к игрушке с выскакивающими животными, поднимался на горку, снова шел к гаражу. Его увлекали разрезные деревянные фрукты. Когда что-то не получалось, мог обратиться за помощью к психологу, например, просил открыть чемоданчик доктора: «ааи» (помоги). Также прыгая несколько раз на кресло-подушку, смотрел на психолога, улыбался ему, ждал ответной реакции. Со слов мамы мальчик «легко вступает в контакт с незнакомыми

взрослыми, ему нравится контактировать с детьми, чье поведение отличается от нормального, но привязанности к сверстникам не проявляет». У мальчика уже был опыт посещения дошкольного учреждения в течение 6 месяцев.

Контекст отношений ребенка и близкого взрослого (Ось II). Можно отметить следующие особенности близкого взрослого, влияющие на отношения с ребенком. Мама способна обеспечить физическую безопасность ребенку, удовлетворяет его потребности в питании, гигиене, одежде, жилищных условиях и медицинском обслуживании. Она отмечает трудности в поддержании режима дня. Маме сложно распознавать эмоциональные потребности и сигналы ребенка, реагировать на них соответствующим возрасту и потребностям ребенка образом и, как следствие, обеспечивать психологическую поддержку для сына. Она чувствует себя беспомощной в ситуациях, когда мальчик нарушает правила, гневается или сильно злится; ей сложно устанавливать ему границы, ориентируясь на возраст ребенка. Иногда мама может описывать сына, как ребенка более младшего возраста или, наоборот, как взрослого мужчину. Женщина испытывает значительные трудности в том, чтобы справляться со своими амбивалентными чувствами, возникающими в отношениях с ребенком. При этом мама проявляет интерес к личным переживаниям и точке зрения ребенка. Она может наблюдать совместно со специалистом за динамикой развития способностей сына, связывать свой опыт и эмоциональное состояние с тем, что происходит с ребенком. Мама описывает следующие особенности ребенка, которые могут влиять на ее отношения с ним. Она характеризует сына как «очень активного, сильного, гневливого ребенка», которого ей бывает сложно успокоить, уложить спать, она сама отмечает, что это мешает их отношениям. По наблюдению специалистов активность ребенка соответствует возрасту. Сильной стороной мальчика являются его когнитивные способности; маме нравится, что он умеет считать, знает буквы, пытается читать, несмотря на значительную задержку речевого развития. Задержка речевого развития вносит важный вклад в сложности их отношений. Внешность сына мама оценивает, как привлекательную, может говорить о том, что он – ее идеал мужчины. Состояние соматического здоровья и сенсорного восприятия ребенка не вызывают беспокойства матери и специалистов что, по-видимому, можно отнести к сильным сторонам мальчика, позитивно влияющим на их отношения. Анализ контекста отношений в паре мать и ребенок позволяет отнести их согласно классификации ДК:0-5 к 3-му уровню адаптивного функционирования, а именно: «от находящихся в зоне риска до нарушенных отношений». Можно говорить о том, что отношения в паре мать-ребенок требуют вмешательства в связи с наличием факторов постоянного дистресса, создающих риск для безопасности ребенка, а также риск возникновения проблем поведения, развития и психического здоровья в будущем. Существующие трудности лежат в большой степени в области эмоциональной коммуникации

и социальной реципрокности, с этим также связаны сложности в эмоциональной регуляции ребенка, проявляющиеся в нарушении выражения им потребности в утешении и защите, а у родителей – в неадекватном реагировании на них. Можно также отметить несоответствие уровня социализации возрасту ребенка, что проявляется в нежелании мальчика участвовать в игре и исследовательской активности, и может быть связано с низкой поддержкой активности ребенка со стороны близкого взрослого. Проявляющиеся в ряде ситуаций адаптивные качества матери и ребенка могут являться основанием для оптимистического взгляда на позитивное развитие их отношений в результате вмешательства несмотря на то, что они непостоянны или недостаточно представлены. В контексте расширенного социального окружения можно отметить участие в воспитании ребенка отца и бабушки. При этом проблемными областями являются распределение родительских ролей, разрешение конфликтов, согласованность поведения между близкими взрослыми ребёнка. Существуют конфликты между родителями, а также разные точки зрения в вопросах воспитания мамы и бабушки. Уровень расстройства отношений указывает на то, что будущее социальное и эмоциональное развитие ребенка находится в области существенного риска для возникновения нарушений. Важным обстоятельством в жизни ребенка является то, что он посещает детский сад, где может получить опыт чувствительных, предсказуемых отношений с другими взрослыми (воспитателями детского сада).

Клинические расстройства (Ось I). По данной оси специалистами были определены: задержка речевого развития (10.6) и специфическое расстройство отношений в младенческом и раннем возрасте (80.1) [3].

Обсуждение. В представленном случае были рассмотрены факторы риска нарушения психического здоровья ребенка раннего возраста с помощью алгоритма, заложенного в классификации ДК:0-5. В процессе проведения такой диагностики было обнаружено, что эти факторы лежат в области культуральных особенностей семьи, в перинатальном периоде развития ребенка, а также в сфере отношений между матерью и ребенком и в контексте расширенного семейного окружения. Были определены сильные и проблемные стороны ребенка и семьи. К проблемным сторонам можно отнести нарушения эмоциональной регуляции (и поведения) и задержку речевого развития ребенка, которые, как мы полагаем, связаны в том числе с расстройством отношений, как в паре мать-ребенок, так и в расширенном семейном окружении (родительской паре). К сильным сторонам мы можем отнести хорошее когнитивное развитие ребенка, большую мотивированность мамы на получение профессиональной комплексной помощи, продиктованную в большой степени ее любовью к ребенку и стремлением к созданию полноценной семьи для него.

Заключение. Опыт применения ДК:0-5 показал, что использование классификации в

работе с ребенком раннего возраста и его семьей помогает структурировать диагностический процесс, который в таком случае является и терапевтическим вмешательством и, в то же время, позволяет размышлять над имеющимися проблемами и планировать дальнейшую психологическую работу с ребенком и семьей.

Литература

1. Скобло Г. В., Трушкина С. В. Нарушения психического здоровья в первые годы жизни: расстройства аутистического спектра, конституциональные и резидуально-органические нарушения // Журнал неврологии и психиатрии. 2016. №7. - С. 78-84.
2. Скобло Г.В. Психопатологические аспекты международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в младенческом и раннем детстве (DC:0-5) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021 (21). №2. С. 113-125.
3. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. Отв. ред. Аникина В. О. Санкт-Петербург: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. 464 с.
4. ZERO TO THREE. (2021). DC:0–5™: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (Version 2.0). Washington, DC: Author. (Original work published 2016).
5. Zeanah, C. H. Jr., Zeanah P. D. Infant Mental Health: The Clinical Science of Early Experience // Handbook of Infant Mental Health, 4th Ed. / Ed. C. H. Zeanah. The Guilford Press, 2019. P. 5-24.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА: ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ, ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДК:0-5, РАННЯЯ ПОМОЩЬ

Мухамедрахимов Р.Ж.

ФГБУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

r.muhamedrahimov@spbu.ru

Ключевые слова: дети, психическое здоровье, диагностическая классификация, ранняя помощь.

MENTAL HEALTH OF INFANTS AND YOUNG CHILDREN: DETERMINING FACTORS, DC:0-5 DIAGNOSTIC CLASSIFICATION, EARLY INTERVENTION

Muhamedrahimov R.J.

FSBI HE SPbSU, St. Petersburg, Russia

r.muhamedrahimov@spbu.ru

Keywords: children, mental health, diagnostic classification, early intervention.

Введение. Согласно определению, представленному организацией «От нуля до трех» [13], а

также данным научной литературы [12], под психическим здоровьем детей младенческого и раннего возраста понимается состояние, при котором ребенок развивает способность формировать близкие и безопасные отношения, испытывать, выражать и регулировать эмоции, исследовать окружение и учиться. Становление психического здоровья связано с качеством заботы, семейным, культуральным и более широким социальным окружением ребенка, с его социальным и эмоциональным благополучием в контексте взаимодействия и формирования отношений с лицами, осуществляющими уход: биологическими родителями и другими взрослыми в семье, приемными родителями, воспитателями и значимыми взрослыми, которые разделяют основную заботу и уход за ребенком. Качество отношений является, наряду с особенностями физического здоровья, функционирования в различных областях и влияния стрессогенных факторов, важным контекстом формирования психического здоровья ребенка и неотъемлемой составляющей при проведении оценки клинических расстройств [10]. Профессиональное формирование специалистов в области раннего детства в значительной мере связано с вниманием к детерминантам и контексту становления психического здоровья и развития детей. Настоящая работа направлена на краткое представление данных исследования факторов, влияющих на психическое здоровье и развитие детей младенческого и раннего возраста, на описание современной системы диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития ребенка [14] и необходимости ее использования для разработки программы ранней помощи ребенку и семье.

Методы. В работе использованы методы анализа и обобщения данных исследований в области психического здоровья матерей и детей, прежде всего проведенных в последние годы на кафедре психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей СПбГУ, а также анализа многоосевой системы диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития ребенка (ДК:0-5), переведенной на русский язык в рамках проекта «Психическое здоровье и ранняя помощь» ЧОУ ДПО «Социальная школа Каритас» [5].

Результаты и их обсуждение. Данные исследования детей младенческого и раннего возраста свидетельствуют, что их психическое здоровье и развитие находится под влиянием множества факторов, оказывающих на ребенка как парциальное, так и сочетанное влияние [11, 12]. Результаты исследования матерей на этапе пребывания их рожденных до срока младенцев в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии свидетельствуют о проявлении у них высокого уровня тревожности и депрессии вне зависимости от степени выраженности структурных внутрочерепных изменений у детей [13]. Выделено, что такое изменение состояния матери негативно влияет на характеристики взаимодействия в паре мать-ребенок и, в целом, на показатели развития и психического здоровья ребенка [1]. Исследования женщин,

зачавших с помощью экстракорпорального оплодотворения, показали, что они характеризуются тревожностью, импульсивностью, гипертимностью, у них чаще проявляется тревожное отношение к беременности и ребенку. В постнатальный период дети этих матерей, по сравнению с детьми матерей, зачавших естественным путем, чаще показывают признаки переутомления или истощения. В процессе диадного взаимодействия чаще наблюдаются различия в состоянии и уровне активности матери и ребенка, дети чаще проявляют признаки апатии и депрессии, общей пассивности, трудности в выражении положительных эмоций [4, 5]. Результаты этих и многих других исследований свидетельствуют о необходимости для оценки психического здоровья детей младенческого и раннего возраста учета множества пре- и постнатальных факторов, в частности особенностей внутриутробного периода развития ребенка, его физического здоровья, психического здоровья матери, а также взаимодействия и отношений матери и ребенка.

Согласно современной научно и клинически обоснованной многоосевой системе диагностической оценки психического здоровья и развития детей от рождения до 5 лет, нарушения психического здоровья и развития детей, описываемые по оси клинических расстройств (ось I), рассматриваются в контексте влияния комплекса факторов: отношений между родителем (ухаживающим близким взрослым) и ребенком, состояния физического здоровья ребенка, психосоциальных и средовых стрессогенных факторов, уровня компетенций ребенка в основных областях функционирования (оси II-V) [4, 5]. Зарубежный опыт использования системы диагностической классификации ДК:0-5 показал, что она является надежным и эффективным инструментом, учитывающим широкий спектр детерминант развития и позволяющим провести междисциплинарный анализ нарушения психического здоровья и развития ребенка с последующей разработкой программы ранней помощи ребенку и семье [12, 14].

Выход русскоязычного издания диагностической классификации является важным этапом формирования системы ранней помощи и сопровождения детей младенческого и раннего возраста и их семей в Российской Федерации, реализации осуществляемого в рамках Десятилетия детства [8] плана «Организация развития системы ранней помощи в регионах» [2]. Согласно результатам мониторинга, проведенного в 85 субъектах Российской Федерации, количество детей, нуждающихся в ранней помощи, составляет около 6 % от общего числа детей до 3 лет [9]. По данным региональных информационных систем, среди детей, посещающих дошкольные образовательные организации, 7,3% являются детьми с ОВЗ и (или) детьми-инвалидами [6] с, соответственно, высокой вероятностью снижения показателей психического здоровья и развития в раннем возрасте. Число детей и семей, относящихся к целевой группе оказания услуг ранней помощи, может быть намного выше при включении

детей, не входящих в систему дошкольного образования, проживающих в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в социально опасном положении. Количество нуждающихся в ранней помощи гораздо выше, если учитывать детей, испытывающих негативное влияние на психическое здоровье и развитие сочетанного воздействия нескольких факторов риска [11]. Так, значительную стесненность условий проживания испытывают 11,9% российских детей до 3-х лет; отсутствие доступа к улучшенным санитарно-техническим средствам - 22,7%; удовлетворительное состояние здоровья отмечается, по данным опроса родителей, у 14,9% детей до 3-х лет [6]. В связи с большим числом детей и семей, нуждающихся в ранней помощи, обучение Диагностической классификации ДК:0-5 с последующим ее применением для комплексного междисциплинарного многоосевого анализа нарушений психического здоровья и развития у детей, и использования его результатов для разработки программы ранней помощи является актуальной задачей, стоящей перед профессиональным сообществом.

Выводы.

1. Психическое здоровье и развитие детей младенческого и раннего возраста связано с множеством биопсихосоциальных факторов.
2. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет:
 - направлена на формулировку и описание клинических расстройств в контексте отношений между родителем и ребенком, влияния стресс-факторов, особенностей физического здоровья ребенка и его функциональных компетенций;
 - может быть использована при разработке, реализации и оценке эффективности программы ранней помощи ребенку и семье;
 - служит основой для межпрофессионального взаимодействия и формирования общих для профессионалов раннего детства представлений о клинических расстройствах у ребенка в контексте условий его жизни;
 - может быть использована при создании комплексной системы ранней помощи в регионах Российской Федерации.

Литература

1. Андрущенко Н.В., Мухамедрахимов Р.Ж., Крюков Е.Ю., Иова А.С., Аринцина И.А., Аникина В.О., Потешкина О.В., Солодунова М.А., Черного Д.И. Особенности эмоционального состояния матерей в аспекте их раннего взаимодействия с недоношенными детьми. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. 119 (5). С. 148-153.
2. Андрущенко Н.В., Мухамедрахимов Р.Ф., Иова А.С., Плотникова Е.В. Динамика эмоционального состояния матерей недоношенных младенцев со структурными внутричерепными изменениями на первом году их жизни // Ананьевские чтения - 2022. 60 лет социальной психологии в СПбГУ: от истоков - к новым достижениям и инновациям. Материалы международной научной конференции. Санкт-Петербург, 2022. С. 363-364.

3. Аникина В.О., Блох М.Ю., Савенышева С.С. Эмоциональное состояние женщин, использующих вспомогательные репродуктивные технологии: обзор современных зарубежных исследований. // Мир науки. Педагогика и психология, 2020. 8(6). С. 54.
4. Аникина В.О., Эрнепесова Е.Д., Деева А.С. Психическое здоровье женщин, использовавших вспомогательные репродуктивные технологии, и развитие их детей // Психология стресса и совладающего поведения: устойчивость и изменчивость отношений, личности, группы в эпоху неопределенности. Материалы VI Международной научной конференции. Кострома, 2022. С. 138-142.
5. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. Санкт-Петербург: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. 456 с.
6. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации. 2020 г. URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/1887>
7. Правительство Российской Федерации. План основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 г. // Распоряжение от 23 января 2021 г. № 122-р. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202101280006>
8. Президент Российской Федерации. Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства // Указ Президента РФ от 29 мая 2017 г. № 240. URL: <https://www.kremlin.ru/acts/bank/41954>
9. Старобина Е.М. Ранняя помощь детям и их семьям: формирование региональных систем // [Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена](#). 2020. № 195. С. 135-143.
10. Эмде Р. Предисловие // Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. Санкт-Петербург: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. С. 9-12.
11. Sameroff A.J. Environmental Risk Factors in Infancy // Pediatrics. 1998. 102(5 Suppl E). P. 1287-92.
12. Zeanah, C. H. Jr., Zeanah P. D. Infant Mental Health: The Clinical Science of Early Experience // Handbook of Infant Mental Health, 4th Ed. / Ed. C. H. Zeanah. The Guilford Press, 2019. P. 5-24.
13. Zero to Three. Definition of infant mental health. Washington, DC: Zero to Three Infant Mental Health Steering Committee. 2001.
14. Zero to Three. DC:0-5™ Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington, DC: Zero to Three. 2016.

«ДК:0-5»: КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ

Трушкина С.В.^{1,2}, Скобло Г.В.^{1,2}

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

² Ассоциация детских психиатров и психологов, Москва, Россия

trushkinasv@gmail.com

gskoblo@mail.ru

Ключевые слова: DC:0–5™, младенчество, раннее детство, психические расстройства, диагностические классификации.

"DC:0-5": CLINICAL DIAGNOSTICS AND PSYCHOSOCIAL CONTEXT OF MENTAL HEALTH DISORDERS IN CHILDRENS.V. Trushkina^{1,2}, G.V. Skoblo^{1,2}¹ FSBSI MHRC, Moscow, Russia² Association of Child Psychiatrists and Psychologists, Moscow, Russiatrushkinasv@gmail.comgskoblo@mail.ru**Keywords:** DC:0–5™, infancy, early childhood, mental disorders, diagnostic classifications.

«Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» (Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood, сокращенное название DC:0–5™) представляет собой развернутую диагностическую систему, принятую сегодня в ряде зарубежных странах в качестве стандарта при оценке состояния детей первых лет жизни с признаками психических отклонений или нарушений психического развития. Диагностическая классификация DC:0–5™ была разработана и продолжает постоянно совершенствоваться усилиями международной организации ZERO TO THREE, которая с 70-х годов XX века объединяет ведущих западных специалистов в области психического здоровья и развития детей первых лет жизни [7]. DC:0–5™ вышла в свет в 2016 году и является третьей редакцией данного диагностического руководства. В предыдущих изданиях - 1994 года, DC:0–3 и 2005 года, DC:0–3R - возрастной диапазон детей ограничивался первыми тремя и четырьмя годами жизни соответственно. DC:0–5™ охватывает период от рождения до пяти лет включительно [4-6]. В 2022 году в России некоммерческая организация «Социальная школа Каритас» в сотрудничестве с кафедрой психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии СПбГУ осуществила русское издание DC:0–5™, получившее официальное название «Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет», сокращенно «ДК:0-5» [1]. Все работы проводились с официального согласия и при содействии компании-разработчика ZERO TO THREE.

В соответствии с междисциплинарной ориентированностью «ДК:0-5» нарушения психического здоровья у маленького ребенка рассматриваются не изолированно, а в контексте условий, которые во многом определяют их развитие и течение. Среди важнейших из них - качество социальных отношений, ограничения, накладываемые состоянием физического здоровья, стрессовая нагрузка на ребенка и семью в целом, уровень психического развития ребенка. Диагностика осуществляется по пяти направлениям (осям).

Ось I «Клинические расстройства» является основной и содержит описание более сорока психических отклонений у детей от рождения до пяти лет включительно. Все ранние психические расстройства разделены на восемь рубрик: «Расстройства нейropsychического развития», «Расстройства сенсорных процессов», «Тревожные расстройства», «Расстройства настроения», «Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства», «Расстройства сна, пищевого поведения и синдром плача», «Посттравматические, адаптационные и депривационные расстройства» и «Расстройства отношений». Каждое из расстройств, входящих в эти рубрики, представлено в соответствии с принятой стандартной схемой. Как оригинальная версия DC:0–5™, так и русская «ДК:0-5» содержат специальный раздел «Перекрестные ссылки с DSM-V и МКБ-10». Это позволяет использовать «ДК:0-5» как дополнительную к ним диагностическую систему, учитывающую ярко выраженную специфику психических нарушений в младенчестве и раннем детстве.

Оси II - V предназначены для оценки средовых и органических факторов с точки зрения их значимости для развития психического заболевания, его течения, прогноза, а также ресурса для лечения и социальной реабилитации ребенка. Так, Ось II «Контекст отношений» предлагает проводить оценку ряда составляющих родительского отношения к ребенку с психическими отклонениями, например, способностей родителя обеспечивать ребенку физическую безопасность, удовлетворять его основные потребности, обучать ребенка, стимулировать его включенность в социальное взаимодействие, проявлять интерес к его индивидуальности и перспективам развития и т.п. Ось III «Условия и факторы физического здоровья» отражает значимые с точки зрения психиатрического диагноза перинатальные состояния и воздействия, наличие врожденных аномалий и генетических синдромов, сенсорные выпадения, хронические соматические, неврологические и другие заболевания, острые медицинские состояния, а также прививочный статус. Ось IV «Психосоциальные и средовые стресс-факторы» задает основу для идентификации и оценки силы стрессоров, способных повлиять на проявление и течение психического заболевания у младенца или маленького ребенка, включая специфичные для этого возраста стрессоры. Среди них - длительное разлучение с родителем или замещающим его лицом, вступление родителя в новый брак, рождение сиблинга, помещение в приемную семью и многие другие. Ось V «Компетенции ребенка» направлена на оценку умений, освоенных ребенком в эмоциональной, когнитивной, речевой, социальной и двигательной сферах.

С каждой новой редакцией «Диагностическая классификация...» становилась все более объемным и детализированным руководством. Международной рабочей группой, состоящей из ведущих детских психиатров и психологов Европы и Северной Америки, был проанализирован и обобщен широкий международный опыт, полученный, как указано в

предисловии, от практиков шести континентов. К сожалению, российские специалисты в этой работе участия не принимали. Осведомленность отечественных специалистов как о самой этой работе, так и о ее результате – издании диагностического руководства и его переводе на русский язык - была и остается крайне низкой. При этом запрос со стороны современной клинической практики на подобные разработки огромен.

Стремясь в какой-то мере восполнить этот пробел, научная группа ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» под руководством ведущего научного сотрудника, к.м.н. Г.В. Скобло в период с 2002 по 2017 годы провела ряд исследовательских работ с целью анализа научных и практических подходов, предлагаемых данной классификацией. В рамках этих работ был сделан рабочий вариант перевода текста всех редакций, проведена апробация диагностических подходов на российских выборках, предпринят анализ концептуальных подходов к оценке состояния психического здоровья маленького ребенка, а также выявлены параллели с диагностикой в отечественной детской психиатрии и клинической психологии. Данная тематика освещалась более чем в 20-ти материалах, опубликованных в российских научных изданиях [2, 3], а также в ряде докладов на научных конференциях всероссийского и международного уровня и вузовских лекциях.

Таким образом, ДК:0-5 хоть и медленно, но последовательно входит в поле зрения российских детских психиатров, детских психологов и других специалистов, вовлеченных в процесс оценки психического здоровья самых маленьких пациентов. Вместе с тем, целый ряд ее положений требует дальнейшего осмысления российским профессиональным сообществом, в том числе соотнесения с принятыми у нас диагностическими и терапевтическими практиками, а также с представлениями о прогрессе в развитии детей в условиях психического заболевания.

Литература

1. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. — СПб : Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. — 456 с.
2. Скобло Г.В. Психопатологические аспекты международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве (DC:0-5). - Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2021. - Т. 21. № 2. - С. 113-125.
3. Трушкина С.В. Помощь детям раннего возраста с нарушениями психического здоровья: междисциплинарный подход // Медицинская психология в России. - 2015. – N 2(31). – С. 5 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 10.02.2023).
4. «DC:0-3» Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. (1994). Arlington, DC: ZERO TO THREE.
5. ZERO TO THREE. (2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: ZERO TO THREE Press.
6. ZERO TO THREE. (2021). DC:0–5™: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (Version 2.0). Washington, DC: Author. (Original work published 2016).
7. ZERO TO THREE. [Электронный ресурс] <https://www.zerotothree.org> (Дата обращения 10.02.2023).

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДЕТЕЙ И БЛИЗКИХ ВЗРОСЛЫХ В ЗАМЕЩАЮЩИХ
СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ ИЗ ДОМОВ РЕБЕНКА РАЗЛИЧНОГО
ТИПА**

Шабалина Е.В., Мухамедрахимов Р.Ж.

ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

e.shabalina@spbu.ru

r.muhamedrahimov@spbu.ru

Ключевые слова: дети, ранний возраст, опыт институционализации, замещающая семья, взаимодействие детей и близких взрослых.

**CAREGIVER-CHILD INTERACTION IN POST-INSTITUTIONAL FAMILIES WITH
CHILDREN FROM BABY HOMES OF DIFFERENT TYPE**

Shabalina E.V., Muhamedrahimov R.J.

FSBI HE SPbSU, St. Petersburg

e.shabalina@spbu.ru

r.muhamedrahimov@spbu.ru

Keywords: children, early childhood, institutionalization experience, post-institutional family, caregiver-child interaction.

Введение. Согласно данным литературы, опыт институционализации, связанный с социально-эмоциональной депривацией детей в обычных условиях дома ребенка, неблагоприятно влияет на развитие детей даже после помещения детей в замещающие семьи (ЗС) [1, 4, 5]. При этом известно, что программа вмешательства, направленная на формирование в учреждении семейного окружения с помощью обучения сотрудниц и структурно-организационных изменений в работе дома ребенка (О+СИ), позволяет достичь более высокого уровня взаимодействия детей с близкими взрослыми по сравнению с домом ребенка без проведения таких изменений (БИ) [1, 5]. Тем не менее, остается малоизученным вопрос об особенностях взаимодействия детей с близкими взрослыми в замещающей семье [2], в том числе в связи с опытом проживания в доме ребенка с разным качеством раннего окружения (ДР семейного типа (О+СИ) или обычный ДР (БИ)).

Материал и методы. В выборку исследования вошли дети с опытом проживания в домах ребенка г. Санкт-Петербурга и затем принятые на воспитание в замещающие семьи. В

одном из домов ребенка была проведена программа изменения социально-эмоционального окружения (О+СИ) (The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008). В другом доме ребенка работа продолжалась без изменений (БИ). После помещения детей в замещающие семьи родителям сообщали о возможности принять участие в текущем исследовании. Участниками исследования стали 65 пар детей с опытом институционализации и их близких взрослых (сотрудницы дома ребенка во время проживания в учреждении и замещающие близкие взрослые в замещающих семьях). Группа детей из БИ включала 21 ребенка (ср. возраст $40,7 \pm 20,3$ мес.; 9 мальчиков), а группа О+СИ – 44 ребенка (ср. возраст $38,6 \pm 20$ мес.; 21 мальчик). Оценка взаимодействия происходила на трех этапах:

1) в ДР: n (БИ) = 10, средний возраст детей ($21,6 \pm 12,7$) мес; n (О+СИ) = 29, ср. возраст ($22,7 \pm 16,3$) мес.

2) < 24 мес. после перевода детей в ЗС: n (БИ) = 12, ср. возраст детей ($43,8 \pm 15,3$) мес; ср. время пребывания в ДР ($13,5 \pm 7,4$) мес; n (О+СИ) = 32, ср. возраст детей ($41,4 \pm 16,2$) мес; ср. время пребывания в ДР ($13,3 \pm 10,4$) мес.

3) 25-48 мес. в ЗС: n (БИ) = 9, ср. возраст ($57,8 \pm 15,7$) мес; ср. время в ДР ($11,4 \pm 8,1$) мес.; n (О+СИ) = 22, ср. возраст ($55,5 \pm 12,5$) мес; ср. время в ДР ($12,3 \pm 12,7$) мес.

Качество взаимодействия оценивалось с помощью методики PCERA (The Parent – Child Early Relational Assessment) [3] по 5-минутным видеозаписям свободной игры ребенка с близким взрослым (групповая сотрудница в ДР и замещающий родитель в семье). Анализ видео взаимодействия проведен специально подготовленными кодерами по 65 характеристикам взаимодействия по шкале от 1 (проблемная область) до 5 (область проявления сильных сторон), при этом 28 показателей описывают поведение ребенка, 29 относятся к поведению взрослого, и еще 8 характеристик оценивают взаимодействие в диаде. В данной работе представлены результаты, полученные на основе суммарных показателей взаимодействия со стороны взрослого, ребенка и в диаде, а также общего суммарного показателя. Для изучения качества взаимодействия детей и близких взрослых в зависимости от опыта проживания детей в домах ребенка с разным типом окружения (БИ, О + СИ), а также на разных этапах обследования (в ДР, 0-24 мес. в ЗС, 25-48 мес. в ЗС), был проведен двухфакторный дисперсионный анализ (ANCOVA) с ковариатой в виде возраста детей. Решения о статистической значимости результатов принимались на уровне 5%. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы SPSS 23.0. Исследование выполнено в рамках гранта РНФ № 22-28-00626, <https://rscf.ru/project/22-28-00626/>.

Результаты и их обсуждение. Выявлено влияние типа окружения детей в ДР на суммарный показатель взаимодействия со стороны взрослых ($p = 0,030$). Значения данного показателя выше у взрослых из группы О+СИ, чем у взрослых из группы БИ ($p = 0,028$). То есть, в целом,

качество взаимодействия со стороны взрослых с детьми с опытом проживания в О+СИ выше, чем у взрослых, воспитывающих детей из БИ. Также обнаружены значимые различия суммарного показателя взаимодействия в диаде в зависимости от типа окружения ($p = 0,007$) и этапа обследования ($p = 0,048$). Значения этого показателя выше в группе О+СИ по сравнению с БИ ($p = 0,008$). В частности, при обследовании в период 25-48 мес. проживания детей в ЗС более высокие значения диадного взаимодействия наблюдались в семьях из группы О+СИ по сравнению с семьями группы БИ ($p = 0,044$). Таким образом, взаимодействие в диаде в целом лучше в группе О+СИ по сравнению с БИ. Также на этапе обследования 25-48 месяцев в замещающей семье взаимодействие в диаде лучше в группе с детьми из О+СИ по сравнению с БИ.

Кроме того, установлено значимое влияние типа окружения на общий показатель взаимодействия ($p = 0,014$): более высокие значения в группе О+СИ по сравнению с БИ ($p = 0,013$). Значит в целом качество взаимодействия выше в семьях с детьми из дома ребенка с проведенной программой вмешательства О+СИ, по сравнению с семьями, воспитывающими детей из обычного дома ребенка БИ. Полученные данные свидетельствуют о том, что программа вмешательства, направленная на повышение чувствительности сотрудниц и стабильность окружения (О+СИ) [1, 4, 5] связана с уменьшением трудностей во взаимодействии детей с близкими взрослыми после перехода в замещающую семью, и таким образом, способствует установлению безопасных отношений с замещающими родителями.

Выводы. Анализ суммарных показателей взаимодействия детей и близких взрослых в замещающих семьях в зависимости от типа окружения в доме ребенка показал, что общий суммарный показатель взаимодействия, суммарный показатель со стороны взрослых и в диаде выше в группе с детьми, имеющими опыт проживания в доме ребенка с окружением, приближенным к семейному (О+СИ), по сравнению с группой замещающих семей с детьми, которые ранее проживали в доме ребенка традиционного типа (БИ). Результаты проведенного исследования указывают на необходимость использования научно-обоснованных программ сопровождения замещающих семей с детьми, столкнувшимися с депривацией потребности в отношениях с чувствительным и надежным взрослым, которые будут учитывать особенности взаимодействия замещающих родителей и детей с опытом институционализации.

Литература

1. Влияние изменения раннего социально-эмоционального опыта на развитие детей в домах ребенка / Под ред. Р.Ж. Мухамедрахимова. М., 2009. 296 с.
2. Плетенёва М. В., Мухамедрахимов Р. Ж. Особенности взаимодействия детей раннего возраста с родителями в замещающих семьях //Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2013. – №. 3. – С. 22-31.
3. Clark R. The Parent-Child Early Relational Assessment: Instrument and manual. Madison: University of Wisconsin Medical School, Department of Psychiatry, 1985.
4. McCall, R. B., Groark, C. J., Hawk, B. N., Julian, M. M., Merz, E. C., Rosas, J. M. & Nikiforova, N. V. Early caregiver-child interaction and children's development: Lessons from the St. Petersburg-USA

orphanage intervention research project //Clinical child and family psychology review. – 2019. – Т. 22. – №. 2. – С. 208-224.

5. The St. Petersburg–USA Orphanage Research Team (2008) The effects of early social emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. Monographs of the Society for Research in Child Development, 73, 1–262.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И АУТИЗМОМ

Шалина Н.С., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г.,
Блинова Т.Е.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

shalinans@yandex.ru

Ключевые слова: дизонтогенез, шизофрения, аутизм, кататония.

PECULIARITIES OF THE FIRST YEAR OF LIFE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND AUTISM

Shalina N.S., Balakireva E.E., Kulikov A.V., Koval-Zaitsev A.A., Nikitina S.G., Blinova T.E.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

shalinans@yandex.ru

Keywords: dysontogenesis, schizophrenia, autism, catatonia.

Актуальность. У детей с детским типом шизофрении и аутизмом отмечаются схожие признаки дизонтогенеза, которые нередко довольно выражены, а диагноз аутизм часто играет роль “реабилитационного”, в то время как у детей с другими типами шизофрении явления дизонтогенеза в первые годы жизни либо не встречаются вовсе, либо мало выражены. В связи с ранней манифестацией детского типа шизофрении и аутизма важную роль играет оценка параметров развития пациента на первом году жизни.

Цель исследования - выявить возможные клинические предикторы неблагоприятного течения заболевания у детей с шизофренией и аутизмом на первом году жизни.

Материалы и методы. Выборку составили пациенты, проходившие стационарное лечение в детском отделении ФГБНУ НЦПЗ с 2020 по 2023 гг. Проводился клинико-анамнестический и статистический анализ некоторых особенностей первого года жизни детей с верифицированными в ходе лечения в стационаре диагнозами: Шизофрения недифференцированная (F20.3), Шизофрения, детский тип (F20.8xx3), Параноидная

Шизофрения (F20.0), Гебефреническая шизофрения (F20.1), Кататоническая шизофрения (F20.2), Атипичный аутизм (с умственной отсталостью и без умственной отсталости, F84.1), Детский аутизм (F84.02). Особое внимание уделялось первому году жизни как наиболее значимому в развитии. Оценивалось моторное, речевое развитие, особенности сна, питания и коммуникации.

Результаты и их обсуждение. Выделено 4 группы больных. Первую группу составили пациенты с Детским типом шизофрении (ДШ, F20.8xx3) в количестве 10 человек (n=10). Манифестация психоза в группе приходилась на возраст от 12 месяцев до 9 лет, но у подавляющего большинства пациентов (90%, n=9) возраст манифестации психоза составил от 12 месяцев до 2 лет 6 мес. Возраст пациентов на момент обследования варьировал от 5 лет 2 месяцев до 14 лет 11 месяцев. Большинство пациентов (80%, n=8) переносили кататонорегрессивный приступ, реже (по 10%) - кататонический либо полиморфный психотический приступы.

Вторую группу составили пациенты с диагностированным иным типом шизофрении, кроме детского (n=15). Сюда вошли преимущественно пациенты с Недифференцированной шизофренией (F20.3, n=11), а также пациенты с Параноидной (F20.0, n=2), Кататонической (F20.2, n=1) и Гебефренической формой шизофрении (F20.1, n=1). Возраст пациентов на момент обследования варьировал от 12 лет 11 месяцев до 15 лет 9 месяцев. Психотические приступы характеризовались полиморфными расстройствами, их манифестация приходилась на возраст от 8 лет (больные переносили первый приступ до обращения в ФГБНУ НЦПЗ) до 14 лет 4 месяцев.

Третью группу составили пациенты (n=10) с Атипичным аутизмом (АА, F84.1). Их возраст на момент обследования варьировал от 5 лет 6 месяцев до 13 лет 5 месяцев. Возраст, на который пришёлся дебют манифестного психоза, составлял от 12 месяцев до 3 лет. Пациенты переносили кататонорегрессивные (90%, n=9) и полиморфные приступы в 10% случаев.

Четвёртую группу составили пациенты с верифицированным Детским аутизмом (ДА, F84.02), n=20. Их возраст на момент обследования варьировал от 2 лет 10 месяцев до 11 лет 6 месяцев. Манифестация приступа приходилась на возраст от 10 месяцев до 3 лет. Отмечались кататонорегрессивные (70%, n=14), кататонические (20%, n=4), полиморфно-регрессивные и полиморфные (по 5%, случаев) приступы.

В группе пациентов с ДШ (n=10) особенности моторного развития на первом году в виде его неравномерности встречались в 40% (n=4) случаев. Особенности развития речи с первых месяцев в виде бедного лепета и гуления или задержки темпов их появления отмечались у 70% (n=7) пациентов. До манифестации психотических нарушений избирательность при введении

прикорма и сниженный аппетит на первом году отмечались у одного пациента (в 10% случаев). Отчётливые указания на неустойчивый зрительный контакт со слабой реакцией оживления на появление матери отмечались в анамнезе у 30% пациентов (n=3). Нарушения сна отмечались у 40% (n=4) пациентов, из которых у двух сон был поверхностным с пробуждениями, трудностями при засыпании с первых месяцев, а у двух других такие же нарушения возникли после 6 месяцев с формированием отчётливого искажённого варианта дизонтогенеза к 12 месяцам. Манифестация психотического приступа происходила у пациентов в разные сроки от момента отчётливой остановки в развитии речи, но они не превышали полугода. Наиболее тяжёлое течение болезни с выраженной дезадаптацией в социуме отмечалось у детей, развитие которых с первых месяцев носило характер задержанного, что проявлялось бедностью лепета и гуления. В дальнейшем развитие приобретало черты не только задержанного вплоть до тотального недоразвития, но и искажённого. Было сделано предположение, что больший “удельный вес” искажённого варианта дизонтогенеза по сравнению с задержанным прогностически более благоприятен, а также то, что первичное наличие признаков задержанного развития уже на первом году жизни наименее благоприятно в случае дальнейшего присоединения кататонии как стержневого синдрома при детских психозах и искажении развития.

В группе пациентов с иными типами шизофрении (n=15), включавшей преимущественно больных с Недифференцированной шизофренией (НШ, 73%, n=11), на первом году нарушения моторного развития отмечались у 21% (n=3) и заключались в его неравномерности (n=2, 14%) и задержке (n=1, 7%, у этого пациента диагностирован ДЦП). Нарушения речевого развития в виде его задержки на первом году отмечались у двух пациентов (14%). Нарушения сна (беспокойный, прерывистый сон, трудности при засыпании) отмечались у 40% (n=6). Избирательности в еде на первом году у пациентов не выявлялось, у 20% (n=3) отмечался сниженный аппетит. Особенности контакта отмечались у двух (14%) пациентов, в одном случае они заключались в малой эмоциональной реакции на улыбку, попытке привлечь внимание, в другом – в отторжении тактильного контакта. Т.о., в указанной группе особенности развития на первом году были меньше представлены по сравнению с другими группами и более разрозненны. Искажения развития не отмечалось, с наступлением дошкольного и школьного возрастов отмечались особенности характера в виде личностного своеобразия (чаще с шизоидными чертами). У пациентов с признаками задержки речевого развития позднее с развитием болезни нарастала выраженная школьная дезадаптация и когнитивные нарушения.

В группе пациентов с АА (n=10) у 90% (n=9) до манифестного психоза отмечались особенности моторного развития в виде его неравномерности или относительно небольшой

темповой задержки. Наиболее часто отмечалось выпадение навыка ползания или его появление после навыка ходьбы. Часто (70%, n=7) такие дети в первые месяцы жизни мало гулили и лепетали по сравнению со сверстниками. В некоторых случаях гуление или лепет отсутствовали, лепет был однообразным. Длительность периода между остановкой в речевом развитии и появлением кататонической симптоматики варьировала от одного до 12 месяцев. С приостановкой речевого развития и дальнейшим регрессом нарастал весь спектр явлений искажённого варианта дизонтогенеза. У 40% (n=4) пациентов искажённое развитие сочеталось с признаками задержанного, а у 50% (n=5) пациентов отмечалась близкая к тотальной задержка. Нарушения сна на 1-м году отмечались у 50% (n=5) пациентов (чуткий, прерывистый сон с пробуждениями, сон только в катящейся коляске, засыпание только с матерью). У 60% (n=6) детей с первых месяцев отмечался неустойчивый зрительный контакт, у 30% (n=3) слабым был «комплекс оживления». Нарушения аппетита на первом году жизни отмечались у 50% пациентов (n=5) в виде избирательности или отсутствия чувства насыщения, частых срыгиваний, рвотного рефлекса.

В группе пациентов с ДА (n=20) на первом году отмечались особенности моторного развития в виде неравномерности у 30% пациентов (n=6) его темпов. Небольшая задержка моторного развития встречалась у 15% (n=3) пациентов. Особенности развития речи с первых месяцев в виде бедности гуления и лепета отмечались у 60% (n=12) детей. В дальнейшем речевое развитие отчётливо останавливалось, затем у большинства (70%, n=14) детей наступал регресс речи. Черты искажения преобладали над чертами задержки. У 35% (n=7) пациентов на первом году отмечались нарушения аппетита в виде избирательности в пище, отсутствия чувства насыщения, трудностей жевания. Только в 10% (n=2) случаев отмечались особенности контакта на первом году в виде отсутствия внимания к окружающим, слабой реакции на дискомфорт и невыраженного «комплекса оживления». Нарушения сна встречались у 30% (n=6) пациентов.

Выводы. Особенности нарушений психомоторного развития на первом году жизни имеют важное прогностическое значение в случае возникновения психического заболевания. Наиболее значимыми с точки зрения возможности возникновения психических нарушений показателями развития на первом году можно выделить особенности контакта и речевого развития, а именно их бедность и недостаточность. Относительное преобладание в структуре дизонтогенеза черт задержки развития по сравнению с его искажением прогностически менее благоприятно. У детей с аутизмом, детским типом шизофрении встречаются задержанный или диссоциированный типы дизонтогенеза или их сочетание, у детей же с иными типами шизофрении дизонтогенетических явлений чаще может не быть. Это косвенно подтверждает относительную обособленность детского типа шизофрении и правомерность его выделения,

но также сближает детский тип шизофрении прежде всего с атипичным аутизмом, а также детским аутизмом. Кататонический синдром, имеющий место в структуре детских психозов, развившихся в первые годы жизни, тотально нарушает развитие, делая его искажённым и задержанным. Обращает внимание неразрывная связь кататонических явлений с явлениями собственно аутизма при психотических формах этого заболевания, а также в случаях детского типа шизофрении.

РАЗДЕЛ 4. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ДЕТСТВА

ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ И ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ В НОРМЕ И ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Антонова Е.А.^{1,2}, Зверева Н.В.^{1,2}, Коваль-Зайцев А.А.^{1,2}

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

katherine_ant@mail.ru

nwzvereva@mail.ru

koval-zaitsev@mail.ru

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Ключевые слова: подростковая шизофрения, гендерная идентичность, пол, нарушения мышления.

COGNITIVE FUNCTIONING AND GENDER IDENTITY IN ADOLSCENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Antonova E.A.^{1,2}, Zvereva N.V.^{1,2}, Koval-Zaitsev A.A.^{1,2}

¹ FSBSI MHRC, Moscow, Russia

katherine_ant@mail.ru

nwzvereva@mail.ru

koval-zaitsev@mail.ru

² MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: schizophrenia, gender identity, gender, cognitive functioning.

Введение. Обозначение физиологических особенностей мужчин и женщин включено в понятие "пол", а социальные и поведенческие характеристики обозначаются словом "гендер". Такая двойственность определения пола частично объясняет различное использование этого

понятия в гуманитарных и естественных науках. Кроме биологического пола существует ряд факторов, играющих роль в формировании гендера человека. В современных моделях [8] обычно выделяют несколько аспектов гендера:

1. *Гендерная идентичность* (личный опыт переживания себя в качестве мужчины или женщины);
2. *Гендерная экспрессия* (выраженность маскулинных и(или) феминных качеств, которые проявляются во внешнем облике человека: одежде, поведении, позах и др.);
3. *Сексуальное или романтическое влечение* (нахождение другого человека привлекательным);
4. *Сексуальное поведение* (вступление в отношения с другим человеком).

Необходимо отметить наличие бинарных и небинарных моделей определения гендера. В бинарных моделях все аспекты гендера определяются как точка на спектре, один полюс которого обозначается как "маскулинность" (или "мужской", "мужчина"), другой – как "феминность" (или "женский", "женщина"). В небинарных моделях - один полюс представляется как "маскулинность" или "феминность", а другой – как отсутствие каких-либо половых качеств. В данном исследовании мы остановились на проблеме гендера в контексте бинарной модели.

В последние десятилетия трансформация социальных ролей, эмансипация женщин и феминизация мужчин отражаются и в изменениях половых соотношений в клинической картине психических заболеваний. Так, типичные для юношей депрессии с нарушением поведения теперь не редки и у девушек, а характерные для девушек стереотипы поведения теперь можно наблюдать и у юношей [6]. Таким образом, проблема влияния фактора пола на психическую патологию становится особо актуальной.

Исследования, посвященные половым различиям при подростковой шизофрении, встречаются довольно редко. Известно, что в подростковом и юношеском возрасте число мальчиков, страдающих шизофренией, в 4 раза превышает количество девочек. При этом у больных мужского пола шизофрения протекает с большей тяжестью, а время манифестации заболевания приходится на более ранний возраст [1].

По данным западных психиатров среди людей с расстройствами гендерной идентичности больные шизофренией встречаются чаще, чем внутри общей популяции. Нарушения гендерной идентичности могут выступать как причиной, так и следствием эндогенной психической патологии, связанной с искажением установок и нарушением мышления в целом. Причем, чем более выражены психические расстройства, тем более вероятны нарушения гендерной идентичности и тем сложнее их коррекция [4]. По данным современных исследований [7], больные шизофренией независимо от пола демонстрируют

андрогинный тип гендерной идентичности, т.е. одновременно проявляют как мужские, так и женские качества.

Таким образом, нарушения гендерной идентичности могут как сопутствовать психическим заболеваниям, так и отражать проблемы адаптации и саморегуляции личности в целом.

Постановка проблемы. Одной из основных задач в работе психолога с больными шизофренией является социальная адаптация. Поскольку необходимым компонентом успешной социализации является сформированная гендерная идентичность, то проблема гендерной дисфории подростков с шизофренией является актуальной в связи с достаточной распространенностью этих нарушений и важной ролью, которую играет фактор гендера в психотерапии и психолого-педагогическом сопровождении больных.

Проблеме соотношения нарушений мышления и особенностей гендерной идентичности у подростков с шизофренией посвящено крайне мало работ. Тем не менее, данный аспект кажется нам важным для изучения, т.к. включение гендера в общую концептуализацию шизофрении способствует качественному анализу каждого отдельного случая. Таким образом, в центре внимания оказывается личность, а не болезнь. Далее представлены материалы пилотного исследования.

Цель – изучение соотношения особенностей мышления и гендерной идентичности у подростков в норме и при расстройствах шизофренического спектра.

Материалы и методы. Клиническая группа – 14 подростков с шизофренией ($15 \pm 1,0$ лет) (ПШ), пациенты 7-го клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ. Контрольная группа – 14 условно здоровых подростков ($15,3 \pm 0,8$ лет) (ЗП), обучающихся в 9-11 классах.

Методы: экспериментально-психологический, качественный и количественный анализ полученных данных.

Методики для оценки особенностей мышления: 1. Конструирование объектов; 2. Сравнение понятий; 3. Включение подкласса в класс [2].

Методики для изучения особенностей гендерной идентичности:

1. "Маскулинность, феминность и гендерный тип личности", российский аналог опросника BemSexRoleInventory (BSRI) [5].
2. Самоописание в ответах на заданные вопросы ("Кто Я? Какой(-ая) Я?") [3].

В первой группе методик оценивались стандартность, комбинаторность, целостность и латентность ответов, а также продуктивность и категориальность мышления. Во второй группе методик – особенности гендерной идентичности и гендерной экспрессии, а также отношение к своему полу.

Статистическая обработка: Microsoft Excel, 2016; IBM SPSS Statistic Subscription Trial, 2020.

Критерий Манна-Уитни для независимых выборок.

Результаты и их обсуждение. В ходе психологического исследования было отмечено влияние фактора пола на патологию мышления при шизофрении. Количественная оценка когнитивного дефицита показала, что средние значения по параметрам "целостности" и "стандартности" мышления в группе мальчиков (ПШ) свидетельствуют об умеренном когнитивном дефиците, тогда как средние значения в группе девочек (ПШ) соответствуют возрастной норме. При этом коэффициент "комбинаторности" мышления у мальчиков (ПШ) имеет наибольшее значение среди всех групп. Такие результаты косвенно подтверждают диссоциированность развития при шизофрении.

Результаты исследования гендерной идентичности показали, что в группе ПШ маскулинные черты более выражены у девочек, чем у мальчиков ($p=0,05$), чего не наблюдается в группе ЗП. Выраженность гендерных черт не различалась между девочками группы ЗП и ПШ, но у здоровых мальчиков маскулинные черты достоверно более выражены, чем у мальчиков с шизофренией ($p=0,05$).

При выполнении методики на самописание в группе ЗП ограничиваются упоминанием своих половозрастных характеристик и социальных ролей, тогда как в группе ПШ при ответах используют излишне сложные, вычурные слова, нередко - философские термины. Такие результаты иллюстрируют специфику нарастания шизофренического дефекта, связанного с нарушением мышления и изменением личности, в частности, резонерством. Также в самописаниях пациентов группы ПШ часто отслеживается негативное, критикующее отношение к своей личности. В группе ЗП, напротив, почти всегда отмечают у себя положительные, социально желательные черты.

Заключение. Психологическая диагностика на исследованной выборке показала, что в патологии мышления при шизофрении имеет значение фактор пола: у мальчиков когнитивный дефицит более выражен, чем у девочек, тогда как в группе ЗП различий в когнитивной сфере не наблюдается. Это дает основание предположить, что половые различия в патологии мышления при подростковой шизофрении обусловлены не только спецификой возрастного периода, но и нарастанием шизофренического дефекта.

Также в ходе исследования было выявлено соотношение между нарушениями мышления и особенностями гендерной идентичности: чем более выражен когнитивный дефицит, тем более вероятны изменения некоторых аспектов гендера, в т.ч. гендерной идентичности, в сторону отклонения от гендерных стереотипов (условной нормы).

Литература

1. Зверева Н.В. Клиническая и психологическая характеристика детей и подростков с разными видами когнитивного дизонтогенеза при шизофрении / Н.В. Зверева, Е.Е. Балакирева, Л.Н. Пятницкая // Журнал неврологии и психиатрии, 2018. - №9. – с. 209-221.
2. Зверева Н.В. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышления) / Н.В. Зверева, А.И. Хромов, А.А. Сергиенко, А.А. Коваль-Зайцев // М.: "Сам полиграфист", 2017. – 48 с.
3. Зверева Н.В. Самооценка у подростков при шизофрении и в норме развития // ШВСероссийская научная конференция "На пороге развития", 2011. – М.: МГППУ.
4. Каган В.Е. Половая идентичность детей и подростков в норме и патологии: дис. ... д-ра мед. наук / В.Е. Каган – Ленинград, 1991.
5. Лопухова О.Г. Опросник "Маскулинность, феминность и гендерный тип личности" // Вопросы психологии, 2013. - №1. – С 147–154.
6. Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е. Влияние пола на клинико-динамические показатели психических болезней // Женское психическое здоровье: Междисциплинарный статус, 2018. – С. 107–109.
7. Семенова Н.Д., Тихонова М.В. Гендерные различия при шизофрении: степень сформированности гендерной идентичности и поведение в болезни // Женское психическое здоровье: Междисциплинарный статус, 2018. – С. 155–156.
8. Killerman S. Breaking through the binary: Gender as a continuum //Issues, 107, 2014. – p. 9-12.

АУТИЗМ И СИМВОЛ

Барменков Ю.В.¹, Иванов М.В.^{1,2}

¹ НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

y.v.barmenkov@yandex.ru

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, факторы дизонтогенеза, символическая функция, со-присутствие.

AUTISM AND SIMBOL

Barmenkov U.V.^{1,2}, Ivanov M.V.^{1,2}

¹ NEPI HE MIP, Moscow, Russia

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

y.v.barmenkov@yandex.ru

Keywords: autism spectrum disorders, dizontogenesis factors, symbolic function, being-with.

Введение. Необходимость изучения социальных факторов в генезе различных видов психического неблагополучия продиктовано вовсе не стремлением к обособлению психологии от биологии или же попыткой создания удовлетворительной эклектики в виде биопсихосоциального подхода, а потребностью заново увидеть максимум: безумие создано человеком [8]. Исследование проблемы аутистических расстройств привело авторов к поиску

причины не на стороне биологических факторов, а на стороне того, что дает возможность реализовать свой объект и биологу, и врачу, и психологу [4, 11]. Вслед за М.К. Бардышевской мы видим, что «устойчивой характеристикой психического развития детей с аутизмом оказывается только легкость возникновения <...> собственно аутистических состояний» [1, с.103]. Прочие же элементы синдрома, а также причины их объясняющие, часто опровергаются фактами клинической практики. Возникающие противоречия решаются расширением диагностических критериев и «открытием» новых форм психических болезней. Авторы предлагают рассмотреть на примере аутизма то фундаментальное условие, которое может явиться причиной и фактором не только данного состояния, но и других форм психических нарушений.

К вопросу о ведущих факторах нарушения развития. Можно предположить, что в случае аутистических расстройств речь идет об особом характере развития человека, которое может быть показано через иной взгляд на ведущий фактор, обуславливающий данный тип дизонтогенеза.

Когда Л.С. Выготский пишет о системном строении дефекта [5], то акцент располагается именно на системе. При этом первичный, вторичный и третичный дефект часто трактуют как некоторую однозначно направленную каузальность. Во-первых, упускают, что сама мозговая деятельность оформляется культурой, во-вторых, культура понимается субстанциально, как обладающая некими постоянными характеристиками. Однако, как показывает исторический анализ, культура в своем развитии становится цивилизацией - наращиванием технологий. Происходит забвение той цели, которой культура должна служить [10]. Исчезновение субъекта, вслед за исчезновением Бога и человека (Ф. Ницше, Ж. Делёз, Ж. Бодрийяр) в культуре [2], неизбежно приводит к особым условиям вхождения ребенка в мир и формирует совершенно иную интенцию развития, являясь таким образом ещё одним важным условием, приводящим к патологическим отклонениям. В ряду нарушений развития аутизм понимают как асинхронию развития, приводящую к искажению онтогенеза [7]. Причиной такой диспропорции предполагается нарушение в прохождении сензитивных этапов, где воспринимаемые сигналы не могут быть организованы и опосредованы [9]. Принципиальным оказывается вопрос: что приводит к такой неспособности? Биологические объяснения не являются удовлетворительными и завершенными, поскольку оказывается неясной сама причина такой биологической конфигурации.

Авторам кажется удачным рассмотрение этого процесса через концепцию У. Биона, поскольку она выявляет роль символической функции: трудности перевода β -элементов («сырых» единиц ощущений) в α -элементы (опосредованных эмоциональным опытом) связаны с неспособностью другого должным образом контейнировать и передать их обратно,

что приводит к невозможности формирования α -функции (одной из форм проявления символической функции) [3]. Можно утверждать, что этот «контейнер» - не дефицит конкретного родителя, а общий дефицит символической функции в существующем обществе.

Гипотеза авторов: дети с психофизической предрасположенностью могут не выходить в аутистическое развитие, если будет сформирована символическая функция и, соответственно, приоритет профилактической, психотерапевтической и абилитационной работы должен быть направлен на её формирование и развитие. Можно заметить, что в такой экспликации проблемы авторы движутся в одном направлении с представителями отечественной школы в их представлении об аутизме как нарушении развития аффективной сферы [1, 7, 9]. Известно, что развитие аффективного опыта позволяет ребенку осваивать всё более активные и сложные отношения с миром, тогда как у аутичного ребенка, ввиду нарушения первичной эмоциональной общности, не формируется механизм, позволяющий перерабатывать и организовывать информацию [9]. Иными словами, нет предпосылок для вхождения в речь и мышление.

Символ. Авторы выстраивают отношение к символу в соответствии с тем, как он определен в проблемно-символическом подходе. «Символ имманентен самой причине мышления и онтологически предваряет какие угодно регистры и форматы мышления» [4]. Кроме этого, авторы также следуют из утверждения, что первичная действительность символа, это различение и идентификация [4]. Эти категории наиболее фундаментально рассмотрены в психоанализе [3, 6, 10].

Исходя из этого можно представить работу по становлению символической функции у аутичного ребенка через формирование способности к идентификации, посредством анализа и переработки бессознательного образа тела, построения отношения ребенка к объектам, а также оформления неструктурированных элементов ощущений.

Принципы работы. Анализ научной литературы и собственная практика не позволяют согласиться с утверждением, что личность ребенка-аутиста не может явиться серьезной опорой в коррекции, поскольку именно активность личности видится единственным условием для преодоления возникшего состояния. Иначе велика вероятность создания квази-структуры, которая будет справляться с задачами «правильного поведения», но в которой будет отсутствовать самое важное звено - символ - которое и определяет возможность осуществления человеком. Также важнейшим условием, предваряющим какие угодно техники, является аналитическая позиция [6]. «Увидеть символ в его действии и собственной сути мы можем лишь творя символическую реальность, которая реализуется через со-присутствие», пишет И.Е. Винов [4]. Со-присутствие с ребенком — вот основное условие, техника и цель подобной работы. Аналитическая позиция при этом предполагает особый

способ слушания ребенка, высокую степень понимания происходящего с собой, чтобы дать возможность через себя быть ребенку, стать как бы его «говорящей частью». Специалист делает возможным высказать невысказанное, которое нарушает взаимодействие образа и схемы тела [6]. Интерпретация строится в соответствии с утверждением У. Биона, что в её основе лежит реализация α -функции, которая позволяет продемонстрировать ребенку, что тот ощущает чувства, но не может их понять. Подобное построение интерпретации влияет на способность ребенка к мышлению, следовательно к пониманию. Таким образом, специалист воспринимает чувства пациента, переживает их и посредством речи возвращает ему в преобразованном виде, позволяя создавать «контактный барьер», делающий возможным психическую реальность.

Таким образом, становится возможным наметить общую структуру клинико-психологической работы с аутичными детьми. Как было показано, целью такой работы становится со-присутствие с ребенком, в ходе которого осуществляется его слушание с целью формирования интерпретаций для помощи в понимании (т.е. реализации символической функции). А сама работа состоит из трех методических приемов: 1) организации со-присутствия; 2) осуществлении слушания; 3) конструирования и осуществления интерпретаций.

Литература

1. Бардышевская, М.К. Нарушения развития аффективно-поведенческих комплексов при аутизме: определение возможностей их восстановления / Известия Уральского федерального университета. Серия 1. Проблемы образования, науки и культуры — 2016. — No 1 (147). — С. 102-113.
2. Бодрийяр, Ж. Симулякры и симуляция — Тула, 2013. — 204 с.
3. Бион, У.Р. Научение через опыт переживания — М.: «Когито-Центр», 2008. — 128 с.
4. Винов, И.Е. Символ и проблема. Онтологический статус символической функции. — Киев. : УПП, 2018. — 532 с.
5. Выготский, Л.С. Собрание сочинений : в 6-ти т. / Л.С. Выготский. — Т. 5. Основы дефектологии ; под ред. Т.А. Власовой. — М. : Педагогика, 1983. — 368 с.
6. Дольто, Ф. Ребенок зеркала. — М. : ПЕР СЭ, 2004. — 96 с.
7. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском и подрост-ковом возрасте: Учебное пособие для вузов — 9-е изд., испр. и доп. — М. : Академический проект, 2019. — 303 с.
8. Фуко, М. История безумия в классическую эпоху — М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2010. — 698 с.
9. Никольская, О.С. Структура нарушения психического развития при детском аутизме // Альманах Института коррекционной педагогики. — 2014. — Альманах No18. (<https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/struktura-narusheniya-psihicheskogo-razvitiya-pri>) Проверено: 10.02.2023.
10. Фрейд, З. Собрание сочинений в 26-ти т. — Т. 15. Статьи по теории культуры. Т. 16. Статьи по теории культуры 2 ; пер. с нем. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2020. — 336 с.
11. Хайдеггер, М. К философии (О событии) — М. : Изд-во Института Гайдара, 2020. — 640 с.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ И ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

Блинова Т.Е., Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г.,
Куликов А.В., Шалина Н.С.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, расстройства аутистического спектра, шизотипическое расстройство.

PATHOPSYCHOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDERS IN CHILDHOOD AUTISM AND SCHIZOTYPAL DISORDER.

Blinova T.E., Balakireva E.E., Zvereva N.V., Koval-Zaitsev A.A., Nikitina S.G., Kulikov A.V.,
Shalina N.S.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Keywords: obsessive-compulsive disorder, autism spectrum disorder, schizotypal disorder.

Актуальность. Обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР) в детском возрасте изучались многими отечественными и зарубежными авторами (Корсаков С.С., 1912; Рыбаков, Ф.Е. 1917; Симсон Т.П., 1929; Сухарева Г.Е., 1959; Сканава Е.Е., 1962; Ковалев В.В., 1979; Башина В.М., 1960, 1989; Шевченко Ю.С., 1981, 1992; Калинина М.А. 1993; Масихина С.Н. 2001; Симашкова Н.В., 2013,2016; Peitret Regis, 1902, Homburger, 1926, Ajuriaguerra, 1970, Strunk, Nissen, 1976, 1981, Hollsworth, 1980, Honjoetal., 1989 и др.), но до настоящего времени данный вопрос остается мало изученным. Распространенность обсессивных расстройств в детском возрасте достаточно высока (1,9+-0,7%). Атипичность проявлений навязчивостей в детском возрасте пациентов затрудняет их своевременную диагностику и является одной из причин позднего обращения к специалистам. В раннем возрасте ОКР в классическом варианте встречаются довольно редко и проявляются преимущественно тикоподобными компульсивными нарушениями - повторениями элементарных привычных движений, а когнитивное развитие затрудняет «идеаторное» описание симптоматики. При детском аутизме (ДА) наблюдается перманентная смена двигательных расстройств в динамике течения болезни. Преобладают гиперкинезы, тики и другие двигательные навязчивости. При шизотипическом расстройстве (ШР) ОКР проявления – двигательные и идеаторные – являются ведущим синдромом на протяжении болезни. При становлении негативных

проявлений они обуславливают резистентность к психофармакотерапии и приводят к формированию личностных изменений, а также ведут к когнитивному снижению.

Цель исследования. Целью исследования - сопоставление психопатологического и патопсихологического профиля у пациентов с ОКР при ДА и ШР с учетом возрастных и клинических факторов. Психологические особенности детей и подростков с ОКР также остаются недостаточно изученными. Интегративный анализ комплексной патопсихологической диагностики в сочетании с клиническими характеристиками может способствовать лучшему пониманию особенностей психического развития таких детей на разных этапах онтогенеза.

Материалы и методы. Работа выполнена в ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор - проф. Т.П. Ключник) в отделе детской психиатрии (и.о. зав. отделом, к.м.н. Балакирева Е.Е.). В исследовании приняли участие 45 пациентов (18 девочек и 27 мальчиков) в возрасте от 4 до 16 лет с обсессивно-компульсивными расстройствами, с верифицированным диагнозом по МКБ-10 «детский аутизм. F 84.02» (10 больных) и верифицированным диагнозом по МКБ-10 «шизотипическое расстройство. F21.3» (35 больных). Применялся метод интегративной оценки (патопсихологический профиль) показателей дефицитарности в интеллектуальной и мотивационно-личностной сферах психики по 8 выделенным параметрам: диссоциация, шизоидность, интеллектуальное развитие, эмоционально-личностная сфера, мотивация, инфантильность, общение, произвольная регуляция. Использовалась бальная оценка от 1 до 3. Вычисляемый общий балл – показатель общей дефицитарности в психическом развитии, чем выше был балл, тем более была выражена дефицитарность. Максимальный балл – 24.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический, метод качественного анализа результатов с использованием бальной оценки, статистический.

Результаты и обсуждение. По результатам патопсихологического исследования в комплексе с клиническими характеристиками пациенты были разделены на 4 кластера:

1. 8 больных (80%) с диагнозом детский аутизм, из них 7 мальчиков, с ранним началом заболевания, средний бал – 15,4. У детей отмечались выраженные нарушения развития. Наиболее высокие баллы отмечались по параметрам интеллекта, произвольной регуляции, эмоционально-личностному и мотивационному параметрам, а также по наличию инфантильности.

2. 16 больных (46%) с диагнозом шизотипическое расстройство, из них 8 мальчиков, с возрастом начала заболевания 11,7 лет. Средний балл – 9,1. Выявлены относительно позднее начало заболевания, хорошее познавательное развитие, с

особенностями, свойственными больным шизофренического спектра, трудности в эмоционально-волевой сфере.

3. 19 больных (54%) с диагнозом шизотипическое расстройство, из них 15 мальчиков, возраст начала заболевания 3,7 лет. Суммарный балл – 9,9. Выявлены относительно раннее начало заболевания, относительно хорошее интеллектуальное развитие, с некоторыми чертами, присущими шизоидному кругу, с проявлениями инфантилизма, эмоционально-личностными проблемами.

4. 2-е больных (20%) с диагнозом детский аутизм, мальчики в возрасте 4-х лет, с началом заболевания в 2 года. Выявлена грубая задержка речевого развития, гипоманиакальный синдром. Суммарный балл – 21 – самый высокий. В дефицитарном состоянии находятся все анализируемые параметры патопсихологического профиля.

Резюме. Комплексная оценка патопсихологических и психопатологических данных у пациентов с обсессивно-компульсивными расстройствами при детском аутизме и шизотипическом расстройстве показывает своеобразие психического развития и проявлений дефицитарности для пациентов с разным диагнозом и разным возрастом начала заболевания. Более грубые нарушения по всем сферам оценки патопсихологического профиля встречаются при детском аутизме с ранним началом заболевания. Патопсихологический профиль у детей с ОКР при ДА и ШР показывает такие общие черты, как дефицитарность эмоционально-личностной сферы и разнообразные варианты интеллектуального развития. Обнаружено своеобразие по признаку пола – девочки при ОКР заболевают позже, у них не наблюдается формирование выраженного интеллектуального дефекта. При этом мальчики заболевают в более раннем возрасте, и дефицитарные психические проявления у них более выражены.

«СЕМЕЙНЫЙ КВЕСТ» КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Бухбиндер М. В., Ермакова М.В.

ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия

mpetska@gmail.com

[Perfice te_mv@mail.ru](mailto:Perfice_te_mv@mail.ru)

Ключевые слова: квест, ментальные нарушения, социально-бытовые навыки, детско-родительские взаимоотношения.

"FAMILY QUEST" AS ONE OF THE FORMS OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS

Bukhbinder M.V., Ermakova M.V.

FSBI Sukhareva SCMHC, Moscow, Russia

mpetska@gmail.com

[Perfice te_mv@mail.ru](mailto:Perfice_te_mv@mail.ru)

Keywords: quest, mental disorders, social and household skills, parent-child relationships.

Вопросы социальной адаптации детей, имеющих особенности психического развития, всегда являются одними из самых приоритетных в процессе коррекционной работы. Одним из важных факторов социальной адаптированности является способность к самообслуживанию, которая часто не формируется самостоятельно у данной категории детей, а родители сталкиваются с серьезными сложностями во взаимодействии с ребенком в процессе формирования социально-бытовых навыков. Социальная адаптация всегда находилась на одном из первых мест при реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и ментальными особенностями. Дети данной категории отличаются друг от друга по степени нарушения контакта, поведенческим проблемам, уровню интеллектуального развития. Однако всех их объединяет неприспособленность в повседневных житейских ситуациях и трудность применения накопленных знаний в реальной жизни. Часто дети с ментальными нарушениями не осваивают социально-бытовые навыки самостоятельно, в связи с чем им требуется специальное обучение.

В свою очередь поиск новых форм обучения навыкам детей, имеющим ментальные особенности, является одним из приоритетных направлений в психолого-педагогической работе. Игровая деятельность долго остается ведущей у детей с нарушениями развития, чем и обусловлен выбор квеста как формы организации обучения социально-бытовым навыкам. Под квестом подразумевается игровой жанр, в котором участники движутся от одного интерактивного задания к другому. Приоритетной целью семейного квеста является обучение родителей практическим навыкам взаимодействия с ребенком и алгоритмам формирования социально-бытовых навыков для экстраполяции полученного опыта в повседневную жизнь. Активное и непосредственное участие родителей в квесте является обязательным условием, так как диагноз ребенка или наличие выраженных симптомов является серьезным стрессогенным фактором для всех членов семьи. У родителей формируется разное отношение к диагнозу ребенка, в связи с чем и уровень требований, предъявляемых к нему, также может быть разным.

Опыт работы с семьями в Центре им. Г.Е. Сухаревой, показывает, что родительские требования к ребенку не всегда соответствуют реальности: они могут быть, как чрезмерно завышены, так и занижены. Также, иногда родители фокусируются на развитии ребенка только в одной сфере, игнорируя другие, не менее важные, сферы. Например, многие родители детей с ментальными нарушениями сфокусированы исключительно на развитии интеллектуальных и речевых способностей, упуская важность развития социально-бытовых навыков, которые напрямую влияют на уровень социальной адаптированности ребенка. Большинство родителей сталкиваются с серьезными сложностями в процессе обучения ребенка ежедневным рутинам, начинают чувствовать себя беспомощными и могут вовсе отказываться от идеи обучать ребенка бытовым навыкам. Также, родители могут быть сфокусированы не на зоне актуального и ближайшего развития ребенка, а на зоне, так называемого, актуально недоступного - на том, что недоступно для выполнения ребенком даже с взрослым.

Все это требует работы над адекватным отношением родителей к проблеме развития ребенка, что в свою очередь положительно повлияет на формирование наиболее эффективной стратегии реабилитации и абилитации в целом. Из обозначенных выше проблем использование квеста в психолого-педагогической коррекции позволяет решать следующие задачи:

1. формирование реалистичного отношения к ребенку и его возможностям, смещение фокуса на зону актуального и ближайшего развития ребенка;
2. расширение способов конструктивного взаимодействия в диаде родитель-ребенок;
3. формирование социально-бытовых навыков у детей;
4. осмысление привычных паттернов взаимодействия в диаде родитель-ребенок и выработка единой родительской стратегии;
5. повышение родительских компетенций в области формирования различных навыков.

В подготовке и проведении квеста принимает участие полипрофессиональная команда специалистов: логопеды, дефектологи, нейропсихологи, инструкторы по адаптивной физической культуре, семейные психологи, арт-терапевты, АВА-терапевты. Это обеспечивает мультидисциплинарный подход к реабилитации ребенка, а также дает возможность системно воспринимать семью и предоставлять максимально полную обратную связь относительно внутрисемейного взаимодействия и эффективных методов коррекции.

Участвующие в мероприятии семьи делятся на небольшие команды и проходят испытания согласно индивидуальному маршрутному листу. Вся игровая зона делится на пять тематических площадок. Каждый этап квеста строго регламентирован по времени, что связано с особенностями детей, такими как низкий уровень концентрации внимания, повышенная

утомляемость, пресыщаемость.

На каждой площадке семья встречается с новой командой специалистов, которые объясняют правила, оказывают помощь в прохождении испытаний. В ходе игрового события родители под непосредственным руководством специалистов знакомят детей с основами бытовой жизни: учат заправлять постель, чистить зубы, сервировать обеденный стол, собирать урожай, готовить, наводить порядок и убирать игрушки, а также другим навыкам. Специалисты предлагают родителям разные способы привлечения детей к целенаправленной деятельности; отработывают варианты предъявления инструкции, помогают осознать и выработать наиболее доступный способ обратной связи от родителя к ребенку.

По итогам квеста проводится родительская группа, необходимая для интеграции и кристаллизации полученного опыта. На группе родители рассказывают про свои сложности в процессе квеста, описывают свои наблюдения и ощущения от взаимодействия с ребенком, а также о том, что нового и интересного они почерпнули для себя из опыта других детско-родительских пар. Специалисты помогают родителям осознать свои привычные паттерны поведения, отразить свои трудности, а также обсуждают конструктивные и неконструктивные способы взаимодействия, алгоритмы формирования навыков, отвечают на вопросы родителей.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПОДРОСТКА В 21 ВЕКЕ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Зверева М.В.

ФГБНУ НЦПЗ Москва, Россия

art@mzvereva.ru

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

CLINICAL PSYCHOLOGY OF ADOLESCENT OF THE XXI CENTURY: DIAGNOSTIC PROBLEMS

Zvereva M. V.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

art@mzvereva.ru

Keywords: adolescence, diagnostic, pathopsychological diagnostics, clinical psychology

Подростковый возраст как явление возник в исторической временной перспективе относительно недавно, приблизительно со второй половины XIX века. Однако за период двадцатого века сумел стать полностью отдельным возрастным этапом, кризисным и переходным от детства к взрослости, имеющим важное значение в жизни человека. С наступлением XXI века границы подросткового возраста не только значительно расширились,

но утвердилось его место и значение в возрастной периодизации человека. Изменения, свойственные подростковому и юношескому возрасту накладывают отпечаток на всю будущую жизнь человека. Следовательно, невозможно игнорировать особенности, которые следуют из специфики пубертата при проведении патопсихологической диагностики в клинической психологии [1,2].

Классическая патопсихологическая диагностика включает оценку с помощью методического комплекса следующих сфер: память, внимание, мышление, эмоционально-личностная сфера. Необходимо использовать разные диагностические средства для каждой из сфер психики. Наиболее продуктивным представляется включать в исследование и классические экспериментальные методики патопсихологической диагностики, и современные опросниковые методики. Диагностика делится по месту проведения на стационарную и амбулаторную. Стационарная проводится в рамках госпитализации в клинике и входит, как правило, в стандартный перечень обследований пациента. Амбулаторные подразделяются в зависимости от запроса. Чаще всего это запрос со стороны родителей (часто по просьбе самого ребенка отвести его к психологу), медицинского специалиста (врача-психиатра, невролога и др.), школы (учителя, школьный психолог). В связи с запросом формируется и план проведения диагностики и последующего написания заключения. Нечасто, но требуются также экспертные заключения о психическом состоянии подростка. [2, 4]. Таким образом, в клинко-психологической диагностике подростков решаются задачи дифференциальной диагностики, оценки нормативности психического развития по разным сферам, оценки детско-родительских и родительско-детских отношений, определения образовательных и психотерапевтических маршрутов.

В период работы лаборатории клинической психологии под руководством Ю.Ф. Полякова, были выработаны специфические принципы проведения патопсихологического эксперимента: «глухая инструкция», «провокация», «зона ближайшего развития». Использование «глухой инструкции» подразумевает минимизацию инструктажа испытуемого в процессе проведения диагностики. Этот принцип позволяет психологу-диагносту практически не вмешиваться в процесс эксперимента. Испытуемому полностью предоставляется возможность как самому находить решение, так и обращаться за помощью к психологу. Принцип «провокация» необходим для оценки возможного наличия у испытуемого «психопатологической готовности» (снижение избирательности, проявления искажения и разноплановости мышления и др.), по сути это один из вариантов реализации «функциональных проб» по Б.В. Зейгарник. Не всегда патологический процесс может быть легко раскрыт с помощью клинической беседы или экспериментальных методик. С помощью элементов провокации (например, дополнительные вопросы, специально выполненный

стимульный материал) психолог может извлечь на поверхность скрытые, пока не проявленные патологические процессы в когнитивной и эмоционально-личностной сфере испытуемого. Диагностика на ранних этапах психической патологии позволит оказать помощь быстрее и эффективнее. Принцип зоны ближайшего развития был разработан еще Л.С. Выготским, в патопсихологической диагностике он применяется для оценки способности испытуемого к социальному взаимодействию, возможности понимать и использовать подсказку со стороны психолога. В настоящее время использование этих принципов является базовым для отдела медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ [2, 5].

Специфика подросткового возраста накладывает определенные трудности на диагностический процесс. Период трансформации и перестройки личности может усугубляться и патологическими процессами. И клиническому психологу-диагносту необходимо различать возрастные и патологические признаки изменений личности подростка, его мышления и эмоций. Внимательное изучение запроса, анамнеза, а также подробная клиническая беседа до и во время патопсихологического обследования позволит с высокой точностью определить трудности и составить необходимые рекомендации по дальнейшим действиям. [1, 2, 3, 5] Более чем десятилетний, с 2012 г. опыт работы в амбулаторной клинике ФГБНУ НЦПЗ вывел на первый план следующие проблемы в клинико-психологической диагностике подростков. Условно можно выделить проблемы, связанные больше с родителями, или с подростками.

В первом случае это:

- отсутствие/малое количество доступной профессионально проверенной информации для родителей по вопросам изменений в подростковом возрасте. Родители часто либо постоянно водят подростка по врачам в надежде что он вернется в «удобную» версию себя, либо наоборот полностью игнорируют его просьбы о профессиональной помощи;
- переизбыток доступной информации и отсутствие профессионального фильтра не способствует получению родителем достоверных сведений о нормативном или ненормативном развитии ребенка в подростковом возрасте;
- неосведомленность родителей о возможном риске старта психической патологии в подростковом возрасте, трудности принятия диагноза.

Во втором случае, к социально-психологическим аспектам диагностической работы с подростками можно отнести следующие категории проблем:

- недостаточное количество психотерапевтических направлений и видов психологической помощи, заточенных под специфику подросткового возраста,

- особенно для подростков с психиатрическими диагнозами и пограничной психической патологией;
- недостаточная изученность условно-нормативных, т.н. «нормотипичных» подростков. Скорость цивилизационных изменения в современном мире очень высокая, необходимо с определенной периодичностью пересматривать нормативы для детского и особенно подросткового возраста, а также сами средства диагностики;
 - снятие «стигмы» с подросткового возраста как с возраста, для которого изменения поведения не представляют беспокойство для родителей, т. к. это и так возраст «бури и натиска»;
 - необходим психосоциальный мониторинг изменений современной подростковой культуры, особенно рискованных направлений, связанных с расстройствами приема пищи, суицидальной готовностью и самоповреждающим поведением;
 - необходима специальная психологическая поддержка для учащихся средней и старшей школы, готовящихся к государственным экзаменам. Выгорание и проблемы с мотивацией в выпускных 9 и 11 классах одна из самых частых причин обращения к психологу
 - необходимо формирование представлений о здоровье как ценности вне патологических вариантов (например, орторексия, нервная анорексия), а также развитие психологической культуры личности подростка.

Все вышеперечисленные проблемы нуждаются в обсуждении междисциплинарной группы специалистов – клинических психологов, врачей психиатров, неврологов, школьных педагогов и психологов, что поможет более эффективной и гуманистически ориентированной комплексной помощи специалистов подросткам и их семьям в кризисный возрастной период, как в вопросах обучения и социализации, так и, при необходимости, лечения и психотерапии.

Литература

1. Зверева М.В. Особенности патопсихологической диагностики в подростковом возрасте. //Современные направления диагностики в клинической (медицинской) психологии. Научное издание. Коллективная монография /под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рождиной. — М.: ООО «Сам Полиграфист», 2021 – С 79-88.
2. Зверева, Н. В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие для бакалавриата и специалитета / Н. В. Зверева, О. Ю. Казьмина, Е. Г. Каримулина. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2019. — 222 с. — (Серия : Бакалавр и специалист).
3. Соколова, Л. Ю. Особенности развития психологической культуры у современных подростков. //Психология личностного и профессионального развития человека: материалы Седьмой конференции психологов образования Сибири. Иркутск, 20–21 июня 2022 г. / ФГБОУ ВО «ИГУ» ; редкол.: И. А. Конопак [и др.]. – Иркутск: Издательство ИГУ, 2022. – 1 электронный оптический диск (CD-ROM).243-247.
4. Туровская Н. Г. Роль психологического обследования в определении «мишеней» психотерапевтического воздействия при нарушениях поведения у подростков. //Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Материалы VIII Международной

научно-практической конференции. Ред. И.О. Логинова, В.Б. Чупина, Л.С. Гавриленко [и др.]. - Красноярск, 2022. С 225-229.

5. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении /Под ред. Ю.Ф. Полякова. —М.: Труды института психиатрии АМН СССР, 1982, т.1

КЛИНИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Рогов А.В.

ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

mr.adibay@mail.ru

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, аффективная деятельность, стереотипии, расстройство коммуникации.

CLINICAL PATTERNS OF BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Irmukhamedov T.B., Abdullaeva V.K., Rogov A.V.

TashPMI, Tashkent, Uzbekistan

mr.adibay@mail.ru

Keywords: autism spectrum disorder, affective activity, stereotypes, communication disorder.

Введение. В медицинской литературе описаны наиболее характерные варианты нарушения развития у детей с расстройствами аутистического спектра, которые отражают трудности при формировании основных механизмов аффективной деятельности поведения и сознания [1]. Также имеются данные о наличии первых признаки нарушений со стороны аффективной деятельности, что даёт возможность прогнозировать вероятность аутистического развития до проявления синдрома в полной мере, также определенные сочетания этих признаков, которые позволяют спрогнозировать формирование определенного типа синдрома [2].

Материал и методы. В ходе работы было обследовано 56 детей с аутистическими расстройствами в возрасте от 5 до 14 лет. В исследовании применялись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический методы исследования.

Результаты. Один из наиболее изменчивых диагностических критериев основной группы это - возможность установить глазной контакт, который встречался почти у всех детей от 5 лет до 7 лет, а к 14 годам этот признак был нарушен почти у 62,6 %. Нарушение формирования речи в виде задержки наблюдалось у детей с аутизмом в группе от 3–7 лет в 73,7 % случаев. К 14

годам несформированность речи выражалось почти у половины детей. В возрасте до 10 лет стереотипность речевой функции выявлялось у 43,4 % детей. По течению аутистического процесса у детей наблюдалась следующая картина: непрогредиентное течение составило 46,3 % случаев.

Выводы. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о низком уровне социальной адаптации детей с расстройствами аутистического спектра на момент обращения за помощью, обусловленной тяжестью клинических проявлений. Из коммуникативных нарушений наблюдались нарушения в речевой функции.

Таким образом, основываясь на полученных результатах, можно предположить, что поведенческие нарушения, выражающиеся в расстройствах коммуникации, уменьшаются с возрастом.

Литература

1. Авдеева Н.Н. Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери // Психологическая наука и образование. М.: МГППУ. - 2006. - № 2 - С. 82-92.
2. Баенская Е.Р. Нарушения аффективного развития ребенка при формировании синдрома раннего детского аутизма // Дефектология. -2008.-№4.-С. 11-19.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ И СТРАХОВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Куртанова Ю.Е., Фирсова Д.С.

МГППУ, Москва, Россия

Ulia.Kurtanova@yandex.ru

Firsova.d555@mail.ru

Ключевые слова: тревожность, страхи, часто болеющие дети, старший дошкольный возраст, половые различия

FEATURES OF ANXIETY AND FEARS IN OLDER PRESCHOOL CHILDREN WITH RECURRENT RESPIRATORY INFECTIONS DEPENDING ON GENDER

Kurtanova U.E., Firsova D.S.

MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: anxiety, fears, recurrent respiratory infections, older preschool age, sex differences

Введение. Настоящая работа представляет собой исследование проблемы тревожности и страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

Период детства представляет собой время наибольшей чувствительности к неблагоприятным факторам разного рода, что объясняется несформированностью нервной системы и психики детей [3]. Незначительная, на первый взгляд, причина может сыграть значительную роль в развитии тревожности и в возникновении страхов у ребенка. Данные явления довольно распространены в детском возрасте, особенно выражены в 5-7 лет [1,4] и представляют собой естественный этап развития психики [2]. Однако в случаях, когда тревожность и страхи выходят за рамки возрастной нормы, можно говорить о нарушении развития психики. Тогда вероятно возникновение соматизации и социальной дезадаптации ребенка.

Проблема частых болезней детей, представляющая важность, как для психологии, так и для педагогики и педиатрии, является *актуальной* ввиду увеличивающегося количества часто болеющих детей [5] при отсутствии единой системы взглядов в вопросе классификации, диагностики и лечения [6]. Кроме того, актуальность настоящей работы обусловлена растущим количеством детей с повышенной тревожностью [7].

Теоретико-методологической основой данной работы является культурно-исторический подход к развитию психики, в частности, работы таких специалистов в области развития психики ребенка, как Л.С. Выготский, В.М. Астапов, А.И. Захаров, Е.П. Ильин, В.А. Ковалевский, А.М. Прихожан и других ученых.

Предметом нашего исследования являются половые различия в проявлении тревожности и страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

В нашем исследовании было выдвинуто несколько *гипотез*:

1. Существуют различия в уровнях тревожности и страхов между часто болеющими и здоровыми детьми.
2. Существуют половые различия в проявлении тревожности и страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.
3. Существует взаимосвязь между особенностями тревожности и страхов у детей и особенностями внутрисемейных отношений.

Таким образом, *цель* данного исследования – выявить особенности тревожности и страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста в зависимости от пола.

Научная новизна данной работы заключается в комплексном подходе к исследованию тревожности и страхов у детей старшего дошкольного возраста, поскольку учитывается статус здоровья и пол детей (сравнительный анализ), а также картина семейной системы.

Знание возрастных и половых особенностей развития тревожности и страхов у детей может оказаться важной информацией для родителей и педагогов для выстраивания наиболее благополучных отношений с ребенком и возможности своевременной помощи, что обуславливает *практическую значимость* настоящей работы.

В исследовании были применены следующие *методики*:

- Тест тревожности (Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки)
- Страхи в домиках (А.И. Захаров, М.А. Панфилова)
- Расскажи историю (Г.Х. Махортова)
- Семейная социограмма (Э.Г. Эйдемиллер)

Выборку составили 28 воспитанников детского сада ГБОУ школы №1514 г. Москвы старшего дошкольного возраста. Таким образом, в исследовании приняли участие две группы детей: экспериментальная и контрольная. Экспериментальную группу составили 11 часто болеющих детей (5 девочек и 6 мальчиков), средний возраст – 5,8 лет. Контрольную группу составили 17 человек, не имеющие статус часто болеющих (10 девочек и 7 мальчиков), средний возраст – 6,1 лет.

В результате исследования были сделаны следующие **выводы**:

1. Было выявлено, что нет разницы в уровне тревожности между часто болеющими и здоровыми детьми, а также между мальчиками и девочками.
2. У часто болеющих детей количество страхов больше, чем у здоровых. В частности, у часто болеющих детей больше выражены медицинские страхи, связанные с причинением физического ущерба, страх темноты, кошмарных снов и пространственные страхи. У часто болеющих мальчиков медицинские страхи, страхи причинения физического ущерба, темноты, кошмарных снов, сказочных персонажей выражены в большей степени, чем у здоровых мальчиков. У часто болеющих девочек больше, чем у здоровых девочек, выражены медицинские страхи.
3. Были выявлены связи между тревожностью и страхами и областями конфликта у детей обеих групп. Так, чем выше у ребенка тревожность, связанная с внутрисемейными отношениями, тем больше у него выражена сиблинговая ревность. Также было обнаружено, что чем больше у ребенка выражена склонность к страхам, тем больше у него выражены страхи животных и страхи, связанные с причинением физического ущерба.
4. Было выявлено, что часто болеющие дети более эмоционально привязаны к родителям, чем их здоровые сверстники. Также было показано, что чем меньше у ребенка страхов, тем больше он склонен отражать в рисунках иерархию семейных отношений, то есть, в восприятии детей с небольшим количеством страхов иерархия семейных отношений наиболее представлена. Различий между мальчиками и девочками ни в одной из групп по критерию особенностей внутрисемейных отношений обнаружено не было.

Итак, наши гипотезы были подтверждены частично. Результаты нашего исследования показали, что

1. Между здоровыми и часто болеющими детьми нет различий в уровне тревожности, но есть различия в количестве и содержании страхов.

2. Между часто болеющими мальчиками и девочками нет различий в проявлении тревожности и страхов

3. Существует связь между особенностями внутрисемейных отношений и особенностями страхов у детей. Связи с уровнем и особенностями тревожности обнаружено не было.

В связи с тем, что феномен частых болезней у детей остается не вполне изученным, важным представляется продолжение исследований по данной тематике. Так, в частности, интерес представляет изучение связей внутрисемейных отношений с частыми эпизодами болезней ребенка, а также с особенностями тревожности и страхов. Понимание причин частых болезней, тревожности и страхов является ключевой составляющей продуктивной помощи детям с данными проблемами.

Литература

1. Абрарова, Л.С. Коррекция детских страхов средствами сказкотерапии / Л.С. Абрарова. – Екатеринбург : Уральский государственный педагогический университет, 2016. – 73 с.
2. Астапов, В.М. Тревожность у детей / В.М. Астапов. – Москва : ПЕР СЭ, 2008. – 98 с.
3. Грибанов, А.В., Депутат, А.С., Нехорошкова, А.Н. [и др.]. Психофизиологическая характеристика тревожности и интеллектуальной деятельности в детском возрасте (обзор) // Экология человека. – 2019. – № 9. – С. 50–58.
4. Дусказиева, Ж.Г. Влияние родительского отношения на гендерные особенности проявления тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста // Сибирский педагогический журнал. – 2008. – № 13. – С. 324-334.
5. Дусказиева, Ж.Г. Гендерные особенности тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста и возможности ее коррекции : автореф. дис. канд. психол. наук / Ж.Г. Дусказиева. – Красноярск : Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2009. – 23 с.
6. Жаманкулов, А.А., Моренко, М.А., Розенсон, Р.И. Часто болеющие дети: критерии, этиология, факторы риска, диагностика // Валеология: здоровье, болезнь, выздоровление. 2019. - №4 – с. 16-20
7. Келипова, Э.М., Снимщикова, Е.Ю., Здоровец, А.А. Психокоррекция тревожности и страхов у детей дошкольного возраста с использованием сказкотерапии // Образовательный альманах. – 2022. – № 1 (51).

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Максименко М.Ю.

РГГУ, Институт психологии, Москва, Россия

e-mail Myilmaks.psi@yandex.ru

Ключевые слова: аутизм, когнитивные функции, нейропсихология, старшекласники.

FEATURES OF COGNITIVE DEVELOPMENT OF HIGH SCHOOL STUDENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Maksimenko M.Yu.

RSUH, Institute of Psychology, Moscow, Russia

e-mail Mylmaks.psi@yandex.ru

Keywords: autism, cognitive functions, neuropsychology, high school students.

Введение. В настоящее время возрастает количество высоко функциональных детей с аутистическими чертами (РАС) в условиях обучения в школе по общеобразовательной программе. Несмотря на то, что обучение этой категории школьников осуществляется по адаптированной программе, многие из них испытывают значительные трудности. Известно, что основными проблемами этой категории детей являются трудности коммуникации [1], социального взаимодействия с окружающими и речевого общения, но они являются «вершиной айсберга», в основе которого лежит дефицит когнитивного развития, т.е. разных высших психических функций (ВПФ) – памяти, зрительного восприятия, оптико-пространственных функций, мышления и других. Основной акцент в сопровождении таких детей в условиях образовательного учреждения делается на психологической адаптации и коррекционной работе преимущественно для младшеклассников [2], которая не предполагается для детей старшего подросткового возраста. Исследование состояния ВПФ у школьников старших классов позволяет вплотную подойти к пониманию дефицитарных механизмов мозговой деятельности с позиции нейропсихологического факторного анализа.

Целью данного исследования выступает диагностика состояния ВПФ именно старшеклассников с РАС для понимания уровней сформированности/дефицитарности разных механизмов и выделения специфических особенностей их когнитивного развития.

Методы и методики. Для диагностики ВПФ использовались традиционные методики: усвоение двух программ в динамическом праксисе, выработка условно-рефлекторной реакции, самостоятельный рисунок «стола, куба», слухо-речевая память (запоминание 10 слов, двух троек слов, двух фраз и рассказа), зрительная память (запоминание 5 геометрических трудновербализуемых фигур), наглядно-образное мышление (понимание смысла одноактных и серий сюжетных картин), а также решение арифметических задач.

Испытуемые. В исследовании приняло участие 14 школьников 9-х и 11 классов (9 мальчиков и 5 девочек), учащихся ГБОУ № 1321 «Ковчег», у которых по заключениям ЦМППК имеются «расстройства аутистического спектра».

Результаты исследования. В таблице 1 в обобщенном виде представлены результаты

исследования ВПФ по степени их дефицитарности.

Таблица 1.

Дефицитарность по исследованным факторам

Степень дефицит.	Програм. динам. праксис	Усл-рефл. реак.	Рис. стола	Рис. куба 3-х мерн. изобр.	Память слухо речев. изолир. слова	Память слухо речев. фразы рассказы	Память зрит.	Нагл. образ мышл.	Зада=чи
Миним. норма	5/ 35,7%	2/ 14,2%	7/ 50%	8/57,1%	4/28,6%	0	5/ 35,7%	2/14,2%	2/ 14,2%
Средняя	4/28,6%	8/ 57,1%	1/ 7,1%	3/21,4%	7/50%	10/71,4%	4/ 28,6%	5/35,7%	2/ 14,2%
грубая	5/ 35,7%	4/ 28,6%	6/ 42,3%	3/21,4%	3/21,4%	4/28,6%	5/ 35,7%	7/50%	10/ 71,4%

Представленные результаты выявляют следующее: наиболее часто встречающаяся дефицитарность проявляется в отношении функции программирования при составлении плана решения простых арифметических задач (в 71,4% случаев). В половине случаев (50%) средний уровень дефицитарности относится к слухо-речевой памяти при неоднократном заучивании 10 слов или двух троек слов. При этом запоминание смыслового материала вызывает большие трудности (71,4%), чем заучивание изолированных слов. При этом страдает не только запоминание и понимание рассказа, но и 2-х фраз. Если запоминание рассказа можно рассматривать с позиции значительного увеличения объема воспринимаемого материала, то основным механизмом неуспеха является несформированность межполушарного взаимодействия, когда воспроизводятся отдельные слова, за которыми отсутствует полноценный образ-сюжет.

Недостаточная сформированность зрительной памяти присутствует у 64,3% школьников среднего и высокого уровня, При этом объем запомненных стимулов не страдает по параметру объема (лишь в двух случаях 1-ое воспроизведение находится на уровне 1 элемента), но главным являются грубые изменения запомненных образов: нарушение пространственных параметров - координатных и структурно-топологических, контаминации (когда в один образ добавляются элементы другого), элементы инертности. Кроме того, в случаях затруднений при запоминании школьник не использует систему вербального опосредования знаковой системой, символами, образами.

Анализ оптико-пространственных функций на материале рисунка «стола» и «куба» выявляет следующее. Только половине детей доступно изображение стола в 3-х мерной системе координат, при этом 42,3% подростков рисует плоскостной стол (что часто встречается у младшеклассников). Рисунок куба дети рисуют правильно, этому предшествует

обучение алгоритму еще в 5-ом классе. Соответственно половина школьников, рисовавших плоскостной стол, усвоила правила схематического отражения проекционных параметров объекта, но в 21,4%. случаев оказался недоступен перенос изученных алгоритмов на объект-образы окружающего мира (стол). Это можно рассматривать как ригидность рисуночной деятельности с ранних этапов развития и недоступность переноса (активность функции программирования) с одного изучаемого материала на другой. Но к специфическим особенностям рисунка куба относится и не стандартное его изображение, а несколько деформированное, когда передняя и задняя стенка отличаются по метрическим параметрам (в 2-х случаях из 8).

С позиций нейропсихологии усвоение программ в динамическом праксисе и выработка условно-рефлекторной реакции обеспечиваются фактором программирования и контроля, что у школьников с РАС не выступает в их тесной взаимосвязи. Дефицит усвоения программы в динамическом праксисе встречается значительно чаще, чем в условно-рефлекторной реакции. Проблемы динамического праксиса примерно в равной степени встречаются как достаточно нормативные, так и среднего и высокого уровня дефицитарности. При грубой степени дефицитарности имеются выраженные трудности усвоения и первой и второй программ, инертность на уровне переключения, инертность на уровне отдельных элементов, недоступность автоматизации, в отдельных случаях требуется оречевление программы, после которого ее выполнение становится доступным. Таким образом, присутствует диссоциативность доступности-недоступности функции программирования в отношении разного стимульного материала.

Достаточно выраженные трудности имеют место при восприятии и описании смысла сюжетных картин и их серий. На понимание смысла сюжетов [3] влияют как гностические ошибки, так и вплетение побочных ассоциаций, нецеленаправленность мыслительной деятельности, что приводит либо к формальному описанию отдельных образов с установлением частотных причинно-следственных связей (ПСС) или актуализации неадекватных. Только у 14,2% школьников выявляется высокий уровень понимания происходящих в сюжете событий.

Выводы. На основе нейропсихологической диагностики выявляется достаточно диссоциативный вариант сформированности/дефицитарности различных ВПФ и их звеньев. Как специфические особенности ВПФ у школьников с РАС выступает дефицитарность функции программирования, проявляющаяся в разных психических функциях – моторике, памяти, оптико-пространственном гнозисе, наглядно-образном мышлении, решении арифметических задач. Патогномичным симптомом является более выраженная дефицитарность слухоречевой памяти при запоминании смыслового материала по сравнению

с изолированными словами, а также отчетливая дефицитарность зрительной памяти не опосредуемая самостоятельно. Это подтверждает асинхронию психического развития, проявляющуюся и в старшем школьном возрасте у детей с РАС.

Литература

1. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., Изд-во МГУ, 1985
2. Максименко М.Ю., Шаль Л.Г. Отличительные особенности наглядно-образного мышления и гностических функций у детей старшего и среднего школьного возраста при расстройствах аутистического спектра. //Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018, т.18, № 4. С.72-80.
3. Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др. Дети и подростки с аутизмом Психологическое сопровождение. Изд 3 М., Теревинф, 2011

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

malyginvl@yandex.ru

Ключевые слова: интернет-зависимость, подростковый возраст, факторы формирования интернет-зависимости.

PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF INTERNET ADDICTION FORMATION IN ADOLESCENTS

Malygin V.L., Merkurieva Y.A.

FSBI HE A.I. Yevdokimov MSMSU MOH, Moscow, Russia

malyginvl@yandex.ru

Keywords: behavioural addictions, psychotherapy of Internet addiction, adolescents.

Введение. Формирование интернет-зависимости имеет многофакторный генез. Среди основных моделей возникновения данного расстройства выделяют: когнитивно-бихевиоральную модель Р. Дэвиса [3], модель цикличной активности Грохола [5], теорию дефицита социальных навыков Каплана [2], социо-культуральную модель [9], нарушение контроля импульсивности [8]. Из всех представленных моделей более комплексной и целостной является биопсихосоциальная модель формирования интернет-зависимости [4, 6, 7, 1].

Материал и методы исследования. Всего обследовано 1108 подростков в возрасте 14–17 лет.

Для выявления подростков с расстройством привычек и влечений в форме интернет-зависимости было использовано два критерия: суммарный балл интернет-зависимости по опроснику «Шкала интернет-зависимого поведения (Chen Internet Addiction scale, CIAS)» в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова (2011); данные клинико-психологического интервью. В экспериментальную группу (n=117) вошли подростки с показателем от 65 баллов и более по методике «Шкала интернет-зависимого поведения CIAS» и наличием признаков интернет-зависимости по данным клинико-психологического интервью. В контрольную группу вошли подростки с показателем 31–41 балл по методике «Шкала интернет-зависимого поведения CIAS», отсутствием признаков интернет-зависимости по данным клинико-психологического интервью (n=120). Психодиагностические методики: «Шкала интернет-зависимого поведения (Chen Internet Addiction scale, CIAS)» в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова (2011), патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А.Е. Личко, в модификации С.И. Подмазина и Е.И. Сибиль (МПДО, 1996), методика диагностики эмоционального интеллекта (MSCEIT), адаптация Е.А. Сергиенко, И.И. Ветрова (2010), адаптированное нейропсихологическое исследование для подростков «Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90»» Э.Г. Симерницкая (1991), методика диагностики социально-психологической адаптации Роджерс-Даймонд, в адаптации А.К. Осницкого (2004), опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) в адаптации Н.В. Тарабриной (2001).

Результаты и их обсуждение. В соответствии с задачами исследования была проведена нейропсихологическая диагностика в исследуемой когорте подростков.

При анализе количественных показателей по нарушенным и несформированным функциям было выявлено, что у подростков с Интернет-зависимым поведением отмечаются более высокие показатели нарушений межполушарных взаимодействий, опосредованного запоминания, контроля и регуляции деятельности, слухомоторной координации, внимания, пространственного праксиса по сравнению с контрольной группой.

Исследование эмоционального интеллекта обнаружило значимое снижение общего балла ЭИ у интернет-зависимых подростков по сравнению с подростками контрольной группы и, в частности, способности к пониманию эмоций других людей и эмоционально окрашенных ситуаций, управление своими эмоциями и эмоциями других людей. При анализе результатов методики МПДО Подмазина было выявлено, что в группе интернет-зависимых подростков по сравнению с контрольной группой наиболее выраженные и часто встречающиеся типы акцентуации - это астено-невротический, возбудимый и демонстративный. По показателям психопатологической симптоматики подростки с интернет-зависимостью характеризуются более высокой межличностной сензитивностью, обсессивностью-компульсивностью и симптомами депрессии. При этом у них значимо выше показатели симптоматического дистресса. Результаты

сравнительного анализа социально-психологической адаптации по методике Роджерса-Даймонд показали, что у подростков с интернет – зависимостью по сравнению с условно здоровыми, отмечаются достоверно более высокие показатели по шкалам: дезадаптивность, неприятие себя, неприятие других, эмоциональный дискомфорт, внешний контроль и эскапизм, а также достоверно более низкие показателей по шкалам: адаптивность, приятие других и эмоциональных комфорт. Подростки с интернет-зависимостью характеризуются незрелостью личности, невротичностью, дисгармонией в сфере принятия решений, являющиеся результатом постоянных неуспешных попыток подростка реализовать цель, либо наличием двух и более равнозначных целей. Выявляется высокая степень неудовлетворённости своими личностными чертами, а также «эскапизм (уход от проблем)» в виде избегания проблемных ситуаций, уход от них. Кластерный анализ позволил выделить две основных подгруппы подростков, зависимых от сети интернет: с преобладанием функциональных нарушений мозговой деятельности (кластер А) и подростков с дезадаптивными паттернами поведения без нейропсихологических нарушений (кластер Б). В кластер А вошли интернет-зависимые подростки, характеризующиеся следующими особенностями: преимущественно атарактический мотив использования интернета, наличие нейропсихологических нарушений (снижение концентрации внимания, дисбаланс процессов активации – торможения, несформированность функции регуляции контроля деятельности, низкие показатели социальной адаптации). К кластеру Б относятся интернет-зависимые подростки, характеризующиеся следующими особенностями: преимущественно гедонистический мотив использования интернета (онлайн игры), наличие ярко выраженной одной из акцентуаций (возбудимый, гипертимный, демонстративный), высокие показатели депрессивной и обсессивно-компульсивной симптоматики, враждебности и высокий показатель социальной дезадаптации.

Выводы. Развитие интернет-зависимости у подростков имеет различные психологические механизмы формирования, различающиеся по ведущим биологическим и психологическим предикторам.

1. Подростки с нейропсихологическими нарушениями выбирают интернет как эффективный психоактивный агент стимуляции психической деятельности, внешне регулирующий тонус и внимание. Подростки с интернет-зависимостью используют интернет как способ поддерживать активность и концентрировать внимание, так как постоянное появление новых стимулов внешне регулирует концентрацию внимания, однако в то же время способствует еще большему истощению и утомлению, что стимулирует повторные обращения к сети, формируя аддиктивный цикл.
2. Подростки с преобладанием акцентуированных черт характера с трудом адаптируются в социуме, интернет-среда предоставляет многообразие способов реализации их гедонистической направленности. Влечение к новизне, не насыщаемая потребность в привлечении внимания, кратковременность эффекта вознаграждения вызывает необходимость чаще обращаться к игре,

повышая толерантность к игровой деятельности. Приводит к заострению акцентуированных черт характера, большому нарушению социальной адаптации, тем самым формируя аддиктивный цикл.

Литература

1. Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А. Дифференцированная психологическая коррекция интернет-зависимости у подростков//Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 142—163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280309>
2. Caplan, S.E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument / S.E. Caplan // Computers in human behavior. – 2002. – Т. 18. – №. 5. – С. 553–575.
3. Davis, R.A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use / R.A. Davis // Computers in human behavior. – 2001. – Т. 17. – №. 2. – С. 187–195.
4. Kelly, R.V. Massively multiplayer online role-playing games: The people, the addiction, and the playing experience / R.V. Kelly. – McFarland, 2004.
5. Grohol, J.M. Internet Addiction Disorder 1999. [WWW document] <http://psychcentral.com/netaddiction/>
6. Kuss, D.J. Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research / D.J. Kuss, M.D. Griffiths // International journal of mental health and addiction. – 2012. – Т. 10. – №. 2. – С. 278–296.
7. Mazurek, M.O. Video game use in boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development / M.O. Mazurek, C.R. Engelhardt // Pediatrics. – 2013. – Т. 132. – №. 2. – С. 260–266.
8. Shapira, N.A. Psychiatric features of individuals with problematic internet use / N.A. Shapira et al. // Journal of affective disorders. – 2000. – Т. 57. – №. 1-3. – С. 267–272.
9. Shek, D.T.L. Internet addiction in Hong Kong adolescents: profiles and psychosocial correlates / D.T.L. Shek, L. Yu. – 2012.

МЕДИЦИНСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ-ЖЕРТВ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

Марголина И.А.^{1,2}, Платонова Н.В.¹, Балакирева Е.Е.¹

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

² ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия

imargolina@mail.ru

Ключевые слова: жестокое обращение, дети, психокоррекция.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE CORRECTION OF MENTAL DISORDERS IN CHILD VICTIMS OF ABUSE

Margolina I.A.^{1,2}, Platonova N.V.¹, Balakireva E.N.¹

¹ FSBSI MHRC, Moscow, Russia

² FSBI Sukhareva SCMHC, Moscow, Russia

imargolina@mail.ru

Keywords: abuse, children, psychocorrection.

По определению ВОЗ «жестокое обращение с детьми» включает все формы физического, эмоционального и сексуального насилия, пренебрежения и эксплуатации, следствием которых является фактический или потенциальный вред для здоровья ребенка и его развития

По данным отечественной и зарубежной литературы в качестве психосоциальных последствий жестокого обращения с детьми указываются делинквентные и асоциальные формы поведения [1], аффективные нарушения [6, 7] и аномальные черты личности [5]. Исследования, проводимые сотрудниками отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, показали, что жесткое обращение способствует искажению формирования личности, проявляющемуся в виде последовательно возникающих искажения формирования привязанности, эмоциональных расстройств, нарушений коммуникативных функций и проявлений психопатоподобного и неврозоподобного синдромов [2, 4]. Исходя из особенностей и динамики выявленных нарушений мы разработали следующие подходы к их коррекции [3].

Принципы оказания помощи детям-жертвам жестокого обращения

1. Комплексность («преемственность в срезе») – задействование ряда специалистов и даже служб в организации помощи ребенку и семье одновременно.

2. Системность. Работа ведется не только с ребенком, но и с микросоциальной системой – семьей. Уделяется также внимание взаимодействию семьи с обществом, социальными институтами поддержки ребенка. Таким образом, следует оказывать помощь ребенку без отрыва от членов семьи, что способствует формированию у ребенка более правильного представления о семейных отношениях.

3. Этапность («преемственность в динамике наблюдения»). Очевидно, что оказание помощи непосредственно после произошедшего стресса, оказавшегося причиной психотравмы, события или периода злоупотребления является лишь ранним этапом помощи, и необходим еще отдаленный этап, когда реабилитационные и психокоррекционные мероприятия следует продолжить

4. Индивидуальность. Мы полагаем, что комплекс психотерапевтических мер обязательно вытекает из комплекса выявленных диагностикой особенностей участников и обстоятельств ситуации.

Этапы оказания помощи детям, пострадавшим от жестокого обращения, должны включать в себя режимно-организационные мероприятия, лечебно-диагностические мероприятия (включая медикаментозное лечение), психолого-педагогическую работу и последующие социально-психологические мероприятия.

Цель режимно-организационных мероприятий:

- Изъятие ребенка из ситуации насилия с целью обеспечения безопасности потерпевшего (осуществляется органами опеки).

- Удаление ребенка из психотравмирующей ситуации.

- Сохранение связи с членами семьи, не причастными к насилию, что необходимо для возможности сформировать у ребенка «правильный», безопасный тип привязанности.

Лечебно-диагностические мероприятия:

- Диагностика и последующее наблюдение детским психиатром.

- Лечение выявленных соматоневрологических нарушений.

- Общеукрепляющая и адаптогенная терапия.

- Седативная терапия (фитотерапия, глицин, с 7 лет - алимемазин).

- Антидепрессивная терапия (препараты зверобоя, с 6 лет амитриптилин, кломипрамин, сертралин, флувоксамин).

- Нормотимики (карбамазепин, вальпроевая кислота).

- Нейролептики - корректоры поведения (тиоридазин, перициазин).

Психолого-педагогическая работа:

- Активные виды психокоррекции: (арт-терапия, сказкотерапия, игротерапия, игра с песком, манкой и водой).

- Пассивные виды психокоррекции: (сухой бассейн, сенсорная комната).

- Воспитательная и педагогическая работа по стимуляции развития дефицитарных функций, преодоления ЗПР и привития навыков общения и правил поведения в коллективе.

Социально-психологические мероприятия:

- Семейное консультирование по нормализации внутрисемейных отношений, психообразовательная работа.

- В случаях изъятия из семьи и помещения в учреждения для детей, оказавшихся без попечения родителей, «имитация семьи» в группе.

- При возможности усыновления или опеки – занятия кандидатов в «школе приемных родителей».

- Помощь семьям, оказавшимся в тяжелых социально-бытовых условиях с целью предупреждения депривации.

Из приведенного выше комплекса мероприятий можно сделать вывод, что реабилитационная, профилактическая и психообразовательная работа должна проводиться мультидисциплинарно и межведомственно, с участием врачей различных специальностей, психологов и педагогов, а также социальных служб.

Литература

1. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступное поведение и психические аномалии. М., 1998. – 215 с.
2. Марголина И.А. Платонова Н.В. Иванов М.В. Козловская Г.В. Проблема внутрисемейного физического и сексуального насилия над детьми. Диагностика, клиника и коррекция: пособие для специалистов. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. – 40 с. ISBN: 978-5-9986-0370-9
3. Марголина И.А. Платонова Н.В., Иванов М.В. Депривационный парааутизм вследствие жестокого обращения с детьми. Методы психолого-педагогической коррекции.// Дефектология, 2021.№5.С.36-46.
4. Психические нарушения в детском возрасте. Психическая депривация. Коллективная монография /Под ред.проф. Г.В. Козловской. – Тверь: ООО «Издательство «Триада». 2020. – 208 с.
5. Bernstein DP., Stein JA., Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: effects of childhood maltreatment. Addictive Behaviors. 1998;23:855-868 doi:10.1016/s0306-4603(98)00072-0
6. Luntz PK., Widom CS. Antisocial personality disorder in abused children grown up. American journal of psychiatry. 1994;151(5):670-674. doi: 10.1176/ajp.151.5.670
7. Mancini C., Van-Ameringen M., Mac Millan H. Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. Journal of nervous and mental disease. 1995;183(5): 309-314.doi:10.1097/00005053-199505000-00006

**ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО КОМПОНЕНТА В СТРУКТУРЕ
РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ТЕЛА У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Селемина А.А., Шаль Л.Г., Максименко М.Ю.

ФГБОУ ВО РГГУ, Москва, Россия

anna.selyomina@yandex.ru

Ключевые слова: репрезентация тела, расстройства аутистического спектра, телесный опыт, дизонтогенез.

**FEATURES OF THE COGNITIVE COMPONENT IN THE STRUCTURE OF BODY
REPRESENTATION AMONG YOUNG ADOLESCENTS WITH AUTHISTIC SPECTRUM
DISORDERS**

Selemina A.A., Shal L.G., Maksimenko M.U.

FSBI HE RSUH, Moscow, Russia

anna.selyomina@yandex.ru

Keywords: representation of the body, authistic spectrum disorders, bodily experience, dysontogenesis.

Введение. Клинико-психологические работы преимущественно посвящены особенностям

эмоционально-личностной и когнитивной сфер, проблемам коммуникации и социализации людей с расстройствами аутистического спектра (РАС). В работах Ю.Ф. Полякова было описано, что одним из аутистических проявлений выступает отрыв от реальности и жизненного опыта. Одним из условий формирования жизненного опыта является опора на телесный опыт и возможности его вербального опосредствования. Таким образом особый интерес представляет изучение специфики когнитивного компонента телесного опыта у подростков с РАС. Современные исследования, направленные на изучение структуры репрезентации тела, телесности, становления субъектности и самосознания в целом у детей и подростков с РАС представлены лишь в единичных отечественных и англоязычных работах. В выводах отдельных исследований отражается, что у детей с РАС в отличие от нейротипичных сверстников наблюдается искажение и дефицитарность формирования системы представлений о собственном теле. Предположительно, их образ тела носит фрагментированный характер, а представления о внутреннем пространстве тела дефицитарны, вследствие чего восприятие тела может оказаться плоским и двумерным наряду с нарушениями представлений о границах собственного тела [6]. Для понимания особенностей психического функционирования подростков с РАС особую ценность и актуальность представляют исследования репрезентации тела. Работы англоязычных авторов посвящены исследованию телесных иллюзий у людей с РАС [7, 8, 9]. Исследователи, описывая дефициты в восприятии собственного тела и его представлений у людей с РАС, указывают на атипичную репрезентацию тела, которая может отражаться на неуспешности социальных взаимодействий и самосознания людей с РАС в целом. В современных отечественных исследованиях Комоловым Д.А. был введен конструкт «репрезентация тела» [1], в структуре которого им были выделены когнитивные и аффективные компоненты и их взаимосвязи. В данном исследовании указанный конструкт использовался для исследования телесного опыта респондентов подросткового возраста с РАС. Цель исследования - изучение особенностей когнитивного компонента в структуре репрезентации тела у младших подростков с РАС в сопоставлении с нейротипичными сверстниками.

Материал и методы. В исследовании использовался детский вариант методики «Классификация дескрипторов соматических ощущений» (КДСО) Г.А. Ариной, О.Г. Мотовилина. КДСО позволила исследовать индивидуальную систему значений, опосредующих телесный опыт, организацию и его содержание, особенности вербального опосредствования в структуре репрезентации тела. Статистический метод - использование программного пакета IBM SPSS Statistics 22: U-критерий Манна-Уитни для порядковых шкал.

Характеристика выборки. В исследовании приняли участие учащиеся ГБОУ Школы № 1321 «Ковчег» г. Москвы и МБОУ Гимназии №4 г. Брянска – 41 человек (11-14 лет), из

которых 21 подросток с РАС (по данным ЦПМПК) и 20 подростков с нормотипичным психическим развитием.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение структуры репрезентации тела проводилось по следующим параметрам: объем словаря телесных ощущений и возможность вербального опосредствования (широта категориальной структуры). Объем словаря телесных ощущений у младших подростков с РАС характеризуется более низкими показателями в сравнении с нейротипичными сверстниками (табл. 1).

Таблица 1.

Показатели общего объема телесного опыта и словарей телесных ощущений по различным категориям в методике КДСО у нейротипичных младших подростков и младших подростков с РАС

Заданные параметры	Среднее значение		Стандартное отклонение		Статистика U Манна-Уитни	Уровень значимости p
	РАС	Нейротипичные	РАС	Нейротипичные		
Общий объем	48,38	53,00	15,54	9,52	156,00	0,158
Сенс-дискримин (С)	15,33	19,05	7,11	4,52	129,00	0,034*
Эмоц.тон ощущений	6,00	6,05	0,89	1,60	170,00	0,261
Эмоц.отношение	7,14	8,50	3,27	2,11	165,50	0,241
Оценочные	6,33	6,45	2,29	2,60	193,50	0,663
Универсальные	6,90	6,20	2,23	1,76	151,00	0,119
Неоднозначные	6,66	6,75	2,57	1,71	195,50	0,700
Сенс-дискр. блок	15,33	19,05	7,12	4,52	129,00	0,034*
Мотив – афф блок	13,14	14,55	3,89	2,87	171,00	0,306
Когнитивный блок	6,33	6,45	2,29	2,60	193,500	0,663

Примечание: «*» — значимые различия между группами ($p \leq 0,05$).

Результаты анализа показали, что структура когнитивного компонента у младших подростков с РАС характеризуется большим выбором «Универсальных» дескрипторов в сравнении с нейротипичными сверстниками. Была обнаружена достаточно сходная структура распределения дескрипторов телесных ощущений. Подростки обеих групп выбрали наибольшее количество дескрипторов категории эмоционального тона ощущений (ЭТ), что может быть связано с превалированием аффективного компонента в структуре репрезентации тела. Разрыв между группами подростков по показателям частоты выбора категорий дескрипторов является умеренным, выявлено одно статистически значимое различие по количеству отобранных (С) дескрипторов, нейротипичные подростки значительно чаще отбирали дескрипторы данной категории ($p \leq 0,05$), возможно, вследствие наличия у них

осознаваемого болезненного опыта (многие подростки упоминали о различных травмах и болях в животе). Широта категориальной структуры оценивалась в контексте свободной классификации дескрипторов. Выявлено, что подростки с РАС создают в среднем большее количество групп (13) в сравнении с нейротипичными сверстниками (5), классифицируя их часто по принципу близлежащих, случайных карточек или с использованием принципа синонимии-антонимии. Подростки с РАС не выделяли и не вербализовали родовые понятия в 81% случаев (выделенные ими группы можно рассматривать как комплексы по Л.С. Выготскому) в отличие от нейротипичных сверстников, категориальная структура групп которых представлена более обобщенной и наполненной категориями, близкими к «понятиям» по Л.С. Выготскому (46%) – отличия статистически подтверждены ($p \leq 0.01$).

Подростки с РАС в меньшей степени, чем нейротипичные сверстники, выделяли группы, в основе которых заложена категория ЭТ: 30% против 60% (названия групп заключали слова по типу «приятные», «плохие», «не нравятся» и пр.). Они чаще классифицировали группы без учета центральной дихотомии «телесное-эмоциональное» (25% против 10%), что выступает свидетельством слитности и низкой дифференцированности, слабого субъективного разделения телесного и эмоционального опыта. Это также подтверждается и отсутствием в ходе классификации выделения данной дихотомии подростками с РАС. Таким образом, для группы подростков с РАС характерна «слабость» вербального опосредования телесного опыта.

Выводы. У младших подростков с РАС выявляется низкий объем телесного опыта, диффузность категориальной структуры, что, вероятно, свидетельствует о недостаточной сформированности когнитивного компонента в структуре репрезентации тела. Для подростков с РАС характерна низкая дифференцированность и слабое субъективное разделение телесного и эмоционального опыта, представленность тела внутри эмоционального состояния; что может свидетельствовать об искажении психосоматического развития по механизму асинхронии. В структуре репрезентации тела нейротипичных подростков общий объем телесного опыта выше, и его категориальная структура является обобщенной, интегрированной.

Литература

1. Комолов Д.А. Особенности аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04. - Томск, 2019. - 189 с.
2. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – МГУ, 1991. – Т. 256.
3. Лебединский В. В. и др. Нарушения психического развития у детей. – М, 1985. – Т. 166.
4. Мотовилин О. Г. Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / О.Г. Мотовилин. – М., 2001. – 188 с.
5. Первушина О. Н., Хорошилов Б. М. О роли самовосприятия в когнитивном и социальном функционировании аутистов //Современные проблемы клинической психологии и психологии

личности. – 2018. – С. 104-108.

6. Солдатенкова Е.Н. Развитие представлений о себе как механизм социализации детей с расстройствами аутистического спектра/ Е.Н. Солдатенкова, Н.Л. Федоренко, А.В. Хилько // Аутизм и нарушения развития. — 2009. — №1 — С. 13-26

7. Kimberly B. Schauder. Interoceptive ability and body awareness in autism spectrum disorder// J Exp Child Psychol. 2015 Mar; 131: 193–200. 2014 Dec10.

8. Mul C. et al. Altered bodily self-consciousness and peripersonal space in autism //Autism. – 2019. – Т. 23. – №. 8. – С. 2055-2067.

9. Noel J. P. et al. The spatial self in schizophrenia and autism spectrum disorder //Schizophrenia research. – 2017. – Т. 179. – С. 8-12

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОТРАЖЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПОСРЕДСТВОМ ДЕТСКОГО РИСУНКА (НА ПРИМЕРЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА)

Сысоева О.В., Попова К. Е., Коростелева Я. С.

ФГБОУ ВО ДВГМУ, Хабаровск, Россия

Olga-mail2005@mail.ru

Ключевые слова: сахарный диабет (СД), психосоматика, символическое отражение болезни.

PSYCHOEMOTIONAL REFLECTION OF THE DISEASE THROUGH A CHILD'S DRAWING (ON THE EXAMPLE OF DIABETES MELLITUS)

Sysoeva O. V., Popova K. E., Korosteleva Y. S.

FSBI HE DVSMU, Khabarovsk, Russia

Olga-mail2005@mail.ru

Keywords: diabetes mellitus (DM), psychosomatics, symbolic reflection of the disease.

Введение. Соматизированные (соматоформные) расстройства, несмотря на высокую распространенность и отрицательное влияние на уровень жизнедеятельности, не привлекают достаточного внимания и даже игнорируются педиатрами [7]. Современные тенденции развития науки ведут медико-психологические исследования детей к переходу от поиска информации о детях к получению информации непосредственно от самих детей [10,11]. Исследователи уделяют все больше внимания и признают необходимость развития альтернативных методов экспрессии, таких, как рисование, поскольку они помогают детям выражать свои чувства и сообщать о своих переживаниях, связанных с заболеванием [2, 12].

Еще три столетия назад Томас Уиллис, первым обнаруживший сахар в моче больных диабетом, писал, что появлению СД нередко предшествует «длительное огорчение». Впоследствии известный физиолог Клод Бернар установил связь гипергликемии с деятельностью центральной нервной системы. Во второй половине XIX в. СД как «нервную

болезнь» рассматривал С. Marghal de Calvi, а в начале XX в. – С.С. Корсаков и С. Neilson. Классическим примером сахарного диабета, возникшего после эмоциональных потрясений, является «диабет биржевиков», наблюдавшийся после падения цен на Чикагской бирже в 30-х гг. прошлого Века [5]. F. Alexander считал СД одним из психогенно-органических заболеваний. Однако впоследствии большинство исследователей склонилось к тому, что психологические факторы могут выступать только в качестве дополнительного провокатора СД и влиять на течение этого заболевания.

Материал и методы. В ходе исследования на базе Детской краевой клинической больницы им. А.К. Пиотровича (КГБУЗ ДККБ) г. Хабаровска было собрано 25 рисунков «своей болезни» детей, проходивших стационарное лечение с диагнозом сахарный диабет 1-го типа. Детям предлагалось цветными карандашами на листке бумаги формата А4 изобразить рисунок «своей болезни». По сюжету рисунки разделили на две группы: рисунки с символическим отражением болезни и рисунки, отображающие причинно-следственные связи, обусловленные данным заболеванием.

Результаты и их обсуждение. Остановимся на некоторых из них. На представленных ниже рисунках №1 - №3, несмотря на возрастную разницу авторов, просматривается ряд общих закономерностей. Все три рисунка довольно яркие, есть линия горизонта. На рисунках №1 и №3 изображено солнце в левом верхнем углу и по центру облака, причем количество облаков приходится на возраст манифеста заболевания. Солнце как источник света и радости на символическом уровне, расположенное слева (левая сторона по символике тела – женская), свидетельствует о материнской заботе. Дети находятся на стационарном лечении вместе с мамами, которые берут на себя полную заботу и ответственность за течением заболевания их ребенка. Линия горизонта – зеленая, как символ заземления и роста. Дети понимают, что болезнь находится в их теле и им с этим недугом придется дальше расти.



Рисунок 1. Д. 9 лет. Стаж болезни 2 года 4 месяца



Рисунок 2. М. 6 лет. Стаж болезни 9 месяцев



Рисунок 3. Д. 5 лет. Стаж болезни 8 месяцев

Тучи на рисунках №1 и №3 как символ надвигающейся непогоды – угрозы для жизни изображены довольно радужно, однако, синий цвет, по теории Р.Плутчика означает горе, печаль, задумчивость. Рисунки №4 и №5 также достаточно яркие и символичны, так на рисунке №4 мальчик подросткового возраста изобразил «свою болезнь» в виде конфетного монстра, который живет в его теле и постоянно требует конфет, которых самому ребенку нельзя.



Рисунок 4. М. 14 лет. Стаж болезни 4,5 года. Манифест заболевания в 10 лет

На рисунке №5, автором которого является девочка 9 лет, так же изображены два сахарных монстрика. Несмотря на существенную разницу в возрасте 14 и 9 лет, возраст манифестации заболевания примерно одинаковый – 10 и 9 лет соответственно. Яркость и образность данных рисунков демонстрирует тот факт, что на интропсихическом уровне данные дети продолжают оставаться детьми, несмотря на физическое взросление.



Рисунок 5. Д. 9 лет. Манифест заболевания в 9 лет



Рисунок 6. Д. 15 лет. Стаж болезни 4 года. Манифест заболевания в 10,5 лет

Такая же цветовая гамма присутствует и в рисунке №6, однако здесь автор уже изобразил не то, в чем его ограничивают, в связи с заболеванием, а то, что нужно и можно употреблять в пищу – это овощи. Таким образом, можно утверждать, что в данном случае девочка подросток, страдающая СД 4 года, находится на стадии принятия своего заболевания, хотя фиолетовый цвет (цвет чаши, в которой размещаются овощи) по Р.Плутчику символизирует отвращение, брезгливость и скуку.

Следующие два рисунка №7 и №8, авторами которых являются девочки подросткового возраста с одинаковым возрастом манифестации заболевания 10 и 11 лет соответственно, отличаются более блеклыми красками и наличием сюжетной линии по реализации изменившегося образа жизни, в связи с болезнью. В данном случае процесс эмоционального отреагирования посредством рисунка явно затруднен, т.к. на повестку выходит укрепляющееся эго и процесс долженствования в виде соблюдения определенных правил жизни, которые и отражены на рисунках (рис. 7,8). По мнению Донбар, больные СД сталкиваются с серьезными затруднениями при смене своего инфантильного зависимого состояния на более зрелое и независимое. Они склонны регрессировать к зависимым отношениям [1]. При сахарном диабете первого типа возникает целый комплекс новых для человека проблем, которые приводят к серьезному стрессу.

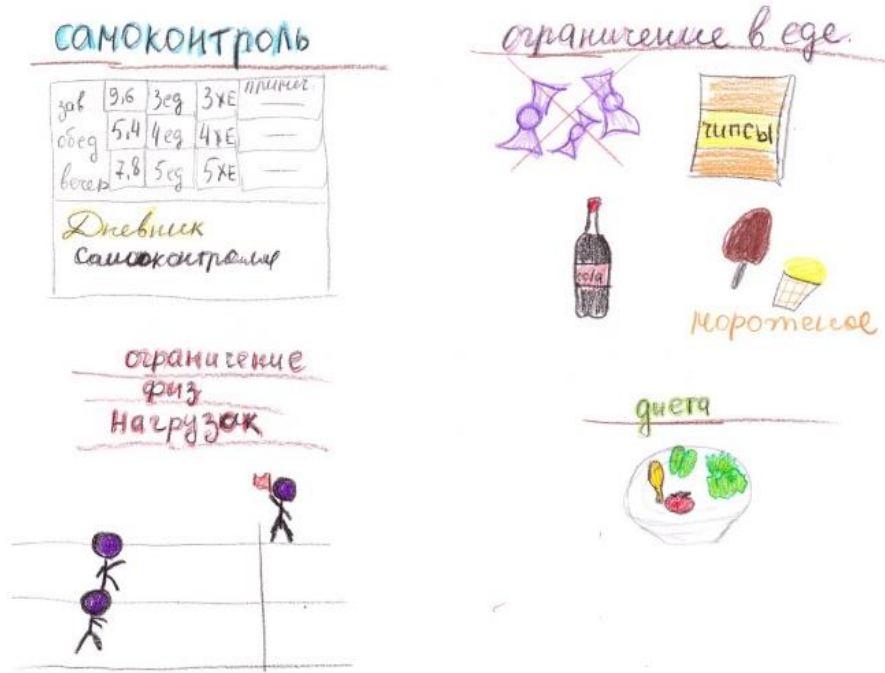


Рисунок 7. Д. 12,5 лет. Манифест заболевания в 10 лет



Рисунок 8. Д. 17 лет. Манифест заболевания в 11 лет

В руководстве Международного общества по детскому и подростковому диабету (ISPAD) «Клиническая практика. Согласованные нормы» (Clinical Practice Consensus

Guidelines, 1999) подчеркивается, что «по влиянию на уход за больным и лечение сахарного диабета наиболее важны психологические факторы» [4].

В этом документе были сформулированы три ключевые рекомендации:

1 Социальные работники и психологи должны быть включены в междисциплинарные команды по оказанию помощи детям и подросткам с сахарным диабетом 1 типа.

2 Поддержку в решении психологических проблем, возникающих у пациентов с сахарным диабетом или членов их семей, должны оказывать специалисты в области психического здоровья.

3 Специалисты, осуществляющие лечение диабета, должны пройти подготовку по вопросам признания, идентификации, предоставления информации и консультирования по психосоциальным проблемам, связанным с диабетом.

Заключение и выводы. Таким образом, возникающая на фоне заболевания инфантилизация психики, продолжает укрепляться на протяжении всей жизни посредством медико-социальных факторов сопровождения больных СД. В этом случае следует обратиться к Ф.Александру, который утверждает следующее: «...врач должен относиться к пациенту как к личности... Больной диабетом должен осознавать свои бессознательные требования и фрустрации и пойти на компромиссы, которые в наибольшей степени согласуются с его возрастом и социальной средой. Тогда он будет действовать и питаться как нормальный человек, не причиняя вреда ни себе, ни своему окружению...» [1]. В качестве диагностического инструментария в работе с детьми можно использовать рисунок, он отражает, в первую очередь, не сознательные установки человека, а его бессознательные импульсы и переживания. Ребенку легко понять заданную инструкцию, для выполнения методики не требуется высокий уровень развития речи. Вместе с тем рисунки – удобный повод для того, чтобы врачу непринужденно завязать клиническую беседу, а психологу отследить уровень развития психики и предложить соответствующие рекомендации родителям и лечащему врачу по медико-социальному сопровождению ребенка. [2, 8, 9].

Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2011. – С. 215-223.
2. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство.- ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005.-159с.
3. Габбард Г., Лестер Э. Психоаналитические границы и их нарушения / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2014 – 272 с.
4. Гармаш И.П., Ойфе В.А. Психосоматические аспекты сахарного диабета у детей школьного возраста // Проблемы эндокринологии. – 1992, № 4 – С. 48.
5. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Сахарный диабет и психика: этиопатогенетические взаимосвязи // Заместитель главного врача. – 2008. – №3. – С. 31–47.
6. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб: Издательство «Питер», 2000.-512с.

7. Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская и социальная психиатрия для непсихиатров. – СПб: Питер, 2008. – 416с.
8. Розаль М., Турнер-Шиклер Л., Юрт Д. Арт-терапия с подростками, страдающими избыточным весом: расовые, культуральные и психотерапевтические проблемы // Арт-терапия – новые горизонты / под ред. А.И. Копытина. – М.:Когито-Центр, 2006. – С. 125–141.
9. Сысоева О.В., Ткаченко О.И., Александрова В.В., Блохин Г.Р. Функциональный анализ причин физической травмы посредством детского рисунка (аналитический подход) // Личность в норме и патологии: материалы Всероссийской научно-практической конференции, 20-21 апреля 2017г., Челябинск / под ред. М.В.Овчинникова. – Челябинск: Печатный двор, 2017. – С. 196-198.
10. Хаген Л. Арт-терапия и медицина // Журнал арт-терапии «Исцеляющее искусство». – 2008. – Том. 11, № 1. – С. 41-57.
11. Шапиро Д. Телоразум: рабочая книга: Как тело и разум работают вместе. М.: Апрель; АСТ, 2004. – 217 с.
12. Kosti R.I., Panagiotakos D.B. The epidemic of obesity in children and adolescents in the world // Cent Eur J Public Health. – 2006. – Vol. 14(4). – P. 151–159.

МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО У ДЕТЕЙ С ЭЛЕКТИВНЫМ МУТИЗМОМ

Туревская Р.А.¹, Пленсковская А.А.²

¹ ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

info@turita.net

² АНО НППЦ «Туррион», Москва, Россия

parina31@mail.ru

Ключевые слова: элективный мутизм, модель психического.

THEORY OF MIND IN CHILDREN WITH SELECTIVE MUTISM

Turevskaya R.A.¹, Plenskovskaya A.A.²

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

info@turita.net

² NPO «Turrion», Moscow, Russia

parina31@mail.ru

Keywords: selective mutism, theory of mind.

Элективный мутизм (ЭМ) – психическое расстройство, обычно возникающее в детстве и характеризующееся отсутствием речи в определенных ситуациях, требующих социального взаимодействия и общения (например, в школе), в то время как в других ситуациях (дома) использование речи не затруднено [6]. Как правило, ЭМ рассматривают в рамках тревожного расстройства, однако, ряд исследований предполагают также наличие проблем психологической сепарации ребенка от матери, проблемы личностного развития, трудности отреагирования агрессии, протестные реакции [1, 2]. Появляясь в предшкольном возрасте, ЭМ

ограничивает коммуникативные возможности ребенка, затрудняя его социальную адаптацию. Основным патогенетическим механизмом ЭМ представляется повышенная тормозимость – процесс, в результате которого происходит ослабление или подавление процесса возбуждения. Практический опыт показывает, что явления ЭМ имеют место не только у тревожных детей, замолкающих в ситуации публичных выступлений, испытывающих в этот момент выраженное беспокойство, но и у детей с РАС и шизотипическими расстройствами. У последних ведущим механизмом является также тормозимость, но на первый план выходит состояние регресса, когда «уходит» не только речь, но и произвольная регуляция действий, способность инициировать и развернуть произвольное действие. Происходит регресс в личностном функционировании, когда ребенок с шизоидными чертами при столкновении с триггерными ситуациями начинает вести себя неадекватно, демонстрирует провоцирующее поведение, ведет себя как ребенок более младшего возраста. Триггеры для выделенных групп детей будут различаться. У детей тревожного круга триггерами для разворачивания ЭМ будут служить ситуации, связанные с публичными выступлениями, самопрезентацией, необходимостью взаимодействия с незнакомыми взрослыми или в ситуациях неопределенности. По мере привыкания к ситуации и незнакомым людям происходит редукция симптомов ЭМ.

У детей с РАС и шизотипическими расстройствами могут наблюдаться внешние сходства, но при более близком рассмотрении становится заметно их своеобразие: ребенок может не разговаривать с одним и тем же взрослым взрослыми в зависимости от перемен в его внешнем виде (наличие другой одежды или макияжа), в зависимости от того, в каком помещении он находится, в зависимости от степени родства – например, разговаривать с мамой и не разговаривать с бабушкой. Угасание симптомов ЭМ не всегда связано с привыканием и избирательно проявляется в зависимости от ситуации даже с самыми близкими людьми, например, с мамой.

Первичные нарушения в виде повышенной тормозимости у детей с ЭМ не объясняют всю специфику расстройства. На основе наблюдений удается выделить синдромальные формы ЭМ – невротический, свойственный детям тревожного круга, и регрессивный, обнаруживающийся у детей с РАС и шизотипическими расстройствами. Вторичные нарушения ярко проявляются в коммуникации, обращает внимание на себя то, как ребенок осознает себя и другого. Сам процесс повышенной тормозимости в контакте с другим оказывает влияние на разворачивание процессов построения внутренних репрезентаций ментальных состояний. Затронутой оказывается модель психического, которую все чаще рассматривают в качестве внутреннего механизма, обеспечивающего коммуникацию в детском возрасте [3, 4]. Отдельные исследования обнаруживают связь способности понимать

смысл социальных событий и чувств героев (одним из параметров ТоМ) со способностью определять и оперировать понятиями, неотъемлемой частью коммуникативной функции, страдающей у детей с ЭМ [5] Таким образом, существенным представляется исследование модели психического у детей с ЭМ.

Для исследования ТоМ у детей с ЭМ использовались классические методы Ф.Аппе (Тест «Удивительные истории») и S. Baron-Cohen (тест на понимание физической и ментальной причинности «Построение последовательности событий» - «Picture Sequencing Test»). Выборку составила смешанная группа из 11 детей (9 – мальчики, 2 – девочки) в возрасте от 6 до 12 лет с ЭМ, обратившиеся в АНО НППЦ «Туррион» за психологической помощью из-за трудностей социальной адаптации ребенка. В процессе выполнения заданий ТоМ дети с ЭМ часто давали ответы-отказы либо глухие ответы, требующие дополнительной поддержки, разворачивания ориентировки в ситуации, стимулирования мотивационной сферы. В результате тестирования и качественной обработки полученных ответов был выделен ряд специфических для детей с ЭМ характеристик ТоМ, касающихся процесса понимания других, Я-концепции ребенка, «концепции среды».

В отношении особенностей понимания других, их действий, мыслей и чувств детям с ЭМ свойственно искаженное понимание социальных действий. Имеет место проблема дифференциации мыслей и чувств, когда ребенок на вопрос «Что думает герой?» называет чувство, которое, по его мнению, возникает в сложившейся ситуации, и, наоборот, называет мысль в ответ на вопрос о чувствах героя. Прослеживается проблема формирования социальных инвариантов в виде формального называния переживания-события в ответе, не раскрывающем его реальное содержание. Также внимание привлекает тенденция к разрозненности и сочетанию несовместимых характеристик социальных действий героев, сопровождающаяся нечувствительностью к наличию несоответствия.

Для Я-концепции ребенка с ЭМ по результатам теста свойственен выраженный эгоцентризм. Прослеживается использование защитных механизмов, искажающих реальность в предлагаемой ситуации.

Важное место в диагностике ТоМ у детей с ЭМ занимает «концепция среды». Для детей с ЭМ характерно описывать ее как негативную, являющуюся источником различных проблем. Другой человек (чаще взрослый) в ответах детей с ЭМ демонстрирует реакцию раздражения, гнева. Дети могут описывать его как источник неприятностей, готовый отругать, нарушить границы, поступить несправедливо. Обратной стороной становится провоцирующее поведение и элементы враждебности у детей с ЭМ. Описывая других как злых, недовольных, причиняющих вред, дети с ЭМ часто сами могут вести себя недоброжелательно, идти наперекор, насмехаться над другим в случае его неудачи (в групповой работе), проявлять

агрессию в совместной деятельности.

Полученная картина ТоМ для детей с ЭМ указывает на недостаточную сформированность способности к децентрации, предполагающую более дифференцированное и полное понимание другого в ситуации общения. Актуальным в долгосрочной коррекционно-психологической работе представляется усиление эмпатического ответа, осознание собственных чувств в ответ на рассматриваемую ситуацию. Наряду с этим для достижения эффекта угасания проявлений ЭМ используются поведенческие технологии. Открытым остается вопрос о дифференциальной диагностике структуры ТоМ при невротическом и регрессивном синдромах в структуре ЭМ у детей.

Литература

1. Буянов М.И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков (руководство для врачей и логопедов). М.: Российское общество медиков-литераторов. 1995. 192 с
2. Васильева Н.Л. Элективный мутизм: психоаналитический взгляд на проблему // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 4. С. 208–225.
3. Сергиенко Е.А. Модель психического как парадигма познания социального мира [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2014. Т. 7. № 36. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 10.02.2023).
4. Туревская Р.А., Пленсковская А.А. Развитие модели психического у детей школьного возраста с расстройствами аутистического спектра // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 1. С. 112–131. DOI: 10.17759/cpp.2021290107
5. Туревская, Р., & Пленсковская, А. (2022). Связь модели психического и интеллектуального развития у детей с расстройствами аутистического спектра. Психологические исследования, 15(81), 5.
6. Muris, P., Hendriks, E. & Bot, S. Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds. *Child Psychiatry Hum Dev* 47, 94–101 (2016).

РАЗДЕЛ 5. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ СЕМЬИ

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Богачева О.И., Иванов М.В., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Куликов А.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

oksana-syster@mail.ru

Ключевые слова: психообразование, нарушения психического развития, расстройства аутистического спектра, родительское отношение

PSYCHOEDUCATION WITH PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Koval-Zaitsev A.A., Balakireva E.E., Kulikov A.V.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

oksana-syster@mail.ru

Keywords: psychoeducation, developmental disorders, autism spectrum disorders, parental attitude.

Введение. Недостаточная осведомленность родителей пациентов о возможностях лечения и формах помощи может вызывать у них тяжелые эмоциональные реакции, что в итоге приводит к сопротивлению или отказу от врачебных рекомендаций [2, 4]. Данная ситуация может усугублять течение болезни, нарушать лечебный и реабилитационный процесс. Восполнить недостаток информации о болезни ребенка у родителей, а также снабдить родителей полезными навыками совладания с трудными ситуациями, повысить качество жизни семьи способно помочь психологическое и психиатрическое просвещение населения – психообразование (psychoeducation) [6]. Технологии психообразования базируются на традиционных методах обучения, групповой психотерапии, групп самопомощи, а также могут включать индивидуальную когнитивно-поведенческую терапию, тренинг уверенности в себе, коммуникационный тренинг, а также семейную терапию [6, 7].

Е.В. Корень с соавторами отмечают, что недооценка специалистами степени влияния на всю семью психического расстройства у ребенка может негативно сказываться на уровне вовлеченности родителей в лечебно-реабилитационный процесс и напрямую препятствовать формированию родительской компетентности в отношении формирования навыков совладания со стрессовой ситуацией, связанной с болезнью ребенка, и установления продуктивного взаимодействия с врачом и больным ребенком [3].

Материал и методы. Выборку исследования составили 75 семей (75 матерей и 68 отцов; возрастной диапазон от 27 до 38 лет, средний возраст родителей – $31,5 \pm 4,6$ лет), воспитывающих детей с РАС (возрастной диапазон от 3 до 5 лет, средний возраст детей $4,1 \pm 0,7$), наблюдаемых в ФГБНУ НЦПЗ. Всем детям были выставлены диагнозы из подгруппы F84 «Общие расстройства психологического развития» по МКБ-10 (F84.01; F84.02; F84.11; F84.12). В выборке преобладали семьи, воспитывающие детей с атипичными формами аутизма 57% (43 семьи). Срок постановки диагноза ребенку - от 6 месяцев до 1 года. В исследовании преобладали полные семьи (93 %), высшее образование имели 64% родителей. В исследовании применялась «Анкета-интервью для родителей по определению уровня осведомленности о болезни ребенка» (Иванов М.В., Богачева О.И.) [1], в основу которой легла

«Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» (Сальникова Л.И., Мовина Л.Г.) [5]. Использование данной анкеты показало, что большинство родителей (53,14%) детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) оценили свои знания как недостаточно удовлетворительные, также выявлена открытость к получению информации о болезни, настроенность на сотрудничество со специалистами, курирующими детей с РАС. На основе литературных и эмпирических данных выделены темы семинаров психообразовательной работы с родителями детей с РАС: 1) Знакомство специалистов с родителями, а также знакомство родителей между собой и др. 2) Понятие расстройств аутистического спектра, этиологические факторы, особенности проявления. 3) Современные подходы в лечении и реабилитации детей с РАС, роль семьи в лечебно-реабилитационном процессе. 4) Особенности формирования и развития психических функций у детей с РАС. 5) Особенности эмоционального развития у детей с РАС; трудности формирования коммуникативных навыков и социальной адаптации (социализации). 6) Особенности организации обучения и коррекционно-развивающих занятий для детей с РАС. 7) Подведение итогов.

В ряде исследований отмечается, что для оценки эффективности психосоциальных вмешательств, в том числе психообразования, при отдельных формах психических расстройств в детском возрасте могут рассматриваться: ослабление тяжести симптоматики и длительность ремиссии, повышение приверженности лечению (комплаенса), снижение семейного бремени, повышение качества жизни и уровня социального функционирования [3, 8]. В данной работе для оценки эффективности психообразовательной работы выделен ряд индикаторов, а также подобраны соответствующие психодиагностические методики: родительское отношение к болезни ребенка (методика В.Е. Кагана, И.П. Журавлевой); родительско-детские отношения (модифицированный опросник А.Я. Варги и В.В. Столина для семьи, воспитывающей особого ребенка И.Н. Галасюк, О.В. Митиной); стратегии совладания (опросник Р. Лазаруса, С. Фолкман в адаптации Л.И. Вассермана с соавт.); воспитательские умения родителей (анкета В.В. Ткачевой).

Результаты исследования. Предварительные результаты, полученные после проведения психообразовательной программы с родителями детей с РАС, показывают, что родители в большей степени стали осознавать и принимать болезнь ребенка. Так, коммуникативные проблемы у ребенка перестали объясняться его стеснительностью, а отказ ребенка выполнять какие-либо задание «его хитростью», проявлениями агрессии «вымещением зла на родителей» и т.п. Родители отмечали, что у них появилось больше знаний в отношении способов помощи их детям, как действовать в ситуации обострения симптомов у ребенка. Они в большей степени стали осознавать необходимость лечения, связывать особенности поведения с

проявлением болезни. Уменьшился процент родителей детей с РАС, которые оценили свои знания как недостаточно удовлетворительные (31,4%). Исчезла группа родителей, которые сообщали об отсутствии объективных знаний о проблеме аутизма у детей. Больше половины родителей (51%) отметили, что у них имеются достаточные знания о заболевании детей и они не нуждаются в дополнительной информации. После психообразовательной программы ведущими способами совладающего поведения у родителей стали стратегии, направленные на активное решение проблем, связанных с болезнью ребенка. Обнаруживается повышение баллов по шкале «конфронтация», что может говорить о готовности родителей сделать многое, чтобы изменить сложившуюся ситуацию и максимально помочь своему ребенку. Сочетание с высокими баллами по шкале «положительная переоценка» показывает, что родители обнаруживают новые возможности, как для детей, так и для себя, ставя перед собой новые цели, являющиеся стимулом к личностному росту, что может оказывать положительное влияние на качество жизни всей семьи. Многие родители (74,1%) после окончания программы сообщают, что чаще стали действовать вопреки сложившейся безвыходной ситуации, надеяться на лучшее будущее для своих детей и укрепление семьи. Повысились баллы по шкале «планирование решения проблемы», родители стали более активно включаться в решение проблем ребенка, искать всевозможные способы помощи. Так, многие родители (87,4%) перестали прибегать к помощи одного специалиста, а стали работать с мультидисциплинарной командой специалистов.

Заключение. Определение основных компонентов психообразования является одним из первых этапов лечебно-реабилитационной работы с пациентами, страдающими психическими расстройствами, что является основой индивидуализированной эффективной помощи, способствующей повышению психологической адаптации пациентов и их семей.

Литература

1. Богачева О.И., Иванов М.В., Симашкова Н.В. Осведомленность родителей о заболевании детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. – 2019. – № 4. – С. 3-11.
2. Иовчук Н.М. Просветительская, лечебно-коррекционная и социореабилитационная работа с семьей психически больного ребенка (некоторые размышления о первоначальном опыте) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2002. – Т. 2. – № 2. – С. 41-46.
3. Корень Е.В., Куприянова Т.А., Дробинская А.О., Хайретдинов О.З. Влияние психического расстройства у ребенка на родителей в контексте дифференцированных подходов к психосоциальным вмешательствам в детской психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114. – № 10. – С. 14-19.
4. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.
5. Сальникова Л.И., Мовина Л.Г. Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы. В кн.: Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. Ред. И.Я. Свиридов И.Г. Гурович, А.Б. Шмуклер. – М., 2002. – С. 109-111.
6. Серых А.Б., Иванова А.Р. Модели и фокусы психообразования в медицинской практике // Вестник БФУ им. И. Канта. – 2012. – № 5. – С. 61-66.

7. Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families // Schizophr Bull. 2006. Vol. 32 (Suppl 1). P. S1-S9.
8. Meltzer H., Ford T., Goodman R., Vostanis P. The burden of caring for children with emotional or conduct disorders. International Journal of Family Medicine. – 2011; 2011. P. 801203.

ОБРАЗ ДОМА В ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЬЯХ

Букинич А.А., Резниченко С.И., Спиваковская А.С.

ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

arabond1@mail.ru

sofya_292@list.ru

beatum@bk.ru

Ключевые слова: дом, домашняя среда, образ дома, смысл дома, дисфункциональные семьи.

THE IMAGE OF THE HOME IN FUNCTIONAL AND DYSFUNCTIONAL FAMILIES

Bukinich A.A., Reznichenko S.I., Spivakovskaya A.S.

FSBI HE M.V. Lomonosov MSU, Moscow, Russia

arabond1@mail.ru

sofya_292@list.ru

beatum@bk.ru

Keywords: home, home environment, the image of the home, meaning of home, dysfunctional families.

Введение. Дом представляет собой универсальный ресурс позитивного функционирования личности. Будучи рукотворной средой, он изначально создан и существует для человека. Встраиваясь в задачи жизненного пути дом отражает актуальные личностные потребности и ресурсы своего обитателя и становится частью идентичности личности. Особенно важно восприятие домочадцами места их проживания и причины, которые влияют на его изменение. В данном исследовании домашняя среда понимается как «Ключевой ресурсный средовой объект повседневной жизни человека, интегрирующий функциональные... и эмоционально-личностные... смыслы» [4, с. 201]. Она выполняет множество функций, связанных с различными проявлениями психической сферы человека: психологическим благополучием, динамической активностью, реализацией социального взаимодействия и др. [3, 7].

Дом как система бытийно-социальных связей является реальным физическим местом, которое включается в семейное взаимодействие и создает семейный уклад [4]. В доме

возникает необходимость выстраивания не только личностных границ, но и физических. Возникает интерес к различиям в представлениях о доме в семьях, которые испытывают трудности в семейной жизни, и, наоборот, в семьях с гармоничной системой отношений. Для того чтобы исследовать представления о доме, в работе рассматривается субъективный образ дома, не сводимый к объективным составляющим домашней среды. Такое рассмотрение необходимо для более точного изучения восприятия членами семьи общего пространства. Образ дома выступает как реальная действительность, трансформируемая и изменяемая субъектом, то есть супругом или супругой (в данном исследовании). Чтобы сузить вариативность изучаемой темы, в данном исследовании рассматривается образ реального дома, то есть «качества актуальной домашней среды, конфигурация которых позволяет сделать вывод о дружелюбности или недружелюбности дома его обитателю» [4, с. 202]. Изучение образа реального дома (дом как он есть на самом деле, здесь и сейчас), с точки зрения авторов, минимизирует влияние когнитивных искажений и проекций, которые часто оказываются причиной искажений при изучении образа идеального дома (дом, в котором я хотел бы жить). Целью исследования является описание особенностей образа реального дома в функциональных и дисфункциональных семьях. Дисфункциональная семья – это такая семья, где действие закона гомеостаза сильнее, чем действие закона развития. Гомеостаз семьи может быть поддержан симптоматическими проявлениями члена семьи. Такая семья может рассматриваться с точки зрения особенностей защитного и совладающего поведения ее членов в период кризиса [2]. Функциональная семья воспринимается как целое, имеющее глубокое понимание индивидуального разнообразия каждого члена семьи. При изучении представлений о доме в двух группах рассматривается субъективный образ реального дома в четырех категориях: смысловой, эмоциональный, социальный и функциональный дом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 100 человек (75 женщин, $M \pm SD = 35,2 \pm 10,2$ лет). Родной язык — русский, места проживания — Россия, Азербайджан, Казахстан, Узбекистан. Все респонденты состояли в зарегистрированном браке, причем 18% выборки находились в браке меньше года, 29% — от 1 до 5 лет, 16% — от 6 до 10 лет, 21% — от 11 до 20 лет, 16% — 21 до 45 лет. Для отнесения респондентов в подгруппы функциональных и дисфункциональных семей были использованы 2 опросника: «Опросник удовлетворенности браком» [5] и «Шкала жизнеспособности семьи» [1]. Разделение по подгруппам осуществлялось на основании нормативных показателей, предложенных авторами методик. В качестве независимых переменных, различие значений которых предположительно должно было помочь с описанием психологических особенностей образа дома в указанных подгруппах респондентов, были использованы следующие методики: 1) адаптированная авторами социометрическая методика Inclusion of Other in the Self (IOS) Scale

[8], в которой респонденту предлагалось оценить степень субъективной близости с домом и домочадцами; 2) опросник Функциональность домашней среды (ФДС) [4], позволяющий исследовать различные функции реального и идеального дома; 3) опросник Тоска по дому [6], позволяющий оценить разные аспекты отношения к дому и прошлому в целом. Ввиду гетерогенности групп сравнения и небольшого объема респондентов, отнесенных к подгруппе дисфункциональных семей, методом анализа выступил критерий Манна-Уитни. Расчеты осуществлялись в программе IBM SPSS Statistics 26.0. Опрос проводился онлайн при помощи сервиса Google-формы, средняя длительность заполнения — 45 минут.

Результаты и их обсуждение. Разделение выборки на подгруппы функциональных/дисфункциональных семей на основе статистических норм опросников ОУБ и ШЖС выявило неоднородную наполненность групп. Так, по методике ОУБ в группу дисфункциональных семей были отнесены 5 респондентов, а в группу функциональных семей — 85. По методике ШЖС 10 человек попали в группу дисфункциональных семей, 34 человека — в группу функциональных. Связь между соответствующими подгруппами, выделенными при помощи разных методик, оказалась невелика, ввиду чего сравнение показателей независимых переменных осуществлялось по отдельности в подгруппах, выделенных на основании двух методик. Однако в итоговый анализ вошли те различия, которые обнаруживались в подгруппах, выделяемых обоими методами (табл. 1).

Таблица 1.

Различия между подгруппами функциональных и дисфункциональных семей

Сравниваемый параметр	Разделение по параметру удовлетворенности браком			Разделение по параметру жизнеспособности семьи		
	Уровень Значимости (p)	Группа 1 (удовлетворенные барком)	Группа 2 (неудовлетворенные барком)	Уровень значимости (p)	Группа 1 (высокая жизнеспособность семьи)	Группа 2 (низкая жизнеспособность семьи)
		Средний ранг	Средний ранг		Средний ранг	Средний ранг
Близость отношений (IOS scale)	<0,001	47,69	8,2	0,017	24,76	14,8
Социальный дом (IOS scale)	<0,001	47,6	9,8	0,023	24,46	15,85
Прагматичность домашней среды	0,002	47,52	11,1	0,048	24,57	15,45

Чувство одиночества	0,011	43,87	73,2	0,014	20,06	30,8
Тоска по друзьям	0,001	43,22	84,3	0,043	20,4	29,65

Как можно заметить, различия в подгруппах, обнаруженные с помощью двух разных методик, имеют одни и те же тренды. Рассмотрим, как различаются группы при применении методики IOS Scale. В функциональных семьях дом является более значимым, отражает личность и ценности респондента. Такой показатель как «социальный дом» указывает на близость в отношениях с домочадцами в удовлетворенных семьях и отсутствие ее в дисфункциональных. Показатель прагматичности, отражающий простые повседневные функции дома, без которых он становится неудобным и должен дополняться другими средами, более выражен в функциональных семьях, чем в дисфункциональных. А чувство одиночества наряду с тоской по друзьям больше выражено в дисфункциональных семьях. В итоге получается, что в дисфункциональных семьях люди больше чувствуют одиночество дома, грустят по своим друзьям, сталкиваются с некоторыми проблемами в отношениях с домочадцами, и даже с прагматической точки зрения их дом устроен хуже. Возникающие проблем в семейных взаимоотношениях провоцирует отчуждение от дома, которое в свою очередь минимизирует возможность налаживать отношения и конструктивно решать возникающие конфликты. При этом отметим, что верификация предполагаемой связи между указанными параметрами нуждается в дополнительном исследовании.

Заключение. В данном исследовании было проведено сравнение особенностей функциональных и дисфункциональных семей по различным параметрам, в том числе с использованием методики IOS scale. Исходя из результатов анализа, можно сделать вывод о том, что в дисфункциональных семьях существуют проблемы с устройством дома, что может ухудшать отношения между домочадцами и увеличивать чувство одиночества у людей. Это позволяет предполагать, что дальнейшие исследования позволят сформулировать психотерапевтические рекомендации, что может иметь положительный эффект на улучшение отношений в семье и уменьшение психологических проблем, связанных с домом и семейной жизнью. Однако для подтверждения этих гипотез необходимо провести дополнительные исследования, чтобы верифицировать связь между указанными параметрами и подтвердить эффективность такого подхода в психотерапии. Отношения внутри семьи оказывают значительное влияние на формировании образа дома. Функциональные семьи имеют возможность в доме гармонично развиваться, решать конфликты, быть жизнеспособными и удовлетворенными браком. Вместе с функциональностью семьи повышается прагматичность домашней среды, и респонденты описывают отношения с домочадцами как более доверительные и близкие. Многогранность образа дома открывает

дальнейшие психотерапевтические возможности. Одним из малоизученных эффектов психотерапии является желание навести порядок в доме, разобрать углы, сделать ремонт, а может и вовсе поменять дом. Влияние представлений человека о доме, его образе, вносит вклад в психологическое благополучие человека.

Литература

1. Гусарова Е., Одинцова М., Сорокова М. Шкала оценки жизнеспособности семьи: адаптация на российской выборке // Психологические исследования. – 2021. – Т. 14. – №. 77.
2. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. – Класс, 2006.
3. Нартова-Бочавер С. К. и др. Метод оценки дружелюбности жилища: опросник “Функциональность домашней среды” // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36. – №. 4. – С. 71-83.
4. Нартова-Бочавер С. К. и др. Дом как жизненная среда человека: психологическое исследование // М.: Памятники исторической мысли. – 2016. – Т. 220.
5. Олифиревич Н.И., Зинкевич-Куземкин Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. – СПб.: Речь, 2007. – 360с.
6. Duru E., Balkis M. The Psychometric Properties of the Utrecht Homesickness Scale: A Study of Reliability and Validity // Eurasian Journal of Educational Research. – 2013. – Т. 52. – С. 61-78
7. Mondal S., Sutradhar A. Effect of home environment on different dimensions of emotional maturity of adolescents // The International Journal of Indian Psychology. – 2015. – Т. 2. – №. 4. – С. 6-13.
8. Woosnam K. M. et al. Social determinants of place attachment at a World Heritage Site // Tourism management. – 2018. – Т. 67. – С. 139-146.

ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ НЕЙРОРАЗВИТИЯ, КАК ПРЕДМЕТА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ефимов К.Р.

НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия

KirYef616@yandex.ru

Ключевые слова: приверженность лечению, родительский комплаенс, приверженность лечению родителей детей с расстройствами нейроразвития, детско-родительские отношения.

RESEARCH APPROACHES OF TREATMENT ADHERENCE AMONG PARENTS BRINGING UP CHILDREN WITH NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS AS A CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ACADEMIC ISSUE

Yefimov K.R.

NEPI HE MIP, Moscow, Russia

KirYef616@yandex.ru

Keywords: treatment adherence, parental compliance, treatment adherence among parents bringing up children with neurodevelopmental disorders, child-parent relations.

В последние годы зарегистрированы высокие показатели заболеваемости (в России и Соединенных Штатах) психическими расстройствами, в том числе нарушениями психического развития в детском и подростковом возрасте [13, 22]. В современном обществе особое внимание уделяется проблемам семей, воспитывающих детей с различными расстройствами (нарушениями) нейроразвития [12]. Данная группа расстройств нейроразвития отдельно выделена в последних медицинских классификация болезней (DSM-5, МКБ-11) и включает в себя поведенческие и когнитивные расстройства, среди которых расстройства аутистического спектра, расстройства интеллектуального развития, расстройства обучения и прочие тяжелые расстройства, которые возникают на различных возрастных этапах. Расстройства нейроразвития могут сопровождаться определенными трудностями в приобретении и выполнении некоторых интеллектуальных, двигательных, языковых или социальных функций [21]. Ответственность за лечение больного ребенка ложится на родителей, поэтому справедливо в данном случае говорить о родительской приверженности лечению ребенка; и научно-практические проблемы, связанные с приверженностью лечению родителей, воспитывающих детей с различными расстройствами нейроразвития [18]. Эмоциональное выгорание, нарушение внутрисемейных отношений и пр.[9] являются важными проблемами, влияющими на детско-родительские отношения при необходимости активного включения родителей в лечебно-реабилитационные мероприятия [11].

Согласно современным исследованиям, понятие «приверженность лечению» синонимично «комплаентности» (от англ. *patient compliance*) [1]. Если приверженность взрослых лечению достаточно хорошо исследована и в отечественной [2, 3, 8, 14, 17], и в иностранной науке [19, 20], то родительская приверженность лечению детей с различными нарушениями ограничена психологическими и клиническими рекомендациями, а также статистическими данными [8, 10, 15].

Целью исследования является анализ подходов к изучению приверженности лечению родителей, воспитывающих детей с расстройствами нейроразвития.

На базе отечественных и зарубежных научных работ, связанных со способами исследования комплаентности родителей детей с различными нарушениями [4, 5, 7, 16, 18, 19, 20], был проведен анализ научных исследований для выделения подходов приверженности лечению родителей, воспитывающих детей с расстройствами нейроразвития. Родительская комплаентность является определяющим фактором обеспечения ребенка соответствующим лечением [6] ввиду отсутствия в большинстве случаев такой возможности у самих детей, имеющих различные нарушения, а особенно расстройства нейроразвития. В практике встречаются как безответственные примеры нерегулярности лечения [17], так и примеры хорошего уровня приверженности лечению среди родителей, что может быть объяснено

социально-психологическими характеристиками самих родителей.

Для изучения уровня родительской комплаентности используется опросник оценки родительской комплаентности, обладающий высокой степенью валидности (тест Кронбаха $>0,8$) [2].

1. Забывали ли Вы когда-либо дать ребенку препараты?
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств ребенком?
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если ребенок чувствует себя хорошо?
4. Если ребенок чувствует себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли

Вы следующий прием препарата?

5. Можете ли Вы в связи с негативной реакцией ребенка на прием лекарства отказаться от следующего приема препарата?

6. Можете ли Вы без консультации с лечащим врачом самостоятельно заменить назначенный препарат в лечении Вашего ребенка на «более эффективный и безопасный» по Вашему мнению?

5-ый пункт делает акцент на *реакции ребенка на прием препарата*, как важную характеристику приверженности лечению. В работе Е.И. Первичко и Д.В. Довбыш поднимается проблема личностного смысла болезни ребенка как фактор приверженности семьи лечению на примере исследования семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом, проанализированы особенности понимания приверженности лечению при подобных заболеваниях у детей [17]. Авторы рассматривают аспект *родительского удовлетворения результатом действия*, как основу мотивации приверженности лечению, также выделяя три степени приверженности лечению и их связь с *личностным смыслом болезни ребенка* для родителей. Так, давая оценку родительской осведомленности о болезни ребенка, О.И. Богачева с соавторами использует оригинальную анкету-интервью для родителей детей с РАС [4]. Авторы в своем методе-анкете представляют перечень утверждений, направленных на получение информации о вовлеченности родителя в процесс лечения ребенка через *осведомленность о болезни*. В исследовании Т.Т. Батышевой с соавторами использована анкета эмоциональных состояний родителей с ребенком с неврологическими патологиями в семье [3]. Они рассматривают влияние различных факторов на приверженность лечению на основе более 150 анкет, заполненных лицами, сопровождавшими на лечение несовершеннолетних пациентов. Авторы выделяют *эмоциональную стабильность*, изучая феномен приверженности лечению родителей детей с нарушениями развития. По мнению Н.В. Сиденковой и ее коллег большое значение в формировании комплаенса принадлежит *социальным и экономическим факторам*, так как целый ряд возрастных, коммуникативных и социальных факторов могут снижать

комплаентность. Среди факторов, повышающих комплаенс, можно выделить высокий доход семьи [16]. Г.Г. Вылегжанина, в свою очередь, изучая семьи с часто болеющим ребенком, предлагает обратить внимание на несоблюдение ортобиоза, вызываемого *отсутствием саморегуляции и низкой культурой бытового поведения* [6].

Результатом проводимых исследований с использованием опросников SF-36 (на составляющие здоровья) и ТСИ (на психологические особенности личности) станет широкий круг характеристик комплаентности родителей по отношению к лечению их ребенка с расстройствами нейроразвития.

Литература

1. Анохин В.А., Бикмухаметов Д.А. Проблема приверженности лечению в современной медицине // Практическая медицина. 2005. №5 (14). С. 26-28.
2. Барина А.С., Налетов А.В. Влияние родительской приверженности к проводимому детям лечению хронической гастродуоденальной патологии на показатели качества жизни пациента // Педиатр. 2020. Т.11.№1. С. 59-64.
3. Батышева Т.Т., Быкова О. В., Виноградов А. В. Приверженность семьи к лечению ребенка с неврологической патологией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2012. Т.7. № 2. С. 56-63.
4. Богачева О.И., Иванов М.В., Симашкова Н.В. Осведомленность родителей о заболевании детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2019. Т.17. №4 (65). С. 3-11.
5. Булыгина В.Г., Белякова М.Ю., Абольян Л.В. Влияние семейной дисфункции на психофизическое развитие детей и подростков // Педиатрическая фармакология. 2013. №3. С. 50-55.
6. Вылегжанина Г.Г. Взаимосвязь родительского отношения и преобладающих мотивов к деятельности часто болеющего ребенка дошкольного возраста. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Красноярск, 2006. С. 14
7. Гринина Е.С., Рудзинская Т.Ф. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Изв. Сарат. ун-та Нов. сер. Сер. Акмеология образования. Психология развития. 2016. №2. С. 163-168.
8. Грошева Е.В. Основные принципы и подходы работы с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями психического развития // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2012. №2.
9. Гуткевич Е.В., Пустовая А.В., Пустовая Е.Н. Особенности психологического отношения матерей и отцов к болезни в семьях, имеющих ребенка с расстройствами аутистического спектра // Ученые записки университета Лесгафта. 2021. №2. С. 415-421.
10. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности»: монография. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. 74с.
11. Корень Е.В., Куприянова Т.А., Дробинская А.О., Хайретдинов О.З. Влияние психического расстройства у ребенка на родителей в контексте дифференцированных подходов к психосоциальным вмешательствам в детской психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2014. Т. 114. №10. С. 14-19.
12. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Семейное бремя как мишень психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2013. Т. 113. №5-2. С. 61-68.
13. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах // Российский психиатрический журнал. 2019. № 4. С. 4-15.
14. Миланич Ю.М. Родительское отношение к ребенку с нарушениями психофизического развития // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2010. №3. С. 44-54.
15. Мухарямов Л.М., Савельева Ж.В., Кузнецова И.Б., Гарапшина Л.Р. Аутизм в России. Противоречивое поле диагностики и статистики // ЖИСП. 2021. №3. С. 437-450.

16. Сиденкова А.П., Изможерова Н.В., Коврижных И.В., Гарифуллина Э.Р. Психосоциальные компоненты пациентского комплаенса // Вестник Уральского государственного медицинского университета. Екатеринбург: УГМУ, 2021. вып. 1. С. 92-95.
17. Синопальников А.И., Зайцев А.А. Комплаентность антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2008. Т. 10. №1. С. 50-59.
18. Первичко Е.И., Довбыш Д.В. Личностный смысл болезни ребенка как фактор приверженности семьи лечению (исследование семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом) // Национальный психологический журнал. 2016. №2 (22). С. 61-72.
19. Al-Hassany L., Kloosterboer S.M., Dierckx B., Koch B.C.P. Assessing methods of measuring medication adherence in chronically ill children - a narrative review // Patient Preference Adherence. 2019. Vol. 13. P. 1175-1189.
20. Chan A.H.Y., Horne R., Hankins M., Chisari C. The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence // British Journal of Clinical Pharmacology. 2020. Vol. 86(7). P. 1281-1288.
21. International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2022. License: CC BY-ND 3.0 IGO
22. Zablotsky B., Black L.I., Maenner M.J., Schieve L.A., Danielson M.L., Bitsko R.H., Blumberg S.J., Kogan M.D., Boyle C.A. Prevalence and Trends of Developmental Disabilities among Children in the United States: 2009-2017 // Pediatrics. 2019. Vol. 144(4). P. e20190811.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМНОМ ПОДХОДЕ

Жиронкина М.А.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

marina.zh@mail.ru

Ключевые слова: системный подход, психологическое консультирование, семья, дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF FAMILIES WITH CHILDREN WITH DISABILITIES IN A SYSTEMATIC APPROACH

Zhironkina M.A.

FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

marina.zh@mail.ru

Keywords: systematic approach, psychological counseling, family, children with disabilities.

В середине 20 века психологи, врачи и математики в Европе и США задумались об оказании психологической помощи не только индивидуальным клиентам, но и целым семьям. Пионером в данном подходе считается психотерапевт Вирджиния Сатир, которая первая начала оказывать поддержку всей семье. Системный семейный подход со временем стал очень

популярным, поскольку специалисты заметили, что эффективность работы с семейной системой оказывается выше по сравнению с индивидуальным консультированием. В настоящее время системная семейная психотерапия – достаточно популярный и эффективный подход, помогающий найти выход из сложной жизненной ситуации не только обычным семьям, но и тем семьям, которые воспитывают детей с ОВЗ. Основным принципом семейного консультирования заключается в том, что внутрисемейная проблема рассматривается как результат неверного функционирования всей семейной системы, включая детей. Исходя из принципов системного подхода, специалист воздействует на всю семью, и одновременно – каждого ее члена в отдельности. При работе с семьями, воспитывающими детей, которые имеют различные трудности, психолог ищет проблему не только в ребенке, но и в семейном взаимодействии, коммуникативных ошибках и эмоциональных нарушениях. При этом важно рассматривать, как семья влияет на ребенка и как ребенок и его трудности влияют на семью. Это двустороннее влияние и будет в фокусе внимания семейного психолога.

Когда в семье появляется ребенок с ОВЗ, это всегда шок для родителей и других членов семьи, и для адаптации к диагнозу ребенка нужно определенное время и прохождение всех фаз горевания, от шока и отрицания к принятию. На каждом этапе работа системного семейного психолога будет направлена на социальную адаптацию семьи, родителей и ребенка к жизни общества. Так, на этапе отрицания важным будет информирование родителей об индивидуальных особенностях детей с тем или иным диагнозом, а на этапе принятия важно будет оказать поддержку и сформировать вектор индивидуального развития малыша с учетом его возможностей. На приеме психолог будет обращать внимание на специфику семейного взаимодействия, особенности коммуникации, изучит семейную историю, обратит внимание на дисфункциональные коалиции, семейные правила и мифы. При этом он будет держать в поле зрения и ребенка, имеющего различные трудности и нарушения развития, и его ближайших родственников. Важно будет отметить, что изменилось в привычном укладе жизни семьи, когда в ней появился ребенок с особенностями развития: что появилось новое (работа с реабилитологом, посещение коррекционных занятий), что исчезло (поездки на выходные к друзьям), а что было отложено (покупка новой машины). И задача психолога заключается в том, чтобы максимально вернуть выпавшие факторы из жизни семьи и адаптировать клиентов к новым условиям жизни. Обычно, когда говорят про детей с ОВЗ и их семьи, то в фокусе внимания специалистов оказываются детско-родительские отношения, и почти ничего не говорится про сиблингов. Хотя здоровому ребенку иметь брата или сестру с нарушением развития тоже достаточно непросто. Может случиться так, что у здорового ребенка рождается младший сиблинг с особенностями развития, и это, конечно, является трудностью и иногда травмой. Родители начинают много времени заниматься с больным

ребенком, а здоровый уходит на второй план, про него словно забывают. Если же первый ребенок был с ОВЗ, а второй родился здоровым, здесь тоже будут свои сложности – младший со временем догонит и обгонит старшего сиблинга по развитию, и произойдет обмен ролями по иерархии внутри детской подсистемы. И в первом, и во втором случае, родители могут привлекать здорового ребенка к помощи в уходе за проблемным малышом, что не всегда является адекватной мерой.

Работа семейного психолога с семьями детей с ОВЗ подчиняется определенной логике и проходит несколько этапов. Рассмотрим их подробнее. На первом этапе специалист знакомится с семьей, собирает анамнез, устанавливает контакт со всеми членами семьи и проводит первичную диагностику имеющихся проблем. Затем он обращает внимание на трудности, ищет исключения из проблемной ситуации и исследует предпринятые попытки решения проблемы, то есть, что семья уже делала, и что из этого вышло. Также важно исследовать ресурсы, на что члены семьи могут опереться, что или кто дает помощь и поддержку. После этого семейный психолог проводит диагностику и смотрит на саму проблему, с которой обратились клиенты и ищет пути ее решения. Зачастую в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ невозможно полностью убрать имеющиеся трудности ребенка, но можно помочь семье адаптироваться к диагнозу и вписать семью в социальную жизнь, наладить внутрисемейное взаимодействие и облегчить состояние ребенка. На завершающем этапе терапии специалист подводит итоги, собирает обратную связь от клиентов и дает рекомендации на будущее.

Подводя итог, можно отметить, что системное консультирование семей с детьми с ОВЗ является эффективным методом и может давать хорошие результаты и в связи с этим является достаточно распространенной и востребованной формой работы. Семейный психолог, работая не только с ребенком, но и с его родителями, сиблингами, бабушками и дедушками оказывает комплексную помощь семье, повышая ее социальную адаптацию и помогая справиться со многими трудностями, которые семья не в состоянии решить самостоятельно.

**ИССЛЕДОВАНИЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН,
БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ЗАКОНЧИЛАСЬ РОЖДЕНИЕМ РЕБЕНКА С
ЗАБОЛЕВАНИЕМ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ**

Золотова И.А.

ФГБОУ ВО ЯГМУ, Ярославль, Россия

iazolotova@mail.ru

Ключевые слова: заболевание в периоде новорожденности, невротическая депрессия,

истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения.

THE STUDY OF NEUROTIC CONDITIONS IN WOMEN WHOSE PREGNANCY ENDED WITH THE BIRTH OF A CHILD WITH A DISEASE IN THE NEONATAL PERIOD

Zolotova I.A.

FSBI HE YaSMU, Yaroslavl, Russia

iazolotova@mail.ru

Keywords: disease in the neonatal period, neurotic depression, hysterical type of response, obsessive-phobic disorders, autonomic disorders.

Введение. Своевременное психологическое сопровождение женщин при рождении ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, как в результате своевременных родов, так и в результате преждевременных родов, является очень актуальной задачей. Показана и обоснована необходимость индивидуального и дифференцированного подхода к женщине, которая оказалась в сложной, стрессовой ситуации принятия «отягощенного» материнства в раннем послеродовом периоде, с учетом выраженности тревожных, астенических, истерических, фобических и депрессивных эмоциональных состояний и вегетативных нарушений. Под термином «отягощенное материнство» понимается рождение ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Целью исследования является подбор диагностического инструментария, направленного на изучение переживания ситуации и особенностей специфики эмоциональных состояний женщины, беременность которых закончилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, как первый этап психологического сопровождения в раннем послеродовом периоде.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 68 женщин. Основная группа представлена 28 женщинами, беременность которых закончилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, имеющими опыт перинатальных потерь в анамнезе. Контрольная группа была сформирована из 40 женщин, беременность которых закончилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, не имеющих опыта перинатальных потерь в анамнезе. Исследование проводилось на базе отделения патологии новорожденных детей в течение 3 лет. При этом не стояло задачи учитывать социально-демографические характеристики респондентов и количество предшествующих родов. Основным критерием для формирования выборки является рождение ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Отличительным признаком для основной и

контрольной группы является наличие или отсутствие опыта перинатальных потерь в анамнезе[2]. Опыт перинатальных потерь – это самопроизвольный выкидыш, прерывание беременности по медицинским показаниям и роды, закончившиеся мертворождением на поздних сроках беременности. Для реализации поставленной цели был осуществлен подбор методик. 1. Метод клинической беседы, которому отводится основная роль при выстраивании конструктивного комплаенса. Акцент делается на индивидуальный подход с максимальной эмпатией, сопереживанием и учетом образовательного уровня, возрастного и социального статуса женщины, пониманием волнений, страхов и неопределенности, связанных с заболеванием ее ребенка. 2. Методика Семантический дифференциал жизненной ситуации (О.В. Александрова, И.Б. Дерманова, 2018) ориентирована на изучение когнитивных и эмоциональных компонентов субъективного восприятия женщиной актуальной жизненной ситуации. В качестве основных смысловых осей восприятия рассматривались следующие факторы: владение ситуацией, эмоциональное переживание ситуации, позитивные ожидания, личностная включенность и вера в преодолимость ситуации[1]. 3. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхина, Д.М. Менделевича), позволяющий выявить тревожность, невротическую депрессию, астению, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения и вегетативные нарушения [3].

Результаты и их обсуждение. 1. Были выявлены достоверные различия по выраженности уровня невротической депрессии у женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности без опыта перинатальных потерь в анамнезе ($\varphi^*=1,818$, $p \leq 0,035$). Такое эмоциональное состояние в послеродовом периоде обусловлено переживанием стрессовой ситуации, утратой образа «здорового новорожденного» и неопределенностью будущего, связанного с лечением ребенка. Высокий уровень невротической депрессии наблюдался у 22% женщин без опыта перинатальных потерь в анамнезе.

2. 20% женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, без опыта перинатальных потерь в анамнезе демонстрируют высокий уровень по шкале истерического реагирования. У представительниц основной группы данный тип реагирования описан в 10.71% случаев, что позволяет говорить о наличии устойчивой тенденции данного эмоционального состояния именно у контрольной группы. Истерический тип реагирования обусловлен неготовностью принять ситуацию рождения больного ребенка.

3. Женщины, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, имеющие опыт перинатальных потерь в анамнезе демонстрируют преимущественно значимые различия по шкале вегетативных нарушений ($\varphi^*=1,688$,

$p \leq 0,046$). Этот факт можно объяснить длительным пребыванием женщины в стрессовой ситуации, изначально связанной с ситуацией перинатальной потери, затем сменившейся подготовкой и течением новой беременности и завершившейся рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Состояние эмоционального перенапряжения обуславливает наличие вегетативных нарушений.

4. Выявлены значимые корреляционные связи между шкалами методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации» (О.В. Александровой, И.Б. Дермановой) и шкалами методики «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» (К.К. Яхина, Д.М. Менделевича) в группе женщин, имеющих опыт перинатальных потерь в анамнезе. Чем выше уровень владения ситуацией, тем выше уровень тревоги ($r = 0,51$, $p < 0,001$) и выше уровень по шкале вегетативных нарушений ($r = 0,49$, $p < 0,001$). Высокий уровень тревоги и выраженный уровень вегетативных нарушений у женщин, имеющих опыт перинатальных потерь в анамнезе, обусловлен с одной стороны, отсутствием возможности восстановления позитивных эмоций, с другой стороны, желанием, и с то же время страхом неопределенности, направленного на будущее ребенка.

5. Чем выше позитивное ожидание от ситуации у женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, без опыта перинатальных потерь в анамнезе, тем выше шкалы невротической депрессии ($r = 0,53$, $p < 0,001$), истерического типа реагирования ($r = 0,48$, $p < 0,01$) и обсессивно-фобических проявлений ($r = 0,37$, $p < 0,05$). Данный факт можно объяснить тем, что женщины, не имеющие опыта перинатальных потерь, надеются на благоприятный исход завершения родов. При рождении ребенка, с заболеванием в периоде новорожденности, они не готовы к принятию данной ситуации. Это отражается в появлении у них признаков истерического типа реагирования, невротической депрессии и обсессивно-фобических проявлений.

Выводы. 1. Особенности эмоциональных состояний у женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, с опытом и без опыта перинатальных потерь в анамнезе отличаются по степени выраженности тревожных, истерических, фобических и депрессивных состояний.

2. У женщин с опытом перинатальных потерь в анамнезе присутствует тревожно-депрессивная направленность переживания стрессовой ситуации и значимые изменения по шкале вегетативных нарушений. У женщин без опыта перинатальных потерь в анамнезе отмечается высокий уровень невротической депрессии и истерического типа реагирования.

3. Уровень владения ситуацией и позитивное ожидание от ситуации положительно коррелируют с негативными эмоциональными состояниями в раннем послеродовом периоде. Это обуславливает мишени психологической помощи женщинам с учетом особенностей и

степени выраженности эмоциональных состояний, связанных с рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности.

4. В раннем послеродовом периоде у женщин существует потребность в эмоциональном отреагировании стрессовой ситуации, сопряженной с рождением больного ребенка. В последующем помощь клинического психолога должна быть направлена на усиление когнитивных компонентов и повышение информированности с целью коррекции иррациональных страхов и тревоги, а также с целью повышения внутренних ресурсов женщины.

Таким образом, исследование специфики невротических состояний и изучение когнитивных и эмоциональных компонентов субъективного восприятия женщиной актуальной жизненной ситуации, связанной с рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, является первым этапом психологического сопровождения в раннем послеродовом периоде.

Литература

1. Александрова О.В., Дерманова И.Б. Семантический дифференциал жизненной ситуации // Консультативная психология и психотерапия, - 2018. - Т. 26 № 3. - С. 127—145.
2. Золотова И.А., Арутюнова А.Н. Личная включенность в ситуацию и особенности отношения к новорожденному с заболеванием в раннем неонатальном периоде у женщин, с опытом перинатальных потерь в анамнезе // Психология стресса и совладающего поведения: устойчивость и изменчивость отношений, личности, группы в эпоху неопределенности: материалы VI Международной научной конференции (г. Кострома, 22–24 сентября 2022 г), С.349-353.
3. Яхин К. К., Менделевич Д. М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний // Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М., 1998. – С. 545–552.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОВЗ

Лиознова Е. В.

ГБДОУ №135 Выборгского района, СПб, РФ

toana@yandex.ru

Ключевые слова: дошкольники с ОВЗ, психологические особенности родителей, профилактика нарушений развития при ОВЗ.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PARENTS OF PRESCHOOLERS WITH DISABILITIES

Lioznova E. V.

FSBI № 135 Vyborgsky district, St. Petersburg, Russia

toana@yandex.ru

Keywords: preschoolers with disabilities, psychological characteristics of parents, prevention of developmental disorders with disabilities.

Одна из принципиальных характеристик детства – несамостоятельность, зависимость маленького человека от взрослых. Ребенок является элементом семейной системы, поэтому психологические особенности родителей оказывают существенное влияние на его формирование. Безусловно все родители разные, однако некоторые жизненные обстоятельства увеличивают вероятность возникновения у человека конкретных психологических черт. Одно из таких обстоятельств – воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Проанализируем наиболее типичные особенности родителей, возникающие вследствие ситуации воспитания дошкольника с ОВЗ, и их проявления во взаимодействии с ребенком и взрослыми (в частности, специалистами сферы медицины и педагогики).

Влияние на психику родителей детей с ОВЗ зависит от особенностей нарушения здоровья, которые могут быть классифицированы по разным критериям. В контексте данной темы предлагаем следующие три критерия: тяжесть, социальная представленность, степень личностной деформации. Первый критерий – тяжесть нарушения. Легкие нарушения, как правило, надежно устраняются специалистами и практически не формируют каких-либо типологических особенностей родителей. Однако они могут повлиять на взаимоотношение взрослый – ребенок, поскольку работа со специалистом требует, во-первых, повышенной организованности родителей (вовремя привести, помочь выполнить домашнее задание, как, например, при работе с детьми с нарушением речи); во-вторых, умения мотивировать ребенка, терпимо относиться к некоторым неприятным процедурам (например, дополнительным уколам, или помещению в рот инструмента логопеда). В таких ситуациях недостаточно коммуникативно зрелый родитель нередко использует инструменты подавления, что влияет на самооценку ребенка, формирование у него целеустремленности, способности защищать свои границы.

Тяжелые недуги ребенка, нередко с сопутствующими заболеваниями, сказываются на всем укладе семьи, зачастую меняя саму жизнь, мировоззрение и взаимоотношения родителей. Именно они могут стать источником типичных изменений личностных особенностей родителей.

Второй критерий – социальная представленность дефекта. Обнаружение одних нарушений требует особого анализа специалиста, другие – легко заметны окружающим. Последняя ситуация создает устойчивое социальное давление как на взрослого, так и на ребенка. Семья привлекает повышенное внимание своим отличием от других, окружающие

часто спрашивают, что с малышом. Это может привести к многократной ретравматизации, недостаточной интеграции ребенка (и родителя) в социальное пространство. И коммуникативно незрелый родитель может начать избегать общения, создавая неблагоприятные условия для формирования дошкольника; отвечать агрессивно на «навязчивое любопытство окружающих», считать ребенка (и себя, как источник проблемы) «инаким, неправильным». Это приводит к закреплению демонстрируемых моделей поведения у дошкольника, к дальнейшим трудностям в его идентификации и формировании позитивной самооценки.

Третий критерий – степень личностной деформации (разная сфера нарушений – физическая или ментальная). Даже тяжелое физическое нарушение может не ограничить духовное развитие человека (вспомним талантливого мотивационного тренера Ника Вуйчича с практически отсутствующими конечностями или обездвиженного гениального физика Стивена Хокинга). Физическое нездоровье, даже при резко отрицательном прогнозе, может привести к полному духовному развитию ребенка во взрослом возрасте, хотя и сказывается на процессе его становления. Родитель видит перспективу полноценного социального приспособления к недугу (если не излечения), и это поддерживает его силы. Ментальные сбои (например, РАС) могут существенно ограничить самореализацию личности, и ребенок может так никогда и не стать самостоятельным взрослым. В последнем случае ситуация предъявляет высокие требования к толерантности и самопринятию родителя, иначе взрослый может часто демонстрировать повышенную агрессивность, мстительность за «неудавшееся родительство», формировать комплекс жертвы.

Однако, независимо от сферы дефекта и его социальной представленности, ситуация воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья способствует формированию типичных психических характеристик родителя.

Женщина, рожая ребенка, как правило, надеется на благополучный исход, и хотя для многих беременных характерна повышенная тревога в отношении ожидаемого малыша, наличие у него патологии (не важно, на каком этапе она выявлена) воспринимается как «обманутые ожидания». В этих условиях родителю необходимо совладать с потерей (в данном случае образа идеального дитя). Он в том или ином виде проходит все этапы этого процесса: шок, отрицание, торг, агрессия, депрессия, принятие. Поведение родителя будет во многом зависеть от этапа переживания, на котором находится взрослый, но часто для родителей дошкольников основные этапы совладания с потерей еще не пройдены, что проявляется в повышенной ранимости и эмоциональности.

Поскольку дети с ОВЗ объективно являются более тяжелыми с точки зрения обучения и воспитания (требуют особого подхода), это предъявляет повышенные требования к семейным

ресурсам (и духовным, и, часто, материальным). Поэтому среди родителей, особенно мам таких детей, чаще встречаются нересурсные, даже эмоционально выгоревшие мамы. Это может проявляться в повышенной раздражительности или, напротив, в безразличии, как охранной стратегии. К этому добавляется хронический стресс, тревога за состояние ребенка и его динамику, а стресс приводит к высокой внушаемости, низкой критичности. Такие родители склонны верить в чудо, превозносить, а потом проклинать, специалиста, если не видят ожидаемых ими результатов. Потребность в контроле у таких родителей реализуется в высокой целеустремленности, определенной ригидности. Если они внушили себе полезность для ребенка какого-то средства, их трудно перенаправить.

Одной из человеческих потребностей является потребность в понимании. Соответственно одной из типичных черт рассматриваемой группы родителей является поиск причины отклонений у ребенка в ключе ответственности. Нередко, особенно у мам, можно столкнуться с чувством вины, снижения самооценки, неуверенности. Поиск виновного может сформировать рентную установку, мнение, что окружающие (врачи, педагоги) им многое должны. Это проявляется в высокой требовательности во взаимодействии с ними.

Чаще, чем в общей выборке, среди родителей с детьми ОВЗ встречается отягощенный медицинский и социальный анамнез. Мамы могут сами не отличаться крепким здоровьем, среди них больше возрастных мам; в тяжелых случаях заболевания ребенка мужчины чаще уходят из семьи, поэтому больше одиноких мам; поскольку нездоровье ребенка может быть следствием не бережного поведения мамы во время беременности, относительно чаще встречаются нежданые дети. При ментальных нарушениях также более часты аналогичные проблемы у родителей, а при педагогической запущенности – низкая социальная адаптация родителей.

Понимая, что сходная ситуация – воспитание ребенка с ОВЗ – увеличивает вероятность возникновения определенных психологических характеристик родителей, которые создают неоптимальные условия для психосоциального развития ребенка и дополнительные трудности во взаимодействии со взрослыми, необходимо, принимать меры в двух направлениях.

С одной стороны, можно научить окружающих семью взрослых (прежде всего специалистов помогающих профессий в сфере медицины и педагогики) осознавать типичные проблемы и уметь адекватно взаимодействовать с особой семьей. С другой стороны, важно оказывать психологическую поддержку самим родителям, находящимся в такой трудной жизненной ситуации, особенно на этапе дошкольного детства, когда процесс совладания с потерей еще, как правило, не завершен. Формирование более зрелых коммуникативных свойств родителей является перспективным направлением повышения психического здоровья детей, поскольку в дошкольном возрасте именно родители являются моделью поведения и

условием дальнейшей интериоризации способов совладания с жизненными трудностями.

ОБЗОР ПО ПРОБЛЕМАМ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ СЕМЬИ

Мороз Д.А.

КНД, Артем, Россия

DashaMoroz.95@mail.ru

Ключевые слова: клиническая психология, психология семьи, семейная терапия, психологическое консультирование.

CLINICAL FAMILY PSYCHOLOGY

Moroz D.A.

RND, Artem, Russia

DashaMoroz.95@mail.ru

Keywords: clinical psychology, family psychology, family therapy, counseling psychology.

Семья – одна из важнейших базовых социокультурных ценностей, созданных человечеством за всю историю своего существования. В ее позитивном развитии, сохранении, укреплении заинтересовано общество, государство. В прочной, надежной семье нуждается каждый человек, независимо от возраста. В современной реальности сохранить семью довольно трудно, в России наблюдается высокий уровень разводов. По данным Росстата за 2021 год на 1 049 735 браков приходится 611 438 разводов, что составляет 58%. Этот показатель незначительно колебался в меньшую и большую стороны с 2000-х годов [14]. Данные статистические показатели напрямую указывают на утрату ценностей института брака и семьи, утрату традиционных семейных отношений как основной опоры человеческого бытия, что атрибутирует необходимость развития направления клинической психологии семьи.

Э.Г. Эйдемиллер Э.Г., В. Юстицкис рассматривают семью как систему отношений, которые происходят между ее членами [12]. Она является открытой и самоорганизующейся. Авторы выделяют ряд признаков, характерных для семьи как семейной системы: система всегда больше, чем сумма входящих в нее элементов; один фактор, способный повлиять на систему, оказывает влияние на каждую ее структурную часть. Согласно теории семейных систем М. Боуэна при прохождении семьей жизненного пути происходит процесс наследования внутрисемейных взаимоотношений [2]. Семья становится фактором

становления личности ребенка, определяя ценности, нормы морали и нравственности будущей личности. Предмет клинической психологии семьи – это особенности семейного функционирования в их значении для диагностики, лечения и предупреждения болезней; сохранения и укрепления здоровья детей, подростков и взрослых [4]. В случае возникновения отклонений, лежащих в пограничной области или за пределами нормы, семья рассматривается как существенный этиологический и патогенетический либо как реабилитационный фактор, который является источником психической травматизации или стабильности личности [13].

Цели клинической психологии семьи сформулированы следующим образом [9]:

- 1) Определение роли семьи в происхождении, развитии и профилактике болезней; сохранении и укреплении здоровья детей и взрослых;
- 2) Изучение семьи как фактора аномального развития и отклоняющегося поведения;
- 3) Исследование влияния различных болезней на семейные отношения;
- 4) Разработка методов семейной психологической диагностики;
- 5) Создание классификации семей, нуждающихся в оказании психологической помощи;
- 6) Разработка методов психологического воздействия, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений (методов семейной психотерапии).

В рамках семейной психотерапии в практику было введено понятие «семейного диагноза» [12]. Постановка семейного психологического диагноза – это выявление в жизнедеятельности определенной семьи нарушений, ухудшающих качество восприятия жизни одного или нескольких членов семьи. Во-вторых, это выявление тех семейных ресурсов, от которых зависит коррекция этих нарушений.

Н. И. Олифирович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента, выделяют два типа семейных кризисов: нормативный и ненормативный [11]. Авторы выделяют семь нормативных кризисов семьи: принятие на себя супружеских обязательств; освоение супругами родительских ролей и принятие факта появления нового члена семьи; включение детей во внешние социальные культуры; принятие факта вступления ребенка в подростковый период; семья, в которой выросший ребенок покидает дом; супруги вновь остаются вдвоем; повторный брак. И пять ненормативных кризисов семьи: измена; развод; тяжелая болезнь; инцест; смерть члена семьи.

Р.В. Овчарова [10] заключает, что наиболее частыми семейными проблемами, для которых необходима психологическая помощь клинического характера, являются трудности в установлении границ семьи (сфера влияния и вмешательства других людей в семейное ядро);

выработки семейных норм и правил; распределении и балансе семейных ролей и обязанностей; проблемы сексуального характера (например, сексуальные расстройства).

В качестве критерия оценки психологического благополучия (неблагополучия) семьи И.В. Добряков определяет степень реализации базовых семейных функций [13]. Так, воспитательная функция удовлетворяет потребность в родительстве, контактах с детьми и их воспитании, в реализации себя в детях; сексуально-эротическая — сексуальную потребность; эмоциональная — потребность в принятии, любви, уважении, поддержке, психологической защищенности, самовыражении; хозяйственно-бытовая — материальные потребности, потребность в самосохранении; функция духовного общения — потребность в совместном проведении досуга, в познании и саморазвитии.

Развитие клинической психологии семьи, по аналогии с семейной психологией, базируется на таких фундаментальных отраслях современной психологии, как дифференциальная психология, психология развития, психология личности и социальная психология [9].

Л.А. Головей [3] в современной парадигме рассматривает дифференциальную психологию как категорию, которая изучает природу и источники индивидуально-психологических различий, детерминанты их формирования, сущность, типологию и специфику их проявления в феноменах целостной индивидуальности. Таким образом, каждая семейная система обладает набором индивидуально-психологических характеристик, которые необходимо учитывать в ходе клинического вмешательства в семью.

В рамках социальной психологии личности основной акцент делают на процессах социализации и социальной адаптации человека, освоении социальных норм и ролей, приобретения социальных установок и ценностных ориентаций, которые первоначально протекают в семье [7].

О.А. Карбанова [5] предлагает психологическую помощь семье в форме психологического консультирования и семейной психотерапии со следующими задачами: консультирование по вопросам вступления в брак, поиска брачного партнера, заключения брака; консультирование по вопросам супружеских отношений; психологическая помощь семье в кризисных ситуациях и при разводах; психологическое сопровождение беременности и родов; консультирование по проблемам детско-родительских отношений; консультирование по проблемам психического развития и воспитания детей, включая группы риска и одаренных детей; психологическая помощь в вопросах усыновления и воспитания детей; сопровождение приемной семьи; психологическая профилактика развития детей, воспитывающихся «без семьи»; психологическая помощь в случае семейного насилия; психологическая помощь в ситуации хронического тяжелого заболевания, потери члена семьи; психологическая помощь

семьям с инвалидами, лицами с ограниченными возможностями здоровья.

Еще один вариант семейной терапии – структурная семейная терапия С. Минухина [8]. В фундаменте данного подхода находятся три аксиомы:

- 1) Осуществляя психологическую помощь, необходимо принимать в расчет всю семью. Каждый из членов семьи должен рассматриваться как ее подсистема.
- 2) Терапия семьи изменяет ее структуру и приводит к изменению поведения каждого из членов семейной системы.
- 3) Работая с семьей, психолог присоединяется к ней, в результате возникает терапевтическая система, делающая возможными семейные изменения.

Таким образом, клиническая психология семьи как профилактически-реабилитационная терапия диктует необходимость разработки специальных учебных планов и программ для подготовки специалистов выше указанного профиля на факультетах психологии вузов и в системе последиplomного психологического и медицинского образования.

Литература

1. Аверин В.А. Объяснительные принципы психологии развития // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2015. №1. С. 18-26.
2. Боуэн М. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: основные понятия, методы и клиническая практика. М.: Когито-Центр, 2008. 496 с.
3. Головей Л.А., Дерманова И.Б. Дифференциальная психология: современный взгляд // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. №2. С. 4-12.
4. Добряков, И. В., Никольская, И. М. Клиническая психология семьи и перинатальная психология как разделы медицинской (клинической) психологии // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. №21 (2). С. 104-108.
5. Карабанова О.А. Семейное психологическое консультирование: теория, практика, образование // Национальный психологический журнал. 2010. №1. С. 104-107.
6. Коренева Е.П. Психология семейного кризиса: подходы к семейному консультированию при ненормативных кризисах // Концепт. 2019. №3. С. 11-11.
7. Минеева О.А., Лидерс А.Г. Методологические основы исследования представлений о семье // Теоретическая и экспериментальная психология. 2011. № 4 (2). С. 71-87.
8. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии/Пер. с англ. А.Д. Иорданского. – М.: Независимая фирма "Класс", 1998. — 304 с.
9. Никольская И.М. Клиническая психология семьи: основные положения // Медицинская психология в России. 2010. № 4.
10. Овчарова Р.В. Психология родительства / Р.В. Овчарова. М.: Академия, 2005. 368 с.
11. Олифиревич Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.И., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. — СПб.: Речь, 2006. 360 с.
12. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. Издательский дом «Питер», 2021. 672 с.
13. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз. – СПб.: Речь, 2006.
14. URL:http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography

**РОЛЬ СЕМЬИ В РИСКЕ РАЗВИТИЯ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО
САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.

ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

sayorababaraximova2010@gmail.com

Ключевые слова: стили воспитания; семья; подростки; личностные особенности.

**THE ROLE OF THE FAMILY IN THE RISK OF DEVELOPING NON-SUICIDAL SELF-
HARMING BEHAVIOR IN ADOLESCENTS**

Muhtorov B.O., Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Suleymanov Sh.R., Sharipova F.K.

TashPMI, Tashkent, Uzbekistan

sayorababaraximova2010@gmail.com

Keywords: parenting styles; family; adolescents; personal characteristics.

Введение. Актуальность проблемы исследования аутоагрессивных тенденций у детей и подростков обусловлена стремительным ростом случаев самоповреждающего несуицидального поведения среди данного контингента населения [1, 13, 15]. Внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье, являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в будущем [10, 12]. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями [4, 11]. В научных трудах большинство исследователей проводят корреляционную взаимосвязь аутоагрессивных тенденций с девиантными и деликвентными формами поведения, социализированными расстройствами поведения [6, 8, 9]. Возникновению несуицидального самоповреждающего поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются у подростков соматическими симптомами и поведенческими эксцессами [3]. По мнению ряда исследователей, суицидальные тенденции обусловлены развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, в связи с патологическими внутрисемейными взаимоотношениями [5]. По данным ряда авторов,

микросоциальное окружение, в том числе семья, стили родительского воспитания и образовательные учреждения способствуют риску развития аутоагрессивного поведения у детей и подростков [7,14].

Цель исследования: изучить семейные факторы риска формирования аутоагрессивных тенденций у подростков допризывного возраста для ранней превенции и оптимизации психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы. Обследовано 111 подростков допризывного возраста с поведенческими нарушениями и суицидальными намерениями депрессивного генеза. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев акцентуированных личностных черт по МКБ-10–Z73.1. Вся исследуемая выборка была распределена на две группы в зависимости от наличия аутоагрессивных тенденций самоповреждающего характера несуйцидального генеза. В основную группу были отобраны 61 подросток с самоповреждающими действиями. В группу сравнения вошли подростки с отсутствием аутоагрессии. Личностные особенности подростков (ЛОП) мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я. 2001г.). Структурированный личностный опросник, разработанный сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержал перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования несуйцидального самоповреждающего поведения с учетом личностных особенностей.

Результаты. Одной из задач нашего исследования явилось изучение семейных взаимоотношений, как предикторов формирования несуйцидального самоповреждающего поведения. В ходе исследования на основании сбора анамнестических сведений был выявлен состав семьи подростков и проведено распределение подростков основной группы и группы сравнения в зависимости от состава микросоциального окружения. Сравнительный анализ распределения подростков в зависимости от состава семьи и микросоциального окружения определил, что в полной семье воспитывалась значительная доля пациентов из группы сравнения -76% случаев наблюдения. А у подростков основной группы были зарегистрированы высокие показатели по параметрам - воспитание одним родителем - в 36% случаев, наличие неродного родителя установлено у 6 пациентов (9,8% случаев), воспитание у родственников (чаще всего бабушки по материнской линии) - у 5 (8,2%), воспитание вне семьи при наличии родителей (в детском доме, интернате со спецколледжом) – у 4 (6,6%) подростков.

Таким образом, обобщая полученные данные результатов исследования особенностей состава семьи и микросоциального окружения определили, что наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи.

Также были изучены уровни доверительных и гармоничных взаимоотношений в семьях, в зависимости от которых мы распределили подростков, на воспитывающихся в гармоничных и дисгармоничных семьях. Дисгармоничная семья в свою подразделялась на деструктивную, дисфункциональную и амбивалентную. Под деструктивной семьёй понималась семья, где один или оба родителя злоупотребляли спиртными напитками или в семье один из родителей страдал психическим заболеванием. Дисфункциональная семья – это неблагополучная семья с постоянными конфликтами, ссорами между родителями, оскорблениями и унижениями, где присутствует неблагополучный микроклимат, и родители не выполняют основных предназначений по воспитанию ребенка. Амбивалентная семья состояла из противоречивых взаимоотношений психологического и социального уровня, между членами семьи присутствовало полное отчуждение, отношение к ребенку в такой семье показное, слова расходятся с действительностью, внешне это благополучная семья с достаточным материальным достатком, где забота о ребёнке ограничивается удовлетворением материальных потребностей, но отсутствуют любовь, эмоциональные привязанности, духовное взаимопонимание. Анализ распределения подростков по видам семьи показал, что в общей выборке преобладали деструктивные семьи (64%), на втором месте по встречаемости определены амбивалентные семьи (32%), дисфункциональные семьи установлены в 29,7% случаев. Гармоничная семья наблюдалась только у 4 (3,6%) подростков из группы сравнения.

Было проведено распределение подростков по видам семей в основной группе и группе сравнения для анализа количественной представленности этого параметра исследования. В основной группе регистрировались высокие показатели подростков из деструктивных семей - 24 (39,3% случаев), а в группе сравнения преобладали подростки из амбивалентных (34%) и дисфункциональных (30%) семей.

При изучении типов родительского воспитания использовали классификацию А.Е. Личко. Были определены следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность и воспитание вне семьи. С целью сравнения стилей родительского воспитания распределили подростков по типам воспитания. В основной группе подростки чаще воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (27,9%), жестокое обращение (21,3%) и потворствующая гиперпротекция (26,2%). В группе сравнения наблюдалась высокая доля пациентов с типом воспитания, где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (28% случаев).

Межгрупповой анализ стилей родительского воспитания установил преобладающие показатели жестокого обращения, потворствующей гиперпротекции, гипопротекции и

эмоционального отвержения в основной группе обследуемых подростков, что позволяет отнести их к предикторам риска развития суицидальных тенденций.

Выводы. Проведенное исследование семейных факторов риска формирования несуицидального самоповреждающего поведения у подростков допризывного возраста определило, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях способствуют развитию аутоагрессивных тенденций со склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра. Наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи. Раннее выявление дисфункциональных и амбивалентных семей и деструктивных стилей воспитания является первоочередной задачей в превенции фактов самоповреждающих действий у подростков допризывного возраста для снижения среди них риска суицидальной готовности.

Литература

1. Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. 2020. – №1(39). – С.146-153.
2. Бабарахимова С.Б. Суицидальное поведение депрессивного спектра у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков / 2020 - №2(17). – С.23-28.
3. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Исследование суицидальных тенденций у подростков с синдромом бродяжничества с учётом личностных особенностей // Вопросы психического здоровья детей и подростков / 2020- №4(19). – С.4-10.
4. Банников Г.С. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных учреждениях / Г.С. Банников, Н.Ю. Федунина, Т.С. Павлова, О.В. Вихристюк, А.В. Летова, 207 М.Д. Баженова // Консультативная психология и психотерапия. - 2016. - Т. 24. №3. - С.42-68.
5. Ведяшкин В.Н. Аддиктивные предпосылки аутоагрессивного поведения у подростков с учетом гендерных особенностей / В.Н. Ведяшкин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. - 2011. - №15. - С. 210- 212.
6. Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Роль конфликтных ситуаций в формировании несуицидального самоповреждающего поведения у мальчиков подростков допризывного возраста // Проблемы биологии и медицины. 2022. № 3 (136), С. 67-71.
7. Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents // Annali d/ Italia (2020) VOL 1, No 7; pp 15-18.
8. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analisis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019.
9. Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / Journal Sciences of Europe/ Praha, Czech Republic. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52-55.
10. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Relationship of personal characteristics in adolescents with suicidal tendencies // NJD-i-science. VOL 2, No 40 (2020) pp. 19-22.
11. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencies // Austria-science. VOL 1, No 24 (2019) pp. 16-18.
12. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. Efficacy using the psychology and pedagogical help to teenagers with diabetes of the 1st type // Education and Psychology. No 3 (2017) pp. 77-801.
13. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. The psychology and pedagogical help to teenagers with diabetes of the 1 type // Personality in Changing World: Health, Adaptation, Development. No 3 (18) 2017, pp. 381-390.

14. Matveeva A.A., Sulstonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5(2020) pp.24-27.
15. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Journal of Forensic medicine & Toxicology. VOL 14, No 3(2020) pp.7258-7263.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ В СВЯЗИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ИХ РОДИТЕЛЕЙ

Пашиева М.В.

ФГБОУ ВО ПГГПУ, Пермь, Россия

mvpashieva@mrks.permkrai.ru

Ключевые слова: личностные особенности, развод, конфликты, младшие школьники.

CONNECTION OF JUNIOR SCHOOLERS PERSONAL TRAITS WITH THEIR PARENTS RELATIONSHIP PECULIARITIES

Pashieva M.V.

FSBI HE PSHPU, Perm, Russia

mvpashieva@appk.permkrai.ru

Key words: personal traits, divorce, conflicts, junior schoolers.

Введение. Имеются разные данные о связи семейной ситуации, в которой растет и развивается ребенок, с его особенностями психики и личности. Так, выделяются специфические особенности личности ребенка, растущего в неполных семьях (Иванченко, 2010). Существует классическая проблема, корни которой заложены еще А. Адлером, о влиянии порядка рождения ребенка на его личностные особенности (Лаптева и др., 2019). При этом эти и другие работы могут быть объединены одной обобщающей закономерностью, выраженной Р.С. Немовым, согласно которой устойчивые психологические характеристики человека формируются под влиянием социума, а затем влияют в ответ на этот социум (Немов, 2003). Семья, безусловно, является одной из самых значимых ячеек данного социума и способствует как развитию адаптивных и способствующих благополучию ребенка качеств, так и может повлиять на повышение риска дезадаптации и неблагополучия по различным причинам.

Данное исследование фокусируется на проблеме личностных особенностей младших школьников в обычных и разведенных семьях, а также на связи упомянутых личностных особенностей детей со стратегиями поведения их родителей во время конфликтов друг с другом. Первая исследовательская гипотеза заключается в том, что дети в разведенных семьях

являются более тревожными и менее уверенными в себе, испытывая в среднем большее внутреннее напряжение. А вторая гипотеза носит эксплораторный характер и направлена на обнаружение связи между выраженностью стратегий поведения родителей в конфликте и личностными особенностями их детей.

Материал и методы. В исследовании приняли участие по одному из родителей в каждой семье (чаще всего – мама), а также один или несколько детей из этой семьи. Необходимо было, чтобы дети обучались в 3 или 4 классе, а также не имели нарушений развития и содержательно отвечали на вопросы опросника. Всего было составлено 357 пар испытуемых (родитель, ребенок), из которых 309 пар относились к обычным семьям, а 48 пар – к семьям, где родители находятся в разводе. Среднее время нахождения в браке составило 144,35 месяца; в разводе – 69,9 месяцев. Средний возраст детей составил 9,5 лет; мальчиков было 189, девочек – 168.

С целью измерения стратегий поведения, используемых в конфликтах с супругом, родители проходили модифицированную методику «Стиль поведения в конфликте» (Гришина, 2008). Модификация состояла в изменении инструкции, а именно переводу фокуса с поведения в конфликтах вообще на поведение в конфликтах с бывшим супругом. С целью измерения личностных особенностей дети проходили Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттела (Александровская, Гильяшева, 1995). Для контроля понимания инструкции были введены 2 служебных вопроса, дублирующих по структуре вопросы методики, но содержащие заведомо правильные ответы (определение пола и текущего рода занятий (учеба или работа)). Данные респондентов, верно ответивших на оба вопроса, подвергались дальнейшему анализу. Также дети проходили вариант методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн (от руки на бумаге). Шкалами выступили 1) здоровье (тестовая шкала, на которой объяснялось задание), 2) ум, 3) характер, 4) успех, 5) счастье.

Для сбора данных опросников использовался онлайн-сервис Google-forms, для обработки данных – программы Microsoft Excel 2016 и IBM SPSS Statistics 25.

Для проверки гипотезы о различиях между личностными особенностями подгрупп детей из разведенных и обычных семей рассчитывался критерий Манна-Уитни в силу ненормальности распределений параметров личностных особенностей и небольшой величины одной из подгрупп детей (48 человек). Для проверки гипотезы о связи личностных особенностей со стратегиями поведения родителей в конфликте рассчитывался ранговый коэффициент корреляции Пирсона в обеих подгруппах.

Результаты и их обсуждение. По итогам сравнения групп детей, родители которых состоят в браке или находятся в разводе, по критерию Манна-Уитни выявлены следующие значимые различия ($p < 0,05$), отраженные в Таблице 1.

Таблица 1.

Значимые различия в личностных особенностях детей, родители которых состоят в браке или находятся в разводе (приведены средние ранги)

	Общительность	Уверенность в себе	Социальная смелость	Чувствительность	Тревожность	Нервное напряжение	Самооценка здоровья
Брак	185,33	184,97	184,67	174,13	174,42	175,18	183,98
Развод	138,23	140,55	142,51	210,32	208,50	203,56	146,94

Можно заметить, что дети из обычных, неразведенных семей, являются более общительными, готовыми идти на социальные контакты, уверенными в себе и менее напряженными. Тогда как дети, чьи родители разведены, чувствуют большее напряжение, тревогу и неуверенность в себе. Вероятно, это связано с наблюдаемым опытом негативного отношения родителей, распада семьи (что тяжело переживается детьми), демонстрацией негативной стороны человеческих отношений, что отражается на восприятии мира, других людей и готовности вступать с ними в контакт. С точки зрения клинической психологии подобные личностные особенности могут влиять на становления дальнейших социальных контактов, проблемы социализации (в частности, на вторичную аутизацию ребенка), порождая потом и другие системные следствия (снижение учебной мотивации, успеваемости и затем адаптации в обществе в целом).

Приведем также значимые результаты проведенного корреляционного анализа связи выраженности стратегий поведения в конфликте супругов или бывших супругов с выраженностью тех или иных личностных особенностей детей. Приведем только коэффициенты $>0,3$, отражающие хотя бы слабую связь, а не тенденцию к ней.

Среди разведенных родителей установлено, что при возрастании выраженности стратегии компромисса в родительском поведении: 1) понижается чувствительность, повышается прагматичность ребенка – $R = -0,306$ ($p = 0,034$); 2) повышается раздражительность – $R = 0,301$ ($p = 0,038$); 3) выше становится самооценка ума – $R = 0,372$ ($p = 0,009$) и успеха – $R = 0,359$ ($p = 0,012$). Данная группа связей указывает на специфику самой стратегии компромисса, которая требует расчетливого подхода к взаимодействию с другим человеком, отстаивания своего интереса и учета интереса другой стороны. Это может приводить к росту интеллектуализации, прагматичности в том числе у ребенка, наблюдающего подобный род взаимодействия. Выстраивается портрет расчетливого, относительно успешного (стратегия компромисса – продуктивная, но не лучшая стратегия), но далеко не факт, что спокойного и

успешного ребенка, будущего члена общества. Каким будет его социальное положение и субъективное благополучие – остается догадываться, но есть вероятность возрастания рискованных системных следствий из связи личностных особенностей ребенка с наблюдаемыми (и влияющими на его жизнь) стратегиями поведения родителей во время конфликтов.

Также наблюдались и другие связи. При возрастании выраженности стратегии сотрудничества в родительском поведении: 1) возрастают расслабленность и спокойствие ребенка – $R=-0,286$ ($p=0,049$); 2) снижаются значения самооценки ума и успеха – в обоих случаях $R=-0,304$ ($p=0,036$). Эта группа связей практически обратна предыдущей: здесь возрастают предпосылки для формирования субъективного благополучия ребенка, снижения интеллектуализации и необходимости успешно побеждать в какой-то борьбе, поскольку базисно есть пример позитивного разрешения сложных ситуаций между значимыми взрослыми.

Среди родителей, находящихся в браке, установлено, что с возрастанием частоты ссор снижается самооценка ума – $R=-0,544$ ($p=0,016$). Возможно, это связано с тем, что в быту во время конфликтов и самому ребенку (который является младшим школьником с учебной деятельностью в качестве ведущей) достается часть негативного отношения родителей. И ругать его могут как раз за интеллектуальные способности, связанные с (не-)успешностью его обучения. Примечательно, что в разведенных семьях подобного рода связь не наблюдается, возможно, среднестатистический родитель, с которым остался ребенок, не направляет свои негативные переживания на данную сферу деятельности ребенка.

Заключение. В данном исследовании установлена связь между особенностями личности младшего школьника и его семейной ситуацией, а именно пребывании в обычной семье, либо в семье с разведенными родителями. Также установлен ряд связей между стратегиями поведения родителей во время конфликтов друг с другом с личностными особенностями их ребенка. Установлено, что в разведенных семьях дети более тревожные, напряженные, менее уверенные в себе и готовые инициировать социальные контакты. Также установлено, что некоторые стратегии поведения родителей во время конфликтов связаны с рядом личностных особенностей, при этом выраженность стратегии компромисса предсказывает несколько больше рисков для дальнейшего становления личности ребенка и его адаптации в обществе, чем выраженность стратегии сотрудничества, с которой связано возрастание расслабленности и спокойствия ребенка. Таким образом в данные о связи особенностей состояния семьи с личностными особенностями ребенка добавлен ряд новых данных, которые непротиворечиво по отношению к имеющимся указывают на значимость семейной ситуации для личностного, эмоционального, социального и когнитивного развития ребенка, профилактики рисков

негативных для благополучия и адаптации младшего школьника системных следствий из имеющихся личностных особенностей и семейной ситуации.

Литература

1. Александровская Э. М., Гильяшева И. Н. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р //М.: ФОЛИУМ. – 1995.
2. Гришина Н. В. Психология конфликта. – Издательский дом " Питер", 2008.
3. Иванченко В. А. Социально-психологические особенности детей из неполных семей //Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2010. – Т. 10. – №. 2. – С. 69-72.
4. Лаптева Н. М., Валуева Е. А., Шепелева Е. А. Проблема влияния порядка рождения детей в семье на их интеллектуальные способности и личностные особенности //Современная зарубежная психология. – 2019. – Т. 8. – №. 2. – С. 83-94.
5. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. — 4-е изд. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – Кн. 2. – с. 336.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СИТУАЦИИ ВЫСОКОКОНФЛИКТНОГО РАЗВОДА

Попова Н.В.

ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е Сухаревой ДЗМ , Москва, Россия

vega-n@mail.ru

Ключевые слова: высококонфликтный развод, детско-родительские отношения, комплексное психологическое исследование позиции ребенка.

STUDY OF PARENT-CHILD RELATIONS IN A SITUATION OF HIGH-CONFLICT DIVORCE

Popova N.V.

FSBI Sukhareva SCMHC, Moscow, Russia

vega-n@mail.ru

Keywords: high conflict divorce, parent-child relationships, complex psychological research.

Введение. Развод рассматривается психологами как результат кризисного развития отношений супружеской пары, однако для семьи, имеющей детей, развод не означает прекращение ее функционирования. «Семья сохраняет, по крайней мере, одну, но важнейшую функцию – воспитание детей. Разведенные супруги перестают быть мужем и женой, но всегда остаются родителями для своих детей» [1, с. 246]. Если бывшим супругам не удастся достичь соглашения о месте проживания и порядке общения с ребенком после развода, они обращаются в суд. При назначении судебной психолого-психиатрической экспертизы

экспертам приходится иметь дело с так называемыми «высококонтликтными» разводами [2, с. 52-55], для которых характерна повышенная эмоциональная напряженность, трудности межличностной коммуникации и кооперации, выраженная враждебность и недоверие между бывшими супругами, острая конкуренция за любовь ребенка, тенденция вовлекать ребенка в конфликт взрослых и использовать как «орудие» в борьбе против бывшего супруга, неспособность отделить интересы ребенка от своих собственных, ригидность установок. Эмоциональная напряженность высококонтликтного развода существенно затрудняет возможность реорганизации детско-родительских отношений и адаптации ребенка к новой семейной ситуации. В данном исследовании обобщили многолетний опыт проведения психолого-психиатрических экспертиз, накопленный отделением АСПЭ Центра им. Г.Е. Сухаревой. В работе представлены психологические аспекты отношения ребенка к каждому из родителей и к ситуации в целом, а также типология таких отношений, помогающая сориентироваться в потоке разнообразных и по-своему уникальных жизненных ситуаций.

Материал и методы. Было проанализировано 58 экспертных психологических заключений на детей и подростков в возрасте от 4 до 16 лет, проходивших психолого-психиатрическую экспертизу. На основе сопоставления трех основных блоков экспертного психологического исследования [2, с. 42-49]: 1) клинической беседы с ребенком, в ходе которой он высказывает свое мнение о семейной ситуации, 2) исследования эмоционального отношения ребенка к родителям при помощи проективных методик (ЦТО) и рисуночных тестов (Рисунок семьи), а также 3) наблюдения за совместной деятельностью ребенка с каждым из родителей при выполнении ими конструктивного задания (кубики Кооса) были выделены несколько типов семейных ситуаций и реакций на них ребенка.

Результаты и их обсуждение. 1. Отвержение ребенком одного из родителей (37,9%). Характерна высокая эмоциональная напряженность конфликта, а также высокая степень вовлеченности в конфликт как ребенка, так и других членов семьи. Ребенок высказывает резко негативное отношение к одному из родителей, категорически отказывается от общения с ним. Данные клинической беседы полностью подтверждаются проективными методиками: ребенок дает резко полярные оценки родителям, отказывается включать одного из них в семейную группу, демонстрирует отчужденность при выполнении пробы на совместную деятельность, вплоть до полного отказа от общения. Такое отношение дети объясняют агрессивным поведением родителя, выражают обиду, жалуются на «непонимание» его интересов («Приносит игрушки страшные», «Дарит невкусные конфеты» и т.п.), а также высказывают претензии, выходящие за границы его жизненного опыта («Забрал наши деньги», «Хочет выселить из квартиры» и т.п.). В личностной сфере такие дети проявляют признаки эмоциональной неустойчивости, тревожность, раздражительность, нетерпимость, ригидность

эмоциональных оценок и категоричность суждений, трудности всестороннего и критического осмысления ситуации, неспособность воспринять иную точку зрения. При любом решении суда общение ребенка с отвергаемым родителем невозможно без серьезной коррекции детско-родительских отношений.

2. Непоследовательная позиция (13,8%). В беседе, как и в предыдущей группе, ребенок выражает резко негативное отношение к одному из родителей, высказывает много жалоб и обид, однако его позиция не подтверждается данными проективных методик, по результатам которых наблюдается положительное эмоциональное отношение ребенка к каждому из родителей, включение их в одну семейную группу. В совместной деятельности наблюдается постепенное установление эмоционального контакта ребенка с негативно оцениваемым родителем.

3. «Другая семья» (8,6%). Один из родителей находится вне семьи с раннего возраста ребенка, ребенок его практически не помнит. В семье есть отчим (мачеха), которого ребенок принимает как отца (мать), семейная система вполне гармонична. Появление родителя нарушает устоявшийся порядок. Ребенок испытывает растерянность, неуверенность, раздражение. При беседе жалуется на трудности понимания новой ситуации («Не знаю, как с ним общаться», «Не знаю, какой он человек»), а также страх («Вдруг он меня заберет?»). В отдельных случаях проявляется обида («Не хочу с ним общаться, пусть уходит, он меня бросил, у меня теперь другой папа»). Проективные методики показывают непоследовательность или негативный характер оценок, отказ от включения родителя в состав семьи. При встрече ребенок не узнает отца (мать), не знает, как с ними общаться. Личностные реакции ребенка: ощущение неустойчивости своего положения, растерянность, тревожность, фрустрированное чувство безопасности.

4. «Маленький манипулятор» (6,9%). Семейные отношения отличает крайне высокий уровень конфликта, общение напоминает военные действия, отмечается высокая степень вовлеченности ребенка в конфликт. Ребенок с одной стороны, старается дистанцироваться от ситуации, а с другой понимает, что является «ценностью» для родителей и может извлечь выгоду из своего положения, лавируя между ними и получая то, что ему в данный момент нужно. Оценка ребенком ситуации и обоих родителей либо резко негативная, либо формально положительная. Поведение при общении - то подчеркнуто доброжелательное, заискивающее, то демонстративно отвергающее, требовательное. При исследовании личности ребенка отмечается внешняя эмоциональная холодность, эгоцентризм, демонстративность, ориентация на собственные интересы. За всем этим часто стоит чувство неуверенности, глубокое разочарование и отсутствие доверия к окружающим. Наиболее выражена личностная деформация.

5. Инфантильная позиция (24,2%). В беседе ребенок отказывается делать выбор между родителями, демонстрирует неприятие конфликта, отказ делать выбор в пользу одного из родителей. Основная позиция: «Одинаково люблю и папу и маму, хочу, чтобы все было как раньше». На проективных методиках можно видеть высокие положительные оценки обоих родителей. Характерен рисунок «другой» или «идеальной» семьи или рисунок своей семьи «в прошлом», «когда все были вместе». В реальном общении наблюдается менее выраженная напряженность конфликта и вовлеченности ребенка, а также стремление ребенка «примирить» родителей. При исследовании личности ребенка отмечаются черты эмоционально-волевой незрелости, избирательная общительность, ранимость, тревожность, чувство одиночества, трудности адаптации к изменениям, склонность к вытеснению негативных переживаний и идеализации прошлого, возможна идеализация одного или обоих родителей. По отношению к ситуации отмечается чувство неудовлетворенности и усталости от конфликта.

6. Понимающая позиция (8,6%). Характерна наименьшая выраженность конфликта. Отношение ребенка к конфликту носит «философский» характер («Случилось то, что случилось, надо жить дальше»). Ребенок может обосновать свой выбор одного из родителей и выражает готовность общаться с другим. На проективных методиках - положительная оценка каждого из родителей, но попытки примирить их уже не делаются. На рисунке семьи отдельно проживающий родитель часто изображается в отдалении от основной семейной группы, при этом указывается, что с ним также возможно общение. В совместной деятельности наблюдается достаточно хороший контакт с обоими родителями и стремление сохранить теплые отношения. Такая позиция характерна для наиболее социально зрелых подростков.

Заключение и выводы. Представленная типология является попыткой систематизации уникальных по своей природе жизненных обстоятельств, и может быть полезна для анализа ситуации и выявления позиции ребенка как представителям судебных органов и психологам-экспертам, так семейным психологам. Исследование показывает, что в ситуации высококонфликтного развода детско-родительские отношения нарушены столь существенно, что при любом решении суда, чтобы оно могло быть выполнено, необходимо привлечение семейного психолога, способного скорректировать неизбежно возникающие проблемы.

Литература

1. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Учебное пособие. М.: Гардарики, 2005.
2. Сафуанов Ф.С., Харитонов Н.К., Русаковская О.А. Психолого-психиатрическая экспертиза по судебным спорам между родителями о воспитании и месте жительства ребенка. М.: Генезис, 2011.

РУМИНАЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ: РОЛЬ КРИТИКИ В СЕМЕЙНЫХ КОММУНИКАЦИЯХ

Пуговкина О.Д., Гладких Д.Н.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва,

olgapugovkina@yandex.ru

Ключевые слова: руминации, депрессия, семейные факторы, критика.

RUMINATION IN DEPRESSION: THE ROLE OF CRITICISM IN FAMILY COMMUNICATIONS

Pugovkina O.D., Gladkikh D.N.

FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

olgapugovkina@yandex.ru

Keywords: rumination, depression, family factors, criticism.

Введение. Руминации – это повторяющиеся навязчивые размышления о чувствах, мыслях, проблемах, которые сопровождаются тягостным настроением и вытесняют конструктивные психические процессы и способствуют пассивному поведенческому стилю. Этот феномен хорошо узнаваем и психологически понятен и для пациентов, и для специалистов. В большом количестве эмпирических исследований (преимущественно зарубежных) установлена связь руминаций с риском возникновения и хронификацией различных психических расстройств, в первую очередь, депрессивных [3, 6]. Представлены и теоретические концепции руминативного мышления, и психологические интервенции, в первую очередь в когнитивном и метакогнитивном подходах; доступны психообразовательные материалы и различные ресурсы в интернете, в том числе в формате онлайн-приложений для контроля руминаций.

Несмотря на такую широкую проработку, исследования руминаций продолжают оставаться актуальной темой. Фокус исследований в последние годы сместился с установления связи между руминациями и отдельными психическими расстройствами к поиску психологических факторов склонности к руминативному мышлению [5]. В данной работе ставится задача оценки роли семейных факторов руминативного мышления при депрессивных расстройствах. В теоретическом плане эта задача восходит к классическим отечественным патопсихологическим исследованиям [1]. В этих работах не анализировались параметры семейной системы, семейные дисфункции и т.п., однако был установлен важнейший факт взаимосвязи структуры мышления у пациентов с расстройствами

шизофренического спектра и своеобразия мышления у их ближайшего окружения. Эти работы поставили вопрос о соотношении биологически, генетически обусловленных нарушений и особенностей, которые транслируются прижизненно в виде семейных эмоциональных коммуникаций и когнитивных стилей. В отношении руминативного мышления можно поставить сходные вопросы: какие аспекты руминаций связаны с ригидностью, обусловленной особенностями нервных процессов и темпераментом, а какие связаны со стилем семейного воспитания и коммуникаций. В наблюдениях современных психотерапевтов выдвигаются гипотезы о роли моделирования родительского стиля совладания, о роли критики и других семейных дисфункций в развитии склонности к руминациям у больных депрессиями.

Материал и методы. Методический комплекс исследования включал Шкалу склонности к руминациям (Ruminative Responses Scale, RRS) [7, 3] и Опросник Семейные эмоциональные коммуникации (СЭК) [2], направленный на оценку выраженности различных стилей дисфункциональных коммуникаций в семье – критика, индуцирование тревоги, элиминирование эмоций, фиксация на негативном, внешнее благополучие, сверхвключенность, семейный перфекционизм.

В исследование были включены 32 пациента с текущим депрессивным эпизодом, из них: с рекуррентным депрессивным расстройством (F33.X) – 17 человек, с первичным депрессивным эпизодом (F32.X) – 15 человек. Эту группу составили 20 женщин и 12 мужчин в возрасте 19-54 лет, средний возраст $30,5 \pm 11,0$ лет. Консультации по вопросам включения пациентов осуществляли д.м.н., профессор Т.В.Довженко, к.м.н. Д.М.Царенко, зав. отделением, к.м.н. И.Н.Емельянова. Контрольную группу составили 30 здоровых испытуемых, соответствующих по социо-демографическим показателям.

Результаты и их обсуждение. Корреляционный анализ связи семейных эмоциональных коммуникаций и склонности к руминациям в обследованных группах продемонстрировал различие в механизмах этих взаимосвязей.

Что касается общей гипотезы о связи склонности к руминациям с выраженностью семейных дисфункций, то в обеих группах были установлены значимые положительные связи средней силы (на уровне 0,46, $p=0.01$ в группе здоровых испытуемых и на уровне 0,45, $p=0.05$ в группе больных депрессиями) между общим баллом по опроснику СЭК (нарушения семейных эмоциональных коммуникаций) и общим баллом склонности к руминациям (RRS).

При этом вклад отдельных подшкал опросника семейных эмоциональных коммуникаций в эти корреляции отличается в обследованных группах. В группе здоровых испытуемых наиболее «патологичным» в плане возможного влияния на склонность к руминациям оказался фактор «элиминирования эмоций». Зафиксирована также связь слабой силы между

выраженностью семейного перфекционизма и руминациями. Завышенные требования, убеждения в недопустимости ошибок, индуцирование стыда и чувства своего несоответствия могут выступать фактором, предрасполагающим к пассивно-руминативному стилю, который заключается в соотнесении себя с некими идеалами.

В группе больных депрессиями эти факторы оказались не связанными с руминациями, а роль играет именно фактор критики (уровне 0.48, $p=0.05$). Другие аспекты семейных коммуникаций не связаны с выраженностью руминаций.

Сам по себе этот результат не является неожиданным; исследование и было спланировано как эмпирическая проверка психотерапевтических гипотез. И эта проверка позволяет конкретизировать направления будущих исследований, например, изучение тех особенностей критики, которые делают ее не конструктивным инструментом коммуникации и воспитания, а наоборот, закрепляют крайне дисфункциональную стратегию – руминирование.

Выявленные различия в сравниваемых подгруппах (связь руминаций с критикой в группе больных депрессиями и связь руминаций с элиминированием эмоций в группе здоровых испытуемых) дают также аргумент к идущей в литературе дискуссии относительно разделения руминаций на более дисфункциональные и менее дисфункциональные, которые иногда называются рефлексивными. Действительно, руминации – это широко распространенный феномен, который встречается не только у пациентов с депрессиями, но и в условно здоровой популяции. Возможно, стиль эмоциональных коммуникаций в семье определяет содержание и динамику руминаций: элиминирование эмоций и перфекционизм приводят к склонности руминировать на тему достижений, и такие руминации менее депрессогенны по сравнению с теми, в основе которых лежит труднопереносимая критика и, впоследствии, - самокритика.

Выводы. В пилотном эмпирическом исследовании зафиксирована связь между дисфункциями семейных эмоциональных коммуникаций и склонностью к руминациям во взрослом возрасте в обеих обследованных группах – больных депрессивными расстройствами и здоровых испытуемых. Различия в конфигурации вклада семейных дисфункций заключаются в том, что в группе здоровых испытуемых склонность к руминациям связана с элиминированием эмоций, а в группе больных депрессиями – с фактором родительской критики. Этот результат уточняет мишени психотерапии руминаций и проясняет вопрос различий склонности к руминациям у пациентов с депрессиями и повторяющихся неприятных размышлений в общей популяции.

Литература

1. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
2. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Сорокова М.Г. Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 4 С. 97–125.
3. Пуговкина О.Д., Сыроквашина А.Д., Истомина М.А., Холмогорова А.Б. Руминативное мышление как когнитивный фактор хронификации депрессии: определение понятия и валидность инструментария // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 3. С. 88–115.
4. Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д. Основные этапы и направления изучения когнитивных дисфункций при депрессиях // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015.
5. McLeod B.D., Weisz J.R., Wood J.J. Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis // Clin. Psychol. Rev. 2007. Vol. 27. P. 986–1003.
6. Nolen-Hoeksema S., Wisco B.E., Lyubomirsky S., Rethinking Rumination // Perspectives on Psychological Science. 2008. Vol. 3. P. 400–424.
7. Treynor W., Gonzalez R., Nolen-Hoeksema S. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis // Cognitive Therapy and Research. 2003. Vol. 27(3). P. 247–259.

ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РОДИТЕЛЕЙ В ЭКСПЕРТИЗЕ ПО СЕМЕЙНЫМ СПОРАМ О ВОСПИТАНИИ РЕБЕНКА

Савина О.Ф., Морозова М.В.

ФГБУ НМИЦПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

psyhol1@yandex.ru

Ключевые слова: психическое и психологическое здоровье, судебный спор о воспитании ребенка, экспертные психологические выводы.

THE PROBLEM OF PSYCHOLOGICAL HEALTH OF PARENTS IN THE EXPERT EXAMINATION ON FAMILY DISPUTES ABOUT THE UPBRINGING OF A CHILD

Savina O.F., Morozova M.V.

FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

psyhol1@yandex.ru

Keywords: mental and psychological health, a legal dispute about the upbringing of a child, expert psychological conclusions.

В последние годы значительно возросло число назначаемых судами комплексных психолого-психиатрических экспертиз по семейным спорам о воспитании детей. При том, что подэкспертные, как правило, не имеют верифицированного психиатрического диагноза, перед экспертами всегда ставится вопрос о наличии/отсутствии психического расстройства у родителей. С одной стороны, при амбулаторном освидетельствовании для констатации

психического заболевания, даже пограничного или временного, обычно не имеется достаточных оснований. С другой, если возникают сомнения по этому поводу, то преобладает презумпция здоровья, в том числе и в связи с тем, что любая клиническая квалификация психиатром психологического неблагополучия может восприниматься неспециалистами как подтверждение серьезных отклонений от нормы, иметь стигматизирующие последствия, стать инструментом давления и манипулирования, аргументом для дискредитации родительской фигуры одной из сторон конфликта. В таких ситуациях встает проблема консенсуса психологов с психиатрами из-за возникшего своеобразного когнитивного диссонанса, трудностей опредмечивания и квалификации выявленного феномена.

Обращение родителей в суд для решения вопроса о месте проживания и порядке общения с ребенком свидетельствует обычно о том, что все остальные варианты и пути для бывших супругов оказались неэффективны. Этому этапу противостояния достигают родители, находящиеся в состоянии острого и при этом пролонгированного семейного конфликта, в который нередко включены и их близкие. Длительный стресс, а иногда и дистресс, в той или иной степени сказывается на личности, психологических ресурсах, эмоциональной стабильности вовлеченных в борьбу за ребенка лиц. Экспертное исследование в рамках судебного разбирательства является дополнительным фрустрирующим фактором в силу высокой степени неопределенности при значимости и ожидании благоприятного экспертного заключения в свою пользу каждой из сторон. Тем более, что процедура экспертизы подразумевает неизбежные контакты членов семьи, а поведение детей не всегда согласуется с целями и установками родителей, их непосредственные высказывания могут содержать нежелательную информацию. Росту эмоционального напряжения способствует и то обстоятельство, что при беседе с врачом и психологом родителям приходится делиться историей жизни, подробностями конфликта, его динамикой, раскрывать характер претензий и отстаивать собственную позицию. Вследствие указанного контингент взрослых подэкспертных КСППЭ о воспитании ребенка часто составляют лица с заострением индивидуально-психологических особенностей, напряженностью в сфере психологических защит, копингов, адаптационных ресурсов. Под влиянием стрессоров у них могут проявляться личностная дисгармония, гипертрофированность реакций, внешне соответствующие критериям акцентуации характера, чего не отмечалось до конфликта, да и на период обследования они зачастую нивелируются в нейтральных обстоятельствах.

Для принятия судом обоснованного и реализуемого решения крайне важны, помимо отношения к ребенку, родительской компетентности и позиции, психологическое

благополучие, эмоциональная стабильность, личностная состоятельность, вектор динамики личностных изменений (если они есть), способы и ресурсы адаптации отца и матери. В связи с указанным, значимой составляющей рассматриваемого предметного вида КСППЭ становится психологическая диагностика здоровья взрослых в более широком, не клинико-психопатологическом его контексте, но с учетом патопсихологической специфики.

В последнее время возрос интерес психиатров и психологов к проблеме психологического здоровья. В документах ВОЗ постулируется подход, согласно которому отсутствие психического расстройства не тождественно психическому здоровью. Последнее - не константа и рассматривается как проекция на непрерывный континуум жизни, последствий столкновения человека со стрессовыми воздействиями разной интенсивности и содержательного наполнения, обуславливающих, в том числе, и функциональные нарушения психики [1].

Констатация психологического здоровья предъявляет определенные требования к человеку: помимо разносторонней самореализации и личностного роста оно подразумевает способность справляться с жизненными стрессами [2]. Первостепенное значение имеют рефлекслируемая личностная идентичность в ее жизненной перспективе, развитое самосознание, адекватность оценок и целеполагания, критичность, гибкость поведения при сформированных механизмах саморегуляции. Эти критерии психологического здоровья существенны и для успешной реализации роли и функциональных обязанностей родителя. Неспособность нести ответственность за собственное благополучие в его широком понимании ставит под сомнение гарантии его ребенку. В отличие от клинически ориентированных классификаций выраженности психических нарушений в общей и педагогической психологии принято выделять три уровня психологического здоровья в соответствии с концепцией В.А. Ананьева [3]: креативный (гармоничное восприятие мира, созидательные установки, устойчивая социальная адаптация, высокий потенциал для преодоления стресса); адаптивный (тревожное отношение к миру, уровень адаптации достаточный, но потенциально ограничен); дезадаптивный (конфликт Я и мира, дисбаланс процессов ассимиляции и аккомодации при разрешении проблем и конфликтов). Варианты ассимилятивного (пассивное приспособление к обстоятельствам в ущерб своим желаниям и возможностям) и аккомодативного (активная наступательная позиция, стремление подчинить окружение своим потребностям) стилей совладания неконструктивны, характеризуются недостаточной критичностью, ригидностью, негибкостью поведенческих стереотипов, экстернальным локусом контроля.

Наиболее значимым, стержневым показателем психологического здоровья большинство авторов [4] считают способность рефлекслирующего индивида эффективно

преодолевать стресс, сохраняя личностную стабильность, адаптацию и социальное функционирование. Исследование этих составляющих принципиально важно для анализа и экспертной оценки потенциального, актуального и перспективного ресурса взрослых лиц для реализации ими родительской функции. В экспертных заключениях наряду с индивидуально-психологическими особенностями родителей психолог традиционно представляет их отношение к ребенку, специфику родительской позиции в целом и в условиях семейного спора, воспитательные стратегии, понимание потребностей ребенка. При решении экспертных задач специалистами анализируются сущность семейного конфликта, его механизмы и динамика, хотя они не являются предметом КСППЭ и не подлежат экспертной оценке, но последствия родительского противостояния опосредованно отражаются на детско-родительских отношениях.

Судом вопрос о психическом состоянии ребенка ставится максимально широко, родителей узко - клиническая диагностика. В связи с этим ресурс психологического здоровья отцов и матерей, как показатель их личностной состоятельности в условиях испытания его длительным стрессом, обсуждается в экспертных заключениях в части исследования индивидуально-психологических особенностей скорее как исключение, а не правило. Однако именно от уровня адаптации и психического благополучия родителя зависит не желаемый, а реальный процесс и результат воспитания. Как показывает экспертная практика, взрослые подэкспертные в парадигме концепции психологического здоровья редко могут быть оценены как креативные, наоборот, они часто обнаруживают признаки более низких его уровней: повышенную тревожность, неконструктивные и ригидные способы совладания.

Возможность последовательно реализовать свои функции, нести ответственность, правильно оценивать опыт, актуальное положение и реалистично прогнозировать будущее, доступность самокоррекции, децентрации играют существенную роль в благополучии ребенка, но отнюдь не всегда влияют на его мнение и желания. Так, известен феномен особой привязанности к ненадежному родителю с отрицанием его проблем (например, в отношении злоупотребляющей алкоголем матери или слабого, нуждающегося в поддержке отца). Нередко на выбор детей влияют меркантильные материальные факторы, низкий уровень требований, нарушение личных границ и смешение детско-родительских статусов. Поэтому эксперт должен сопоставлять оценки ребенка с реальной семейной диспозицией, мерой и особенностями деформации личности родителя вследствие воздействия стрессоров.

Невозможность нахождения баланса позиций и конструктивного компромисса с когда-то близким человеком, тенденция к искажению собственных воспоминаний в сторону актуального восприятия событий, несдержанность в эмоциях и высказываниях в присутствии детей, плохо рефлекслируемый эгоцентризм свидетельствуют о низких показателях

психологического здоровья родителя. А это существенная детерминанта семейного бытия: личность родителя является для ребенка и внешним условием, и внутренним образом формирования его психики и личности. Конфронтационные личностные смыслы, возникшие у отца и матери в условиях семейного конфликта, способствуют появлению (или нарастанию) у них враждебности, конкурентности, тревожности, мотивационной рассогласованности со сменой позиций терминальных и инструментальных ценностей, что влияет на их образ мира и передается ребенку, проявляясь в становлении у него недостаточного базового доверия к этому миру.

Экстраполяция критериев психологического здоровья на детско-родительские отношения подтверждает значимость его составляющих на разные аспекты воспитания. Так, гармония телесного и духовного, социума и внутреннего мира, принятие себя и других влияют на мировосприятие и мироотношение ребенка, его коммуникативную сферу. Рефлексия, самоидентичность, самопринятие, осознание границ важны для понимания взрослыми общих целей, индивидуальных потребностей и интересов ребенка, дифференциации их с собственными без наделения его функциями своего атрибута. Стрессоустойчивость, адекватное соотношение тревожности и уверенности в себе, интернальный локус контроля наряду с другими качествами определяют не только чувство ответственности, но и возможность его реализации, последовательность, логичность, стабильность воспитательных установок и стратегий.

Таким образом, диагностика психологического здоровья родителя при КСППЭ по спорам о воспитании ребенка в условиях длительного стрессового воздействия семейного спора, провоцирующего психическое неблагополучие, позволит экспертно верифицировать наблюдаемую феноменологию без стигматизирующих последствий клинического диагноза, а также оценить адаптационные ресурсы, реалистичность и последовательность родительских установок.

Литература

1. Информационный бюллетень ВОЗ: Усиление мер в области охраны психического здоровья. 17 июня 2022 г., электронный ресурс: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Информационный бюллетень ВОЗ № 4, октябрь 2019 г, электронный ресурс: https://www.bsuir.by/m/12_100229_1_140072.pdf
3. Ананьев В.А. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с
4. Жесткова Н.А. Сущность и структура понятия «психологическое здоровье человека» // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. Вып. 3. С. 384–392. DOI: 10.17072/2078-7898/2018-3-384-392.

ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ВЗРОСЛЫХ РОДСТВЕННИКОВ С СОЗАВИСИМОСТЬЮ ИЗ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЕЙ

Сергеева А.В., Сергеева А.Ю.

ГАОУ ВО СПбГИПСР, Санкт-Петербург, Россия

alisaskar@mail.ru

Ключевые слова: аддиктивная идентичность, созависимая личность, дисфункциональная семья, психодиагностика аддиктивной идентичности.

FEATURES OF THE ADDICTED IDENTITY OF ADULT RELATIVES WITH CODEPENDENCY FROM DYSFUNCTIONAL FAMILIES

Sergeeva A.V., Sergeeva A.U.

FSAI HE SPbSIPCW, St. Petersburg, Russia

alisaskar@mail.ru

Keywords: the addicted identity, a codependent personality, dysfunctional families, the psychodiagnostics of addicted identity.

Введение. Актуальность психологической помощи взрослым людям с созависимостью, в семьях которых ближайшие родственники (родители, братья или сестры, супруги и другие члены семьи), имеют устойчивую алкогольную зависимость, обоснована масштабным ростом психологических явлений, приводящих к разрушению полноценной жизнедеятельности взрослого населения. Во многих научно-исследовательских публикациях феномен «созависимость» (аддикция отношений) рассматривается, прежде всего, как эмоциональная зависимость от значимого лица, и характеризуется повышенной сосредоточенностью на существующих отношениях с объектом зависимости. Созависимость, как правило, выражается в стремлении контролировать и брать на себя ответственность за его поведение, и в стремлении прожить жизненную ситуацию за значимого другого [2, 4, 5]. Анализ практико-ориентированных подходов в изучении созависимости позволил выявить актуальное и перспективное направление, недостаточно охваченное вниманием специалистов, это изучение особенностей аддиктивной идентичности у лиц с разной выраженностью созависимости, что может явиться необходимой основой для дальнейшей разработки программы психологической помощи и психокоррекции для данной группы. Существует необходимость в уточнении понятия «аддиктивная идентичность» и определения ее признакового пространства. Под аддиктивной идентичностью понимается сложный психологический

феномен, содержание которого заключается в наличии у личности «фрагментарного Я» и наличия стойкой эмоциональной фиксации на лицах, приверженных химическим или нехимическим зависимостям [2, 5]. Высокие значения по аддиктивной идентичности характеризуются системой признаков: невозможностью сформулировать персональную систему ценностей и целей, полная ориентация на значимого Другого, не завершённое психосоциальное самоопределение в разных сферах жизнедеятельности, спутанность в восприятии временных периодов и уход от реальности, яркое чувство выраженного психологического дискомфорта в отсутствии значимого другого.

Материал и методы. С целью проверки предположения о том, что группа родственников из дисфункциональных семей (семьи с алкогольно-зависимыми лицами), у которых выявлен высокий уровень созависимости, характеризуются наличием выраженной аддиктивной идентичности и спецификой смысложизненных ориентаций было проведено эмпирическое исследование на базе благотворительной общественной организации г. Санкт-Петербурга, в социальной интернет-группе «Помощь семьям нарко-и алкозависимым лицам», в котором принимали участие 45 взрослых (участники этой группы). Все респонденты были распределены на три подгруппы: 1) родители с высоким уровнем созависимости, у которых сыновья и дочери являются алкогольно-зависимыми; 2) взрослые дети алкоголиков, ВДА (наличие алкогольно-зависимых родителей); 3) супруги или один из супругов с созависимостью, у которых один из них является алкогольно-зависимым. В табл. 1-2 представлены результаты диагностики по методикам Тест на созависимость (Д. Уайнхолд и Б. Уайнхолд), «Шкала измерения созависимости в отношениях» (Спенн-Фишер, адаптация В. Д. Москаленко) и Методика диагностики аддиктивной идентичности (Н. В. Дмитриева и др.).

Таблица 1.

Эмпирические данные для исследуемых групп созависимых родственников по методикам «Тест на созависимость» Д. Уайнхолд и Б. Уайнхолд и «Шкала созависимости» Спенн-Фишер, N=45

Показатели методик	Мср, Родители N=14	Мср, ВДА N= 16	Мср,Супруги N=15	Нормативы
Уровень созависимости по Уайнхолдам	44,0	49,9	50,2*	40-59 баллов (высокая степень)
Уровень созависимости по Спенн-Фишеру	49,1	54,0	57,1*	42-69 баллов (высокий уровень)

Примечание: 1) знак * - обозначает значимые данные; 2) сокращение ВДА — принятая

аббревиатура, взрослые дети алкоголиков

На основе сравнительного анализа эмпирических результатов по шкале «Общий уровень созависимости» (тест Д. Уайнхолда и Б. Уайнхолда и шкале Спенн-Фишера) по U-критерию Манна Уитни были получены значимые различия на $p \leq 0,05$ уровне между группами респондентов «Родители с созависимостью» и «Супруги с созависимостью». Таким образом, более высокий уровень созависимости наблюдается у жен, мужья которых являются алкогольно-зависимыми людьми и временной период появления этих признаков более интенсивный, чем в группе «созависимых родителей». Для поиска объяснения этих данных рассмотрим основные положения, представленные в актуальных публикациях [1, 2, 3]. Авторы отмечают, что созависимость формируется в детстве и как правило в дисфункциональной семье, где существуют определенные условия воспитания. К ним относятся семьи, в которых: 1) один или несколько членов семьи имеют зависимость химическую или нехимическую; 2) семьи, в которых присутствуют постоянная напряженность и невозможность наладить отношения между членами семьи (так называемые эмоционально-репрессивные семьи); 3) семьи, в которых родители заняты на руководящих должностях в силовых структурах или род деятельности родителей относится к помогающим профессиям (учитель, психолог, врач и другие); 4) семьи, в которых существуют тяжелобольные члены семьи; 5) неполные семьи [1, 3, 4].

В таб. 2 представлены эмпирические данные, полученные на основе диагностики по методике «Аддиктивная идентичность» для всех изучаемых групп.

Таблица 2.

Эмпирические данные по аддиктивной идентичности для исследуемых групп созависимых родственников по методике «Аддиктивная идентичность», N=45

Показатели методик	Мср, Родители, N=14	Мср, ВДА, N= 16	Мср, Супруги N=15	Нормативы
Уровень аддиктивной идентичности	312,3	332,3	336,7*	209-312 баллов (средний уровень)

Примечание: знак* - обозначает значимые данные

Сравнительный анализ эмпирических результатов по шкале «аддиктивная идентичность» на основе U-критерия Манна Уитни позволил выявить значимые различия на $p \leq 0,05$ уровне между группами респондентов «созависимые родители» и «созависимые супруги». Таким образом, более высокий уровень аддиктивной идентичности наблюдается в системе супружеских отношений. Известно, что семьи с аддиктивными родителями

оказывают влияние на будущие поколения своих детей, определяя их выбор жизненного пути, где существует два направления – это либо уход в аддикции, либо, забота об аддиктах [4].

Заключение. Таким образом, можно предположить, что у супругов с аддикцией отношений (т.е. созависимостью) «размывается» личностная идентичность, искажается восприятие и принятие своей жизни как высшей ценности, один из супругов готов жить интересами и нуждами своего ближайшего окружения. В этой связи встает важная практическая задача - разработка программ психологической помощи по выходу взрослых родственников из созависимости на основе учета психологической специфики аддиктивной идентичности, трансформация персональной системы ценностей и целей, построение своих психологических границ и снижение психологического территориализма, осуществление выбора психосоциального самоопределения в разных сферах жизнедеятельности.

Литература

1. Гончарова М. В. Коррекция созависимого состояния женщин, имеющих мужей с алкогольной зависимостью / М. В. Гончарова // Наука 21 века: вопросы, гипотезы, ответы. – 2022. - № 2(42). – С 20-30.
2. Дмитриева Н.В. Аддиктивная идентичность виртуально зависимой личности [Текст] : монография / Н. В. Дмитриева, О. В. Дубровина - Ишим, Тюменская обл. : Изд-во Ишимского гос. пед. ин-та им. П. П. Ершова, 2010. - 198 с.
3. Коленова А. С. Ценностно-смысловые характеристики как предикторы созависимого поведения женщин, проживающих с наркозависимым партнером / А. С. Коленова, Д. А. Гурцкой // Российский психологический журнал. – 2019. №2. – С. 43-62.
4. Москаленко В. Зависимость. Семейная болезнь. / В. Москаленко, М.: Институт консультирования и системных решений, 2014.
5. Сергеева А.В. Переживание ревности и созависимые отношения в молодежной среде: православный взгляд на проблему // XI Сретенская научно-практическая конференция «Психея и Пневма»/ Сборник докладов, СПб.: Изд-во РХГА, 2017, С 119-129.

О ТРАВМАТИЧЕСКОМ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С НОРМАТИВНЫМ РАЗВИТИЕМ

Тихонова И.В.

ФГБОУ ВО КГУ, Кострома, Россия

inn.007@mail.ru

Ключевые слова: родитель, родительский стресс, травматический и посттравматический родительский стресс.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22-28-00678, <https://rscf.ru/project/22-28-00678>.

ABOUT TRAUMATIC AND POST-TRAUMATIC STRESS OF PARENTS OF CHILDREN WITH NORMATIVE DEVELOPMENT

Tikhonova I.V.

FSBI HE KSU, Kostroma, Russia

inn.007@mail.ru

Keywords: parent, parental stress, traumatic and post-traumatic parental stress.

The research was carried out at the expense of the grant of the Russian Science Foundation N. 22-28-00678, <https://rscf.ru/en/project/22-28-00678/>.

Введение. Изучение травматического стресса в психологии, как правило, связано с исследованием воздействий стрессоров, разрушающих чувство безопасности человека и вызывающих переживания, выходящие за пределы обычных состояний. Они могут иметь последствия для физического и психического здоровья, то есть приводить к посттравматическому стрессу. Научные исследования травматического и посттравматического стресса долгое время были посвящены изучению последствий участия в боевых действиях, вовлечения в ЧС, катастрофы, теракты, длительного проживания людей в ситуации ведения военных действий и др. В настоящий момент фокус исследования травматического стресса смещается на изучение не экстремальных, но субъективно интенсивных стрессоров: эмоционального насилия, оскорбления или пренебрежения (Н. Е. Харламенва, Иванова М.В., Тарасенко Н.М.), угрожающего жизни заболевания (Н. В. Тарабрина, Н. Е. Харламенкова, Д. А. Никитина, Воронцов С.А., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Толкачёва О.Н.), влияние травм детского возраста на взрослую жизнь (Роговой Н.А., Дерманская Н.Ю., Петрова Е.А.) и др. Доказано, что ряд распространенных событий, встречающихся в жизни почти каждого взрослого человека, но становящихся субъективно травматическими, могут приводить к отсроченной реакции в виде посттравматического стресса, а «безопасность человека определяется не только наличием/ отсутствием тех или иных угроз, но и уязвимостью человека в отношении их» [2, с. 43]. Родительский стресс является распространенным явлением, которое может переживать любой родитель [3]. Изучение дезадаптивных вариантов родительского стресса происходило в контексте рассмотрения феномена родительского выгорания (Lebert-Charron A. et al., Фадеева Т. Ю.), родительского дистресса как состояния родителей при наличии угрожающих жизни ребенка заболеваний (Duchovic S. A. et al., Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н.). Травматический и посттравматический стресс родителей становился предметом изучения в психологии лишь в отношении семей с ребёнком с физическими или психическими заболеваниями, приемных

детей (Дан М. В., Тарабрина Н. В., Майн Н. В., Pinguart M.). При этом констатация индивидуальной уязвимости в отношении потери чувства безопасности личности подводит к предположению о наличии субъективной травматичности ряда закономерных событий родительской жизни, необходимости ответа на вопросы: «Какие события могут выступать в качестве травмы для родителей и могут ли эти события формировать отсроченный вариант реагирования в виде посттравматического стресса?».

Материалы и методы. Проведено исследование, в котором приняли участие 125 родителей ($M=38,77$; $SD=7,31$): 27 мужчин в возрасте от 34 до 52 ($M=43,45$; $SD=7,3$); 98 женщин в возрасте от 25 до 53 лет ($M=36,94$; $SD=6,07$) имеющих 1-3 детей ($M=1,70$, $SD=0,65$). Их них 1 ребенок был у 50 респондентов, 2 ребенка у 60, 3 ребенка у 15 человек. Старший (или единственный) ребенок в возрасте от 0 до 3 лет был у 11 респондентов, от 4 до 6 лет у 28, от 7 до 11 лет у 23, от 12-15 лет у 20, от 16 до 20 лет у 20, старше 20 лет у 23 человек. Дети не имели хронических заболеваний, ОВЗ, инвалидности. В исследовании использовался метод полуструктурированного интервью, изучающего травматические стрессовые события родительской жизни в разные периоды развития ребенка (в том числе ретроспективно), включающий использование приема «стресс-термометра», разработанный перечень родительских трудностей и психосоматических индикаторов травматического и посттравматического стресса. Применялась «Шкала оценки влияния травматического события» (Weiss, Marmar, Metzler, 1995) в адаптации Н.В. Тарабриной [1]. Для анализа высказываний использовался метод контент-анализа, подсчет дескриптивной статистики.

Результаты и их обсуждение. Исследование феноменологии травматического родительского стресса «нормотипичных» родителей показало, что больше всего стрессовых событий высокой интенсивности родители описывают в периоды развития до школы. Так 44,8% респондентов назвали события, произошедшие в возрасте детей до 3-х лет в качестве травматических, и 33,3% респондентов выделили таковые в возрасте детей до 7 лет. В дальнейшие периоды жизни ребенка их количество снижается, и даже в подростковом возрасте всего 27 % опрошенных респондентов указывали на переживание интенсивного стресса. В качестве травматических родителями воспринимаются ситуации, связанные с ребенком: нарушение его здоровья, травмы, операции, и угрозы таковых (падение, колики, «подавился» и пр.). Преобладающими травматическими стрессовыми событиями являются эмоциональные и поведенческие реакции ребенка, нестандартные для родителя («убежал», «потерялся», «переживал», «постоянно плакал»). Травматические стрессоры события родительской жизни имеют возрастную обусловленную специфику, в них отражаются связанные с особенностями возрастного периода ребенка стрессоры (неуспеваемость, употребление алкоголя, сдача ЕГЭ и пр.). Были выделены травмы родительской жизни,

связанные с самим родителем, респонденты относили к ним не столько реальные факты своей личной жизни (например, проблемы с работой), но чаще события внутреннего мира – эмоции, состояния («мои переживания о будущем», «одиночество», «тревога»). Интенсивный стресс родителей может возникать и как реакция на стрессовые события, происходящие в семейной системе, к ним относили развод, измену, взаимоотношения в семье, том числе, например, вмешательство прародителей в воспитание детей. Подобные результаты отмечены в работах Price, Christine & Bush, Kevin & Price, Sharon & Eds., (2016). Выявлено, что эмоциональные симптомы в картине интенсивного родительского стресса являются преобладающими во все возрастные периоды (растерянность, страх, тревога), некоторые родители указывают на проявления психических симптомов (снижение концентрации, настроения, влечений). В общей выборке родителей, отмечающих наличие в их жизни травматического стресса, была выделена подгруппа (n=49), которая отметила длительность переживания симптомов более 6 месяцев. Это является отсроченной реакцией на травмирующую ситуацию и может расцениваться как посттравматический стресс. Среди травматических событий, вызвавших посттравматический стресс, наибольшую представленность имеют ситуации, связанные с ребенком (n=32): травма, угроза смерти ребенка («проглотил таблетки, потерял сознание, остановки дыхания, сложная операция»), нарушения в развитии у ребенка («возможное заикание, запинки в речи у ребенка, проблемы со слухом»), проблемы со здоровьем у ребенка («длительные бронхиты, аллергии, подозрение на синдромальное нарушение»), потеря ребенка/ убежал, сдача ЕГЭ («сдал очень плохо»), поведение ребенка в подростковом возрасте, служба в армии и др. Интересным является то, что 48% всех ситуаций, вызвавших посттравматический стресс приходится на возраст до 7 лет. Результаты оценки влияния травматического события (по методике ШОВТС) выявили у респондентов выраженные признаки симптомов ПТСР «вторжение» $M = 12,67$, при $m=10,30$ в совокупной выборке (по Н.В. Тарабриной) и «физиологическая возбудимость» ($M = 9,92$, при $M = 7,77$ в совокупной выборке (по Н.В. Тарабриной)).

Заключение. Результаты исследования показали, что в качестве травматических ситуаций родителями нормотипичных детей воспринимаются как события, связанные с нарушением здоровья, травмами, так же и угроза таковых. Травматическими стрессовыми событиями являются эмоциональные и поведенческие реакции ребенка, нестандартные для родителя. Травматические стрессоры-события имеют возрастную обусловленность специфику. Актуализируя стрессовые события родительской жизни, респонденты относили к ним не только жизненные реальные факты, но и события внутреннего мира – эмоции, состояния. Вероятно, в качестве стрессовых событий субъективно могут выступать и неординарные эмоциональные переживания. Наибольшей «травмирующей силой» обладают события

родительской жизни, которые происходили в дошкольные периоды развития ребенка. Эти события могут приводить и к отсроченному реагированию в виде симптомов посттравматического стресса: навязчивых мыслей, чувств, воспоминаний, а также повышенной возбудимости. Полученные результаты отражают обобщенные тенденции, будут являться основанием для дальнейшего научного поиска.

Литература

1. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
2. Харламенкова Н.Е. Интенсивность посттравматического стресса как отсроченной реакции на травматические события в разные периоды взрослости. Человек. Сообщество. Управление. 2016. Т. 17. № 1. С. 42-56.
3. Deater-Deckard, K. Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. *Clinical Psychology: Science and Practice* – 1998 – № 5. – pp. 314-332.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

Трушкина С.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

trushkinasv@gmail.com

Ключевые слова: семья «особого» ребенка, стресс-факторы, социальная реабилитация, реабилитационный потенциал.

MENTAL HEALTH AND EMOTIONAL WELL-BEING IN FAMILY MEMBERS OF MENTALLY ILL CHILDREN

TrushkinaS.V.

FSBSI MHRC Moscow, Russia

trushkinasv@gmail.com

Keywords: family of a "special" child, stress factors, social rehabilitation, rehabilitation potential.

Введение. Появление в семье психически нездорового ребенка практически всегда является стрессогенным, а в части случаев - психотравмирующим событием для ее членов. Внутрисемейное функционирование подвергается высокому риску возникновения серьезных отклонений, вплоть до проявлений девиантного поведения у родителя или другого члена семьи. Высокий рост распространенности нарушений психического здоровья у детей в последние десятилетия придает данной проблеме особую остроту и актуальность.

Комплекс внешне определяемых признаков семейного неблагополучия, возникающий

при тяжелом заболевании одного из ее членов, хорошо известен медицинским психологам, врачам и социальным работникам, и обозначается ими термином «бремя болезни». Он включает в себя целый спектр жизненных ограничений для здоровых членов семьи, связанных с физическими и эмоциональными перегрузками, финансовыми затруднениями, вынужденным отказом от карьеры или профессии, сужением жизненных перспектив, уменьшением времени для досуга, отдыха и собственного развития и т.д. Однако термин «бремя болезни» не определяет полностью проблемного поля семьи с психически больным ребенком. Помимо перечисленных внешних проявлений проблему функционирования «особой» семьи необходимо рассматривать с точки зрения эмоциональных, мотивационных, перцептивных, коммуникационных, психопатологических, ресурсных и других аспектов.

У родителей психически больных детей выявляется широкий круг эмоциональных проблем. К ним относятся длительное и интенсивное переживание чувств вины, гнева, стыда, горя, разочарования, страха перед будущим. Часто отмечается болезненное ощущение потери бывшего благополучия, социального статуса семьи, жизненных планов и надежд для себя и ребенка. Не редкость - возникновение враждебности к другим членам семьи, к специалистам или больному ребенку, как источнику всех бед. Значительный вклад в утяжеление эмоциональной обстановки вносит непредсказуемость жизни семьи, ее зависимость от колебаний состояния ребенка с нарушениями психического здоровья, от улучшений в период ремиссии к вновь повторяющимся обострениям и появлению проблемного поведения. Особой трудностью в клинико-психологической работе с членами «особых» семей выступает наличие у них ригидных психологических образований, в частности, психологических защит – вытеснения, рационализации и др.

Как одно из последствий выявления психического заболевания у ребенка выступает кризис мотивации родительской деятельности у матерей и отцов. Как правило, родитель надолго утрачивает те представления о будущем своего ребенка, которые ранее служили ему образом желаемого результата родительских усилий и мотивировали на них. Восприятие ребенка и его болезни также претерпевают изменения. В частности, специалисты отмечают склонность членов семьи больного ребенка в субъективных оценках утяжелять или, наоборот, облегчать (вплоть до полного отрицания) выраженность психиатрической симптоматики у него. Это напрямую влияет на вероятность их обращения за психиатрической помощью для ребенка, на их ожидания от лечения и готовность к терапевтическому комплаенсу.

Наличие нарушений психического здоровья у ребенка, как выраженных, так и пограничного уровня, может поставить под удар адекватность родительского отношения и внутрисемейной коммуникации. Адаптируясь к ситуации, родитель нередко изменяет свое отношение к ребенку и начинает придерживаться новых стратегий в родительском поведении.

Как два полюса континуума отношений выступают, с одной стороны, свехопека и свехвовлеченность родителя в ситуацию болезни ребенка, и с другой стороны, эмоциональное и физическое отстранение от него, смирение с недостатком или отсутствием прогресса в развитии. Высокая тревога родителя и его искаженные представления о заболевании могут стать причиной возникновения агрессивно-защитных форм поведения в его взаимодействии с лечащим врачом ребенка и другими специалистами. В этом нередко кроется причина негативизма, недоверия или конфликтности членов семьи больного ребенка.

Таким образом, родитель психически больного ребенка подвержен воздействию высокой стрессовой нагрузки, что, вероятно, негативно сказывается на состоянии его собственного психического здоровья, на уровень его активности, на возможности саморегуляции и коммуникации.

Материал и методы. В исследовании приняли участие матери, имеющие детей с выставленными психиатрическими диагнозами. Возраст матерей 36-50 лет, за психиатрической помощью для себя ни одна не обращалась. Их дети: возраст 6 - 17 лет, 69% мальчики и 31% девочки, диагнозы - РАС, задержка психо-речевого развития, депрессия, шизофрения и др.

Методика: 1. «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» SCL-90-R (в адаптации Н.В. Тарабриной); 2. разработанная специально для целей исследования «Анкета родителя особенного ребенка». «Анкета родителя...» содержала вопросы, касающиеся субъективного восприятия матерью ситуации заболевания и лечения ребенка; оценки ею уровня стрессовой нагрузки на нее и семью в целом, а также включала в себя 10 неоконченных предложений, стимулирующих испытуемую более подробно описать обстоятельства ее жизни и особенности эмоциональных переживаний: «Из-за того, что происходит с моим ребенком, я чувствую...»; «Я считаю (или: Я не считаю), что мой ребенок болен, потому что...»; «Я решил(а) обратиться за помощью к специалистам, потому что наша семья...» и т.п.

Результаты. Количественные результаты. По методике SCL-90-R средний по выборке показатель индекса тяжести психопатологической симптоматики имел значение, равное 0,91, что значимо превышает среднестатистическую популяционную норму и приближается к значениям для групп пациентов с диагностированным ПТСР (Тарабрина Н.В., 2001). Наиболее высокие показатели индекса отмечались по шкалам (в порядке убывания) «Депрессия», «Соматизация», «Обсессивно-компульсивное расстройство», «Межличностная сензитивность», «Тревожность».

Оценка субъективного восприятия интенсивности стрессовой нагрузки на себя и семью: 63% испытуемых – «высокая», 31 % - «повышенная», 6% - «очень высокая». Значение «низкая» не давалось испытуемыми ни в одном случае. Особенности эмоционального

состояния матерей: 75% испытуемых – интенсивное переживание чувства вины, 56% - беспомощности, 44% - страха за будущее ребенка.

Семейное функционирование: уход отца ребенка из семьи имел место в 75% случаев; отсутствие сплоченности семьи и существование серьезных разногласий по поводу болезни ребенка отметили 38% испытуемых.

Качественные результаты. Во многих анкетах матери отмечали у себя состояния крайней усталости и раздражительности, постоянной тревоги и напряжения, а также неспособность управлять своими эмоциями, частые семейные конфликты, нездоровую атмосферу в семье, ухудшение условий жизни и развития других детей в семье. Упоминался также алкоголизм одного из родителей, прямые обвинения в адрес матери в рождении больного ребенка со стороны членов семьи, сожаление матери о рождении ребенка и суицидальные мысли. Отношение матери к психическому заболеванию у ребенка чаще выглядело как амбивалентное и характеризовалось неопределенностью, незавершенностью и противоречивостью оценок и мнений. Твердо признавали наличие психического заболевания у своего ребенка примерно четверть испытуемых (при том, что все дети получали лечение у психиатра). Отношение к медикаментозному лечению ребенка, как правило, было положительным.

Отношение к состоянию собственного психического здоровья отличалось противоречивостью. Признавая явное неблагополучие собственного психоэмоционального состояния, в большинстве случаев матери отвергали возможность помощи для себя.

Таким образом, высокий уровень кумулятивной стрессовой нагрузки на родителя психически больного ребенка негативно влияет на состояние его собственного психического здоровья. Исследование показало, что факт психического заболевания у ребенка и обусловленные им физические и эмоциональные перегрузки родителя, его тяжелые эмоциональные переживания и нарушения функционирования семьи выступают высоко значимыми стресс-факторами для родителя и других членов семьи ребенка. Действуя длительное время они существенно снижают уровень психического здоровья самого родителя, что подтверждается степенью выраженности психопатологической симптоматики, превышающей средние популяционные значения.

Заключение. Таким образом, выявлен целый ряд факторов, негативно влияющих на состояние психического здоровья и психологического благополучия у матерей, имеющих детей с психическими нарушениями. Среди них: высокая степень подверженности стрессу, переживаемому в связи с развитием психического заболевания у ребенка; постоянное проживание вместе с ним; хронически нестабильная эмоциональная обстановка в семье; потеря ощущения привычного контроля над своей жизнью; неопределенность будущего;

стигматизация семей психически больных в обществе.

Эти явления снижают реабилитационный потенциал родителя и семьи, на который специалист рассчитывает опереться в лечебном процессе. Это ставит задачу реабилитации самого родителя ребенка с нарушениями психического здоровья. В связи с этим семья больного ребенка должна рассматриваться не только как субъект лечебного и реабилитационного процесса, но и как его объект.

Однако на практике психиатрическая помощь и психологическая поддержка членам «особых» семей в программах лечебно-реабилитационных мероприятий для ребенка предусматриваются редко. В большинстве случаев нарушения психического здоровья у членов семей остаются нераспознанными и не лечеными. Фактор системности внутрисемейных взаимовлияний при разработке реабилитационных программ для ребенка, как правило, не учитывается. Представляется, что работа с членами семьи должна быть включена самостоятельным разделом в реабилитационную программу для ребенка с психическими нарушениями. Оказание помощи родителю и выстраивание с ним отношений партнерства являются основными способами повысить реабилитационный потенциал семьи и, таким образом, обеспечить более высокую эффективность помощи ребенку.

Литература

1. Бебчук М.А., Щедринская О.М. Семья ребенка с нарушениями в психическом здоровье и/или в развитии: задачи, принципы и мишени консультативной и психотерапевтической помощи // Вестник психотерапии. - 2014. - № 51 (56). - С. 80-94.
2. Петрова Н.Н., Шатиль М.М. Непсихотическая депрессия и социальное бремя болезни // Неврологический вестник. - 2021. - Т. 53. № 2. - С. 26-33.
3. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
4. Трушкина С.В. Смена стереотипов родительско-детского взаимодействия и психическое здоровье детей раннего возраста. - В сборнике: Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований. Материалы международной научно-практической конференции. - 2020. - С. 520-522.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИМБИОТИЧЕСКИХ ТЕНДЕНЦИЙ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Шишкова А.М.¹, Бочаров В.В.^{1,2}, Фурсова Е.С.¹, Вукс Д.О.¹, Шова Н.И.¹, Михайлов В.А.¹

¹ ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

² ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

shishaspb@mail.ru

Ключевые слова: родственники, опекающие хронически больных, эпилепсия,

симбиотические тенденции, психологический дистресс, психопатологическая симптоматика.

INTERRELATIONSHIP OF SYMBIOTIC TENDENCIES WITH SEVERITY OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN RELATIVES CARING FOR PATIENTS WITH EPILEPSY

Shishkova A.M.¹, Bocharov V.V.^{1,2}, Fursova E.S.¹, Vuks D.O.¹, Shova N.I.¹, Mikhailov
V.A.¹

¹ FSBI V.M. Bekhterev NRMС PN, St. Petersburg, Russia

² FSBI HE SPbSPMU, St.Petersburg, Russia

shishaspb@mail.ru

Keywords: informal caregivers of chronically ill patients, epilepsy, symbiotic tendencies, psychological distress, psychopathological symptoms.

Введение. Наличие хронического, требующего длительного лечения, заболевания у одного из членов семьи является психотравмирующим фактором, оказывает выраженное стрессовое воздействие на его близких и существенно трансформирует их личностное и семейное функционирование. Сокращение межличностной дистанции между опекающим родственником и хронически больным, вероятно, является естественной реакцией в ответ на утрату или снижение способности болеющего справляться со своими повседневными обязанностями и отражает базовую потребность в заботе о близком. В то же время чрезмерная вовлеченность в жизнь больного родственника, достигающая уровня симбиотичности, носит деструктивный характер и препятствует нормальному личностному и семейному функционированию. В связи с этим важным представляется изучение тенденций, отражающих сокращение межличностной дистанции в отношениях «опекающий родственник – хронически больной», а также взаимосвязи этих тенденций с выраженностью психологического дистресса у родственника в ситуации хронической болезни близкого.

Целью данного исследования являлось изучение взаимосвязи симбиотических тенденция и выраженности жалоб на психопатологическую симптоматику у родственников, опекающих больных эпилепсией.

Материал и методы. В исследовании приняли 33 родственника (родители и супруги) пациентов, находящихся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» в связи с эпилепсией (G40) и органическими расстройствами (F06.41). Средний возраст обследованных родственников составил 47,82 (SD=10,4) лет, средний возраст больных - 28,22 (SD=9,08) лет. Срок заболевания в среднем составил 17,89 (SD=10,15) лет. Постановка

диагноза больным осуществлялась экспертами – врачами-психиатрами по (МКБ 10). Для изучения выраженности психопатологических проявлений и оценки интенсивности испытываемого дистресса применялся Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) в адаптации Н.В. Тарабриной [1]. Для определения выраженности симбиотических тенденций во взаимоотношениях родственника и опекаемого им больного использовалась анкета «Межличностная дистанция» (МД) [2]. Анкета позволяет объективировать 5 наиболее важных тенденций, отражающих сокращение межличностной дистанции во взаимодействии «опекающий родственник – больной», а также противоположных им особенностей, говорящих о стремлении опекающего к личностной автономии в отношениях с больным. В качестве таких полярных тенденций выступают: «интервенция/вторжение» – «дистанцирование»; «невозможность сказать нет/жертвенность» – «конструктивное «Я-отграничение»; «слияние» – «независимость»; «неодобрение других отношений/страх сепарации» – «отсутствие страха потери отношений/свобода отношений»; «директивы» – «свобода действий». Утверждения, отражающие вышеописанные тенденции, образуют одноименные шкалы. Для учета социально-демографических и клинических характеристик на каждого обследуемого заполнялась клиническая карта. Обработка данных осуществлялась при помощи статистического пакета SPSS V. 21. В качестве меры связи использовался коэффициент корреляций Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Изучение взаимосвязей выраженности психопатологической симптоматики (показатели методики SCL-90-R) и симбиотических тенденций во взаимоотношениях с больным (показатели анкеты МД) позволил выявить наличие множественных разнонаправленных корреляций между изучаемыми параметрами. Наиболее количество взаимосвязей показателей симптоматических шкал и индексов SCL-90-R выявляется с субшкалами «Страх сепарации» и «Свобода отношений» (анкета МД). Так, например, показатель по шкале «Страх сепарации» имеет положительные корреляционные связи с показателями «Обсессивность-компульсивность (О-С), «Депрессия» (DEP), общим индексом тяжести симптомов (GSI), общим числом утвердительных ответов (PST) и индексом наличного симптоматического дистресса (PDSI) при $p < 0,05$. В то же время показатель «Свобода отношений» отрицательно коррелирует с показателями вышеупомянутых шкал SCL-90-R, а также шкалой «Паранойяльные тенденции» (PAR), индексом GSI и показателем PST при $p < 0,05$. Отрицательные связи обсессивно-компульсивной симптоматики и межличностной сензитивности (INT) выявляются также со шкалой «Дистанцирование».

Таким образом, для опекающих близких, испытывающих трудности (беспокойство, тревога о безопасности больного, ощущение того, что никто кроме опекающего не сможет

позаботиться о больном должным образом) даже при временной сепарации с больным, характерными являются: усиление проявлений различных навязчивостей (как в когнитивной сфере, так и на поведенческом уровне); утяжеление депрессивных переживаний; полиморфность переживаемой симптоматики и увеличение глубины дистресса в ситуации болезни близкого. При этом наличие большей свободы в отношениях с близким, больным эпилепсией, отсутствие часто неосознаваемого стремления брать на себя всю ответственность за его благополучие и отгораживать его от отношений с другими людьми связано со снижением переживания страхов и навязчивостей, общей выраженности симптоматического дистресса у опекающих родственников.

Особое внимание следует обратить на отрицательную корреляционную связь показателя шкалы «Жертвенность» со шкалой «Межличностная сензитивность» (INT) при $p < 0,05$. По-видимому, чувство беспокойства и нежелание вступать в конфликтные отношения в процессе межличностного взаимодействия с больным компенсируется тенденцией опекающих родственников пренебрегать собственными потребностями ради удовлетворения потребностей больного. Такой способ совладания в межличностных ситуациях, связанных с необходимостью отстаивать свои интересы и отграничивать притязания других людей, хотя и представляется контрпродуктивным, однако, выполняет защитную функцию и снижает стрессовое напряжение в ситуации хронической болезни близкого.

Заключение. Выявленные взаимосвязи симбиотических тенденций с выраженностью психопатологической симптоматики у родственников пациентов с эпилепсией позволяют говорить о необходимости учета этих параметров при разработке специализированных мероприятий для данного контингента. В частности, пристального внимания специалистов требуют страх сепарации и снижение способности к регуляции близости и дистанции в отношениях с больным.

Литература

1. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер. 2001. 272 с.
2. Шишкова, А. М. Изменение межличностной дистанции как потенциально патологизирующая тенденция во взаимодействии родственников с больными аддикцией / А. М. Шишкова, В. В. Бочаров // Вопросы наркологии. – 2018. – № 5(165). – С. 117-120.

РАЗДЕЛ 6. ВОЗРАСТНАЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

ПРОБЛЕМА ОРГАНИЗАЦИИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК)

Калантарова М.В.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

² ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

kalantarovamv@mgppu.ru

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, острые нарушения мозгового кровообращения, инсульт.

THE PROBLEM OF ORGANIZING NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS IN THE DEPARTMENT FOR PATIENTS WITH STROKE

Kalantarova M.V.^{1,2}

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

² Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia

Keywords: neuropsychological diagnostics, stroke.

Согласно приказу Министерства Здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1740 н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга» в отделении для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) консультация медицинского психолога проводится всем пациентам. Рассмотрим важные аспекты работы медицинского психолога-нейропсихолога, работающего с пациентами с ОНМК. Во-первых, необходимо выявить пациентов, нуждающихся в ранней нейропсихологической реабилитации. В эту группу попадают пациенты с нарушениями познавательных и/или эмоционально-волевых процессов, обусловленных очаговым поражением головного мозга (ОПГМ), а также в случае, когда ОНМК послужило фактором декомпенсации и нарушений психических функций, сформированных в преморбидном периоде. В структуре нейрокогнитивного дефекта пациента важно выявить нарушения, не обусловленные настоящим ОПГМ (например, возрастные изменения когнитивных функций), т.к. они могут требовать иных подходов к их преодолению. Помимо этого, в помощи медицинского психолога заинтересованы пациенты с выраженной эмоциональной реакцией

на болезнь, а также те, у которых заболевание развилось на фоне острой стрессовой ситуации или тяжелого хронического стресса. К последним, в первую очередь, относятся пациенты в ситуации незавершенного или осложненного горевания. При наличии в стационаре клинико-психологической службы, такой пациент может быть перенаправлен к другому медицинскому психологу. Однако, не имея возможности маршрутизировать пациента, медицинский психолог-нейропсихолог должен сам продолжать с ним работу [5]. Во-вторых, важно оценить реакцию пациента на болезнь, определить степень его приверженности лечению. В-третьих, стоит задача определить уровень осведомленности пациентов в отношении своего заболевания, возможных осложнениях, об ограничениях, которое оно накладывает на повседневную активность, о предстоящей диагностике, вариантах исхода заболевания и реабилитационном прогнозе.

В отечественной нейропсихологической традиции процедура оценки психической деятельности занимает значительное время. Согласно существующим клиническим рекомендациям на первичную диагностику, с учетом сбора анамнеза и написания заключения, может отводиться до 5 часов рабочего времени. Таким образом, на один рабочий день нейропсихолога должно приходиться не более двух первичных консультаций (5-7 консультаций за рабочую неделю). Помимо первичной диагностики, в задачи медицинского психолога-нейропсихолога входит оценка динамики состояния психических функций и ранняя нейропсихологическая реабилитация пациентов. При этом средняя продолжительность занятия в рамках реабилитации составляет примерно 45 минут рабочего времени нейропсихолога [2]. В среднем, согласно Приказу №1740н на одного пациента в течении госпитализации должно приходиться бповторных консультаций медицинского психолога. При этом ставочный фонд согласно Приказу, рекомендовано распределять из расчета 1 медицинский психолог на 20 койко-мест. Учитывая высокую ротацию пациентов в отделении неотложной сосудистой неврологии, на медицинского психолога ложится значительная нагрузка, и проведение развернутого нейропсихологического исследования в отношении каждого пациента не представляется возможным.

Другая группа причин, препятствующих проведению комплексной нейропсихологической диагностики, относится к состоянию пациентов: угнетение уровня бодрствования, нарушение ориентировки во времени, месте и собственной личности, критически сниженный объем работоспособности, наличие выраженных сенсорных дефицитов (снижение слуха и зрения), нарушение движений ведущей руки, острая эмоциональная реакция на заболевание, отсутствие у пациента запроса на работу с психологом и др.

Таким образом, встает вопрос о необходимости оптимизации работы медицинского

психолога-нейропсихолога и разработки алгоритма рутинной диагностики в отделении неотложной сосудистой неврологии. На первом диагностическом этапе кажется вполне эффективным применять скрининговые шкалы. Для пациентов с угнетенным уровнем бодрствования оптимально использовать Шкалу восстановления после комы (Coma Recovery Scale – Revised (CRS-R)) и Шкалу «Стадии восстановления психической деятельности после длительной комы» по Т. А. Доброхотовой [4]. В отношении пациентов в ясном сознании наиболее распространенными, в первую очередь, по причине того, что они не требуют много времени для проведения, являются Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE) и Монреальская когнитивная шкала (Montreal Cognitive Assessment, MoCA). Оценка пациентов по этим шкалам позволяет судить об уровне когнитивного функционирования пациента, что упрощает задачу отбора пациентов, нуждающихся в ранней нейропсихологической реабилитации. Качественный анализ субтестов шкал позволяет построить диагностическую гипотезу для более полного обследования. Другое важное достоинство применения скрининговых шкал – выраженные в баллах результаты, понятные лечащим врачам.

Однако применение скрининговых шкал в клинике ОНМК не всегда доступно. Например, невозможно учитывать результаты по ряду субтестов у пациентов с выраженным сенсорным и/или моторным дефицитом из-за препятствий, связанных со строгостью процедуры предъявления стимулов и оценки результатов. Таким образом, результат выполнения субтестов всей шкалы не может быть учтён. В этой ситуации при необходимости количественной оценки состояния познавательных процессов можно использовать отдельные пробы из теста Векслера (Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)) или когнитивной субшкалы Шкалы оценки Альцгеймера (ADAS-cog+).

Свои ограничения для использования существуют и в отношении шкал для оценки настроения. Например, Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) включает такие утверждения, как «Мне кажется, что я стал все делать очень медленно», «Я не слежу за своей внешностью». Пациенты с ОНМК часто утрачивают автономность, становятся зависимы от окружающих в самых интимных сторонах своей жизни. В отношении этой когорты пациентов вопросы подобного рода не информативны. Более того, предлагать их незачем.

Таким образом, использование скрининговых шкал для оценки когнитивных функций и настроения не является универсальным инструментом диагностики в отделении для пациентов с ОНМК. Однако их применение имеет значение для оценки состояния пациентов в сниженном состоянии сознания и существенно облегчает задачу первичной диагностики в отношении пациентов в ясном сознании и без выраженного двигательного или сенсорного дефицита.

Для составления индивидуальной программы ранней нейропсихологической реабилитации необходимо проводить качественный анализ нарушений познавательной и эмоциональной сфер. Важно правильно построить клинико-психологическую беседу, что означает не просто установить доверительный контакт и собрать жалобы и анамнез, оценить эмоциональное состояние пациента, но и смоделировать ситуации для реализации разных форм высказывания (диалог, монолог) на темы разной частотности и вызывающие у пациента различный эмоциональный отклик. Методики необходимо подбирать с учетом объема работоспособности пациента, его сенсорных и двигательных возможностей. При этом важно, чтобы повторное предъявление стимулов, модификация инструкции, подсказки со стороны психолога не дискредитировали результаты обследования, а позволяли получить более полное представление о содержании и структуре дефекта.

В связи с высокой вариабельностью возможного плана обследования встает вопрос не столько о подборе батареи подходящих методик, сколько о выделении параметров оценки психической деятельности. Согласно классическим принципам восстановительного обучения, разработанным в школе Лурии-Цветковой, восстановление функции происходит путем её внутри и межсистемных перестроек. Работа над функциональной перестройкой начинается с усиления сохранных звеньев психической деятельности и на протяжении всего периода обучения опирается на интересы личности пациента. Т.е. квалификация дефекта и понимание потребностно-смысловой сферы пациента выступают обстоятельствами, определяющими весь ход дальнейшей работы [6]. Так как нейропсихологический фактор, нарушение которого лежит в основе формирования синдрома, в норме находится в системе сложных вертикальных и горизонтальных связей, в первую очередь необходимо определить, нарушения какого уровня организации психической деятельности (сенсо-моторный, семантический, уровень личностных смыслов) выходят на первый план, а какой из уровней остается наиболее сохранным. Во-вторых, выделить те психические процессы, нарушения которых в текущем периоде в наибольшей степени препятствуют повседневной активности пациента, а также выявить возможности компенсаторного потенциала пациента. В рамках повторной консультации помимо описанных выше задач важно оценить, насколько быстро и верно пациент узнаёт психолога, припоминает время, обстоятельства и содержание предыдущей консультации, помнит ли данные ранее рекомендации, удерживает ли мотив на дальнейшую работу с психологом.

В-третьих, большое ресурсное значение для построения эффективной программы восстановительного обучения имеет содержание запроса пациента на нейропсихологическую реабилитацию. Если такой запрос не сформирован, необходимо выявить причину этой несформированности. Она может быть обусловлена реакцией на заболевание (депрессия,

рентные установки), убеждениями, сложившимися до болезни, или обстоятельствами, с болезнью не связанными (уверенность в том, что возникшие трудности непреодолимы; наличие тяжелых фоновых переживаний), а также выступать собственной симптоматикой ОПГМ. Каждый вариант нарушения формирования запроса нуждается в своем подходе к коррекции [1, 3].

Таким образом, на этапе первичной нейропсихологической диагностики определяется необходимость ранней реабилитации пациента, возможности его компенсаторного потенциала и мотивы, на которые можно опираться в работе. Диагностическая гипотеза начинает строиться на этапе клиничко-психологической беседы. С учетом дефицита времени в ежедневной практике медицинского психолога в отделении для пациентов с ОНМК, беседу необходимо строить так, чтобы можно было оценить максимально широкий спектр параметров высказывания. Пациентам, не демонстрирующим выраженного сенсорного и моторного дефицита, можно предложить пройти скрининговое исследование, нормативные показатели по которому могут позволить не включать пациента в программу ранней реабилитации. Низкие результаты по когнитивным шкалам дают основания продолжить нейропсихологическое обследование, провести качественный анализ нарушений, составить программу ранней нейропсихологической реабилитации. Если выявленные нарушения познавательной или эмоционально-волевой сфер не обусловлены ОПГМ и не оказывают прямого воздействия на течение заболевания, пациенту могут быть даны общие рекомендации и проведена консультация по поводу возможных вариантов получения помощи в амбулаторных условиях.

Литература

1. Лысенко, Ю. С. Психологический запрос пациентов в отделении острых нарушений мозгового кровообращения скорпомощной больницы / Ю. С. Лысенко, М. В. Калантарова, Л. Б. Завалий // II Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Федора Ефимовича Василюка : Сборник материалов. Электронное издание, Москва, 05–07 ноября 2020 года. – Москва: Психологический институт Российской академии образования, 2020. – С. 170-172. – EDN FDQXOQ.
2. Диагностика нарушений праксиса и реабилитация больных с апраксией при повреждениях головного мозга. Клинические рекомендации. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом. Всероссийское общество неврологов. Союз реабилитологов России. Российское психологическое общество. М.: 2014.
3. Калантарова, М. В. Этические проблемы оказания психологической помощи пациентам отделения неотложной неврологии / М. В. Калантарова, Ю. С. Лысенко, Г. Р. Рамазанов // Психология третьего тысячелетия : Сборник материалов VIII Международной научно-практической конференции, посвященной 90-летию со дня рождения основателей кафедры психологии государственного университета "Дубна", В.П. Зинченко и В.М. Мунипова, Дубна, 19–20 апреля 2021 года / Под общей редакцией О.А. Гончарова, Б.Г. Мещерякова. – Дубна: Университет "Дубна", 2021. – С. 139-143. – EDN ROYHAJ.
4. Нейропсихологическая диагностика и нейропсихологическая реабилитация пациентов, находящихся в сниженных состояниях сознания. Клинические рекомендации. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом. Всероссийское общество неврологов. Союз реабилитологов России. Российское психологическое общество. М.: 2014.

5. Специфика работы психологической службы в условиях стационара скорой помощи / А. Б. Холмогорова, А. А. Рахманина, М. В. Калантарова, М. И. Суботич // Ананьевские чтения - 2021 : Материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 19–22 октября 2021 года / Под общей редакцией А.В. Шаболтас. Отв. ред. В.И. Прусаков. – Санкт-Петербург: ООО "Скифия-принт", 2021. – С. 145-146. – EDN UQECZV.
6. Цветкова Л.С., Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность: Учебное пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: 2004.

МУЗЫКАЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА РАБОТЫ НЕЙРОПСИХОЛОГА

Константинова И.С.

РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва, Россия

irekons@gmail.com

Ключевые слова: музыкальные занятия, нарушения развития, нейропсихологическая коррекция.

MUSIC LESSONS AS AN EFFECTIVE FORM OF WORK OF A NEUROPSYCHOLOGIST

Konstantinova I.S.

RCPU «Center for curative pedagogic», Moscow, Russia

irekons@gmail.com

Keywords: music lessons, developmental disorders, neuropsychological correction.

Введение. Детская нейропсихология – уже не новое направление, зарекомендовавшее себя в сфере помощи детям, имеющим относительно негрубые нарушения развития. Чаще всего клиентами нейропсихолога становятся школьники с трудностями обучения, а также дошкольники, развитие которых вызывает тревогу у родителей и педагогов детского сада. И в том, и в другом случае речь, как правило, не идет о каком-либо заболевании, и врач (невролог, психиатр) может оценить развитие ребенка как нормативное. Однако требования, которые предъявляет к ребенку система образования, оказываются невыполнимыми в силу специфики развития нервной системы и, как следствие, недостаточности формирования высших психических функций ребенка [1, 4].

Дети с тяжелыми нарушениями развития относительно недавно стали объектом внимания нейропсихолога [2]. И даже сейчас это скорее исключение, чем правило: ребенку с нарушением поведения, отсутствием речи или грубой недостаточностью формирования

произвольной регуляции деятельности скорее предложат занятия с дефектологом или специалистом по игровой терапии. Это связано, с одной стороны, с тем, что задания, традиционно применяемые нейропсихологом, оказываются слишком трудны для такого ребенка. С другой стороны, нередко ставится под сомнение, правомерно ли говорить о высших психических функциях по отношению к ребенку, развитие которого настолько сильно нарушено.

Однако участие нейропсихолога в команде специалистов, работающих с ребенком, позволяет применить даже в случае очень тяжелых нарушений тот же подход, который лежит в основе нейропсихологической диагностики и коррекции. Понимание же структуры развития и нарушений психических процессов дает основания для выстраивания программы коррекции в той форме, которая адекватна состоянию ребенка. Одной из таких форм может стать музыкальное занятие.

Материал и методы. Музыкальные занятия для детей с разными нарушениями проводятся автором в Центре лечебной педагогики с 2000 года. В зависимости от степени нарушений, готовности ребенка к диалогу, участию в стандартизированном обследовании применяются различные методы диагностики. В ряде случаев возможно полное или частичное нейропсихологическое обследование [1, 3]. Также применяется метод наблюдения за поведением ребенка, следящая диагностика [6]. Кроме того, информацию о возможностях и потребностях ребенка специалист получает из беседы с родителями, документации, которую они предоставляют в течение всего времени занятий. Вся полученная информация становится материалом для анализа, в основе которого лежит теория системной динамической локализации ВПФ и представления о трех функциональных блоках мозга [5]. Таким образом, специалист-нейропсихолог в первую очередь оценивает такие составляющие психических процессов, как регуляция уровня психического тонуса и бодрствования, операциональные и регуляторные составляющие восприятия, памяти, речи, мышления и праксиса, пространственно-временные представления. Если речь идет о ребенке с тяжелыми нарушениями развития, то целесообразно обратить внимание на самые низшие, базовые уровни строения ВПФ: в частности, уровень пространства собственного тела, возможности совершения элементарных целенаправленных действий и др.

Музыкальные занятия, в рамках которых осуществляется коррекционная работа, могут проводиться в групповой или индивидуальной форме, чаще всего они составляют 30 минут и проводятся 2 раза в неделю. Нередко целесообразным оказывается сочетание этих форм, и тогда ребенок один раз посещает групповое занятие, а второй раз занимается индивидуально. Срок занятий может варьировать от полугода до нескольких лет. В зависимости от потребностей того или иного ребенка выбирается наиболее адекватный стиль взаимодействия

между ребенком и специалистом. Так, одни занятия могут очень напоминать занятия, которые традиционно проводятся в коррекционных детских садах, а в других случаях приближаются к музыкально-терапевтическим сессиям. Кроме того, индивидуально подбирается музыкальный и игровой репертуар, музыкальные инструменты, которые предлагаются ребенку, в ряде случаев необходимо также подобрать специальное оборудование, при помощи которого ребенок получит возможность включиться во взаимодействие и принять участие в играх.

Результаты и их обсуждение. За прошедшие 22 года автором проведена работа с более, чем 100 детьми. Часть из них имели тяжелые множественные нарушения развития, в силу которых испытывают выраженные трудности участия в разных занятиях. Выбор такой формы, как индивидуальные музыкальные занятия, позволил им сделать первые шаги в установлении контакта с психологом, развитии базовых составляющих психических процессов. В других случаях сложно говорить о вкладе, который внесли в общую работу именно музыкальные занятия. Те позитивные изменения, которые наблюдали специалисты и родители, очевидно, стали результатом совместной работы. Однако участие нейропсихолога в междисциплинарной команде позволило сформировать системный взгляд на развитие ребенка.

Среди результатов, которых наиболее часто удается достичь на музыкальных занятиях с детьми, имеющими тяжелые множественные нарушения развития (ТМНР), необходимо отметить следующие:

- повышение психического тонуса ребенка и возможностей его регуляции, увеличение собственной активности (I функциональный блок мозга);
- продвижение в развитии пространственно-временных представлений, освоение пространства собственного тела, ближайшего пространства (II блок);
- расширение возможностей произвольной регуляции поведения, освоение простых действий с предметами (в т.ч. музыкальными инструментами), появление целенаправленных движений и действий, освоение простых последовательностей движений, появление возможности планировать свои действия (III блок).

В случае относительно негрубых нарушений развития динамика проявляется иначе и характеризует более высокие уровни функционирования. Так, можно отметить увеличение общей ловкости и тонкой моторики ребенка, ритмичности и плавности движений, увеличение речевой активности, преодоление некоторых недостатков речи (в частности, запинок). Нейропсихологическая диагностика в таких случаях также показывает изменения в строении психических процессов, преодоление тех или иных дефицитов.

Заключение. Таким образом, применение нейропсихологического анализа к состоянию ребенка и использование с ним музыкальных занятий дает основания, чтобы рассматривать

музыкальные занятия как специфическую форму нейропсихологической коррекции. В данной форме работа нейропсихолога может проводиться даже с детьми, имеющими очень тяжелые нарушения развития, в силу которых традиционная нейропсихологическая диагностика и коррекция была бы невозможной.

Литература

1. Ахутина Т.В. Методы нейропсихологического обследования детей 6-8 лет / Т.В. Ахутина, С.Ю. Игнатьева, М.Ю. Максименко и др. // Методы нейропсихологической диагностики: Хрестоматия / под ред. Е.Ю. Балашовой, М.С. Ковязиной. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: МОДЭК, 2009. – С. 271-288.
2. Виноградова А.Л. Развитие базовых познавательных функций с помощью адаптивно-игровых занятий / А.Л. Виноградова, И.С. Константинова, А.А. Цыганок // Лечебная педагогика: базовые подходы и практические рекомендации / сост. И.С. Константинова, М.С. Дименштейн. – М.: Теревинф, 2020. С. 274-327.
3. Глозман Ж.М. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте / Ж.М. Глозман, А.Ю. Потанина, А.Е. Соболева – СПб.: Питер, 2008. – 80 с.
4. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста: учебник для академического бакалавриата / Ж.М. Глозман – М.: Юрайт, 2017. – 258 с.
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия – СПб.: Питер, 2023. – 384 с.
6. Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Н.М. Пылаева, Т.В. Ахутина – М.: Академия, 2015. – 288 с.

ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ И КИНЕСТЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ САМОРЕГУЛЯЦИИ

Краснова А.Г., Каримулина Е.Г.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

krasnova.neuropsychy@gmail.com

karimulina@list.ru

Ключевые слова: саморегуляция, произвольность, младший школьный возраст, кинестетический праксис, нейропсихологический подход.

KINESTHETIC REPRESENTATIONS OF JUNIOR SCHOOLCHILDREN WITH DIFFERENT LEVEL OF SELF-REGULATION

Krasnova A.G., Karimulina E.G.

FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

krasnova.neuropsychy@gmail.com

karimulina@list.ru

Keywords: self-regulation, consciousness, primary school age, kinesthetic praxis, neuropsychological approach.

Введение. Согласно Б.Г. Ананьеву существует «многоэтажная иерархическая система» биорегуляции [1]. Ему принадлежит заслуга в изучении истоков саморегуляции у человека, которые он связал с формированием пространственных представлений в процессе онтогенеза. О связи схемы тела, кинестетического праксиса с самосознанием и саморегуляцией писала А.В. Семенович [6]. В дальнейшем в нейропсихологических исследованиях схема тела и кинестетика стали изучаться в отрыве от саморегуляции, самоконтроля и внимания. В коррекционной практике опора на речевую регуляцию является ведущей при трудностях формирования внимания и контроля [4]. Соматоперцепция — это построение образов, связанных с телом, в режиме реального времени [8]. Формирование представлений ребенка о схеме собственного тела формируется на кинестетической и зрительно-кинестетической основе. По мнению Н.Я. Семаго освоение внешнего оптомануального пространства невозможно без сформированности уровня пространства собственного тела. Самый первый уровень, на котором у ребенка закрепляются все позы и движения, — зрительный. При зрительном представлении движений объектом ментальной репрезентации являются визуальные образы, связанные с определенным движением [5]. Двигательный анализатор дает возможность «измерить» предмет, используя в качестве мерок части своего тела. Точность и действенность зрительного восприятия, сохранение зрительного образа в памяти определяют в конечном счете эффективность формирования навыков письма и чтения у учащихся. Следовательно, пространственные представления об окружающем мире формируются на основе представлений о собственном теле и развитии кинестетической памяти, памяти на позу тела и движения, которое оно совершало. Функциональная сформированность праксиса, в первую очередь кинестетического, и особенности стереогноза являются важными показателями нормального функционирования всех зон коры головного мозга 6-7-летних детей [2]. Прослеживается связь между произвольными движениями и эксплицитной формой их представления — в обоих случаях для реализации необходимо целенаправленное мысленное усилие движения [7]. Постановка целей и задач, способов их выполнения, формирование программы действий, оценка результатов — неперенные условия успешности любой деятельности, в том числе и школьного обучения. Дефекты сформированности компонентов произвольной саморегуляции приводят к трудностям двигательной регуляции и регуляции в целом, что сказывается на степени школьной успеваемости [3]. Цель работы состояла в исследовании особенностей зрительно-пространственно-кинестетических представлений у младших школьников с трудностями произвольной саморегуляции.

Материал и методы. Исследование сферы саморегуляции учеников опиралось на изучение уровня сформированности произвольности с помощью нейропсихологической пробы «Реакция выбора» из нейропсихологической батареи тестов, направленной на оценку

программирования и контроля произвольных действий, анализ возможности следования речевой инструкции, переключаемости между программами и контроль отторгивания непосредственных привычных реакций. Для оценки зрительного-пространственных представлений, включающих схему тела, использовались авторские задания, при которых детям предъявляются несколько изображений поз пальцев рук с разной ориентацией в пространстве и разной латеральностью: «Найди такую же руку» (позы рук одинаково ориентированы в пространстве) и «Найди лишнюю руку» (позы рук по-разному ориентированы в пространстве).

Результаты и их обсуждение. Было проведено пилотажное исследование особенностей развития зрительно-пространственно-кинестетических представлений у младших школьников с разным уровнем саморегуляции. Выборку составили 30 учеников 2 класса, среди которых 19 девочек и 11 мальчиков. Были получены данные по результатам исследования произвольной саморегуляции, в соответствии с которыми у детей отмечено несколько уровней выполнения заданий: слабый (8 чел), средний (8 чел) и сильный (14 чел).

Во 2 классе правильно выполнили все 10 заданий на поиск нужной руки 80%, 13% учеников допустили единичные ошибки, 7% не справились с заданием, допустив множественные ошибки. В пробе на поиск лишней руки лишь 7% выполнили полностью все задания, 10% - с единичной ошибкой, а 57% не справились с пробой, выполнив менее половины заданий. Имеются различия выполнения пробы детьми с разным уровнем саморегуляции. Высокий уровень выполнения заданий для пробы «Поиск нужной руки» продемонстрировали 86% детей с сильным уровнем саморегуляции. Дети сразу же приступали к выполнению задания, хорошо ориентировались в схеме собственного тела и легко соотносили ее со зрительным образцом. В группе детей со слабым уровнем саморегуляции справились с заданием 63%. В пробе на поиск лишней руки нет второклассников с высоким и низким уровнем саморегуляции, безошибочно выполнивших все задания, причем 50% детей с сильным уровнем саморегуляции и 75% детей со слабым уровнем саморегуляции не справились с заданием, выполнив менее половины заданий. Корреляционный анализ по Спирмену показал, что нет связи в качестве выполнения заданий между пробами на зрительно-кинестетические представления «Найди такую же руку» и «Найди лишнюю руку» ($p > 0,05$) как у детей с сильным, так и слабым уровнем саморегуляции. Получены данные о различии в выполнении этих проб: в соответствии с критерием Вилкоксона, проба «Найти такую же руку» выполняется детьми лучше, чем проба «Найди лишнюю руку» независимо от наличия у них трудностей с саморегуляцией ($W_{Эмп} < W_{кр}$; $p = 0,05$). Дети из группы с высокой саморегуляцией лучше справляются с заданием на зрительно-пространственное узнавание поз рук. Что касается характера ошибок при выполнении пробы праксиса позы, то, помимо

ошибок в выборе точного положения пальцев и их принадлежности к правой или левой руке, у отдельных детей встречались ошибки, связанные с трудностями определения пространственного расположения пальцев. Многие дети справлялись с пробами и выбирали верный вариант задания с применением самопомощи в виде реального воспроизведения праксиса поз. Так, прежде чем найти верную руку в задании или вычеркнуть «лишнюю» руку, они сначала повторяли своей рукой позу предъявляемого изображения.

Заключение или выводы. Нечеткость осознания схемы тела у школьников второго класса, недостаточная сформированность зрительно-пространственной ориентировки представлены по-разному в группах детей с высоким уровнем самоконтроля и с низким уровнем самоконтроля. Чем выше самоконтроль, тем больше вероятность, что данный тип заданий на правильное нахождение позы пальцев рук будут выполнены правильно. Характер ошибок при выполнении позных проб отражает не только топологические трудности и недостаточность представлений о пространственных координатах, но и кинестетическую составляющую праксиса, с помощью которой осуществляется «перешифровка» перцептивного кинестетического образа в визуальные схемы тела. Таким образом, предварительно была подтверждена гипотеза о том, что у детей с регуляторными трудностями имеются сложности в понимании зрительно-пространственных представлений на уровне восприятия схемы пальцев рук. В дальнейшем усилия в решении вопроса о роли пространственной организации движений, соматогнозиса и схемы тела в формировании саморегуляции будут направлены на расширение методической базы и дифференциацию детей с трудностями самоконтроля (СДВГ и норма).

Литература

1. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания — СПб.: Питер, 2001. — 288 с. — (Серия «Мастера психологии»).
2. Зияходжаева Л.У., Хамидова Н.А. Функциональная сформированность праксиса показатель нормального функционирования третичных зон коры головного мозга 6-7 летних детей // Вестник КазНМУ. 2015. №2.
3. Моросанова В. И., Боргоедова В. С. Диагностика саморегуляции поведения учащихся // Школьные технологии. 2012. №4.
4. Пылаева Н. М., Ахутина Т. В. Школа внимания. Методика развития и коррекции внимания у детей 5—7 лет: Методическое пособие.— М.: Теревинф, 2004.— 47 с.
5. Семаго Н. Я. Методика формирования пространственных представлений у детей дошкольного и младшего школьного возраста: практ. пособие/ Н.Я.Семаго. — М.: Айрис-пресс, 2007.— 112 с.— (Библиотека психолога образования).
6. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста: Учебное пособие. — М.: Генезис, 2005.
7. Gizzi L. et al. Somatosensory Integration in Human Movement: Perspectives for Neuromechanics, Modelling and Rehabilitation //Frontiers in Bioengineering and Biotechnology. – 2021. – Т. 9.
8. Longo M., Azañón E., Haggard P. More than skin deep: Body representation beyond primary somatosensory cortex // Neuropsychologia Volume 48, Issue 3, February 2010, Pages 655-668.

НАРУШЕНИЯ НЕПРОИЗВОЛЬНОГО ВНИМАНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ АНАЛИЗ ОТДЕЛЬНОГО СЛУЧАЯ

Морозова М.А.¹, Калантарова М.В.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

mari_morozova1811@mail.ru

² ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

Ключевые слова: непроизвольное внимание, особенности внимания у детей, легкая черепно-мозговая травма, подростковый возраст.

VIOLATIONS OF INVOLUNTARY ATTENTION CAUSED BY MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY. ANALYSIS OF A SINGLE CASE

Morozova M.A.¹, Kalantarova M.V.^{1,2}

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

mari_morozova1811@mail.ru

² ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Moscow, Russia

Keywords: involuntary attention, peculiarities of attention in children, mild traumatic brain injury, adolescence.

Введение. Легкая черепно-мозговая травма (ЛЧМТ) в детском возрасте является актуальной проблемой современной клинической психологии. Однако проблема влияния полученной ЛЧМТ первично или повторно на состояние высших психических функций (ВПФ) в детском и подростковом возрастах, в особенности на функции произвольного и непроизвольного внимания, недооценивается и является малоизученной. [1]

Анамнез. Девочка, 12 лет. Учится в 6 классе общеобразовательной школы. Проявляет интерес к изучению литературы и географии, а также к занятиям физической культурой. Испытывает трудности в изучении математики и русского языка. За выполненные работы в школе получает 3-4 балла. Со слов родителей и самого ребенка у невролога или психиатра не наблюдается. Повторно госпитализирована в ноябре 2022 года после вновь полученной травмы. Со слов родителей это 4 сотрясение головного мозга (СГМ). Между двумя госпитализациями в НИИ НДХиТ перенесла еще 2 ЛЧМТ, была госпитализирована в другие медицинские учреждения Москвы. Выписные эпикризы предоставлены не были. Впервые поступила в НИИ НДХиТ в апреле 2022 года в возрасте 11 лет. На момент травмы обучалась в пятом классе. Со слов ребенка и родителей все травмы были получены в школе.

Жалобы на нарушения памяти, снижение концентрации внимания (особенно на уроках). После последней травмы симптомы усилились. Со слов пациентки появился новый симптом - сложности произношения некоторых слов (получается правильно произнести слово после нескольких попыток).

Объективно. На момент поступления состояние средней тяжести, сознание не теряла. При неврологическом осмотре состояние удовлетворительное. Диагноз-«СГМ без открытой внутричерепной раны».

При первой госпитализации: состояние средней тяжести. Сознание не теряла. Отмечалась головная боль, тошнота и головокружение. Установлен диагноз: «СГМ без открытой внутричерепной раны». При неврологическом осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована правильно, психомоторное развитие соответствует возрасту.

Методы обследования. При каждой госпитализации в НИИ в остром периоде была проведена оценка познавательных процессов по единому плану:

1. Комплексное нейропсихологическое обследование по экспресс- методике Л.С. Цветковой. [3]

2. Батарея методик, направленных на оценку произвольного внимания: Таблицы Шульте, Тест Струпа, «Повторение цифр», «Шифровка», «Поиск символов». Важно отметить, что у методик «Шифровка» и «Поиск символов» на данном этапе нет русифицированной версии. Валидизацией данных методик занимаются на базе Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ) в отделении психолого-педагогической помощи.

3. Для оценки произвольного зрительного и слухового внимания была специально разработана процедура «случайного» краткосрочного предъявления карточки с двумя изображениями в самом начале проведения обследования и предъявления слухового (музыкального) стимула в середине обследования с последующей инструкцией в конце припомнить изображение и мелодию.[2]

Результаты. Эмоциональный фон при первом и повторном обследовании ровный, реакции адекватны процедуре обследования. Мотив экспертизы формируется, устойчив. Реакция на ошибку в начале обследования мобилизует усилия, в конце обследования на фоне истощения обесценивает ошибки. Латентное время ответа несколько увеличено. Трудностей вхождения в задания не наблюдается. На подсказку реагирует спокойно, использует её при дальнейшем ответе. При первой госпитализации на протяжении всей процедуры обследования пациентке доступна самокоррекция. При повторном обследовании попытки самостоятельно исправлять ошибки сохраняются, однако на фоне истощения появляются импульсивные ответы. В нейропсихологическом статусе на первый план выступают снижение нейродинамических

параметров деятельности и снижение управляющих функций. При первичной диагностике темп деятельности в процессе обследования снижается в связи с истощением. При первом обследовании пациентки общее время выполнения всей батареи методик составляло 48 минут без учета перерыва (в середине обследования, продолжительностью 5 минут). Состояние после обследования со слов пациентки не изменилось. При повторном обследовании общее время выполнения всей батареи методик составило 60 минут без учета перерывов. Количество перерывов по требованию увеличилось до трех (продолжительностью 3-5 минут). Несмотря на это, в конце обследования пациентка отметила ухудшение соматического состояния: усилилась головная боль, появились слабость и тошнота.

При оценке функций регуляции, программирования и контроля при первичной диагностике отмечаются легкие сложности удержания программ, движений и действий на фоне истощения. При первичной и повторной госпитализации в пробах на динамический праксис отмечаются единичные ошибки по типу трудностей удержания программы и нарушения плавности переключения с одного элемента на другой. При выполнении графической пробы («Заборчик») при повторной госпитализации была отмечена тенденция к макрографии. Также в картине когнитивного дефицита было выявлено негрубое снижение объема слухоречевой памяти при непосредственном и отсроченном воспроизведении.

Нарушений произвольного внимания выявлено не было. Показатели по всем методикам из батареи соответствуют возрастной норме в период первой и второй госпитализаций. В то время как качественный анализ параметров непроизвольного внимания в процессе нейропсихологической диагностики и результаты пробы «случайного» предъявления слухового и зрительного стимулов демонстрируют выраженное снижение объема, устойчивости и переключения внимания уже при первой госпитализации.

Резюме. В результате нейропсихологической диагностики после первого и четвертого СГМ у пациентки на первый план выступают снижение нейродинамических параметров деятельности и управляющих функций. Непроизвольное внимание оказывается нарушенным на фоне сохранного произвольного.

На фоне высокой распространённости ЛЧМТ в детском и подростковом возрастах отсутствие достаточных объективных данных о влиянии такой травмы на дальнейшее психическое развитие ребенка свидетельствует о недооцененности этой проблемы, так как непроизвольное внимание играет большую роль в поддержании оптимального уровня повседневной активности ребенка, в обеспечении параметров безопасности его поведения и особенно в учебной деятельности. Необходима разработка алгоритма наблюдения в динамике детей, перенесших ЛЧМТ, и принципов психолого-педагогического сопровождения их на этапе реабилитации.

Литература

1. Горина И. С., Горячева Т.Г., Ковтонюк С. В. Нарушения высших психических функций у подростков после черепно-мозговой травмы легкой степени тяжести // Национальный психологический журнал. – 2019. – Т. 4. – № 4(36). – С. 102-113.
2. Калантарова, М.В., Морозова, М.А. К вопросу о роли непроизвольного зрительного внимания в успешности выполнения таблиц Шульте детьми младшего школьного возраста // Научное издание. Сборник материалов Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 25-26 ноября 2021 г/под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. — М.: 2021. — С. 111-113.
3. Цветкова, Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд 4-е. исправленное и дополненное. - М. // Педагогическое общество России, 2002. - 96 с.

ОПЫТ ГРУППОВОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ 11-12 ЛЕТ С ПРИМЕНЕНИЕМ РИСУНОЧНЫХ ПРОБ

Николаева А.В.¹, Зверева Н.В.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

²ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

nwzvereva@mail.ru

Ключевые слова: нейропсихологическая групповая диагностика; младшие школьники; латеральное доминирование, пространственные представления.

EXPERIENCE OF GROUP NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF SPATIAL FUNCTIONS IN CHILDREN 11-12 YEARS OLD IN DRAWING

Nikolaeva A.V.¹, Zvereva N.V.^{1,2}

¹FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

²FSBI HE MHRC, Moscow, Russia

nwzvereva@mail.ru

Keywords: neuropsychological group diagnostics; younger students; lateral dominance, spatial representations.

Введение. Нейропсихологическая диагностика является тонким инструментом оценки психического развития ребенка. В школе психолог не всегда имеет достаточно времени для проведения индивидуальной полномасштабной нейропсихологической диагностики всех детей, однако разработаны групповые формы диагностики, которые могут помочь выявить детей, имеющих проблемы, что позволит далее проводить с ними прицельную коррекционно-развивающую работу. Известно, что роль пространственных представлений в процессе овладения ребенком навыками письма и чтения чрезвычайно велика. Пока недостаточно

работ, в которых учитывается уровень развития пространственных навыков и особенности латерального доминирования для оценки гармоничности развития младших школьников, хотя связь моторики и зрительного восприятия в формировании разных аспектов психической деятельности изучается давно [2]. Дополнительно важным представляется изучение особенностей пространственных представлений у детей 11-12 лет с несоответствием перцептивного и моторного доминирования. В данной работе использована методика Т.В. Ахутиной [1], которая позволяет увидеть уровень развития пространственных представлений в той их части, которая связана с разными формами рисования (срисовывание, произвольный рисунок, рисунок по образцу и по заданию и т.п.).

Цель исследования. Исследование уровня пространственных представлений у младших школьников обоего полов с учетом латерального доминирования (мануального и перцептивного) с помощью групповой формы диагностики.

Материалы и методы. Испытуемые – ученики 5 классов одной из московских общеобразовательных школ, в количестве 90 человек (35 мальчиков и 55 девочек) в возрасте от 11 до 12 лет. Родители детей давали информированное согласие на проведение психолого-педагогического сопровождения. Методика – комплекс Т.В. Ахутиной для проведения групповой нейропсихологической диагностики (пробы на пространственный праксис и графические пробы наряду с оценкой гнозиса) и опросник М. Аннет и пробы А.Р. Лурии на латеральные предпочтения в моторной и перцептивной сферах. В таблице 1 представлено распределение по соответствию/несоответствию моторного (ведущая рука) и перцептивного (зрение) доминирования в исследуемой выборке.

Таблица 1.

Количество (%) мальчиков и девочек с одинаковым или разным латеральным доминированием в моторной и зрительной сферах

Группа	Мальчики	Девочки	Всего
Соответствие латерального доминирования моторной и зрительной сфере	31(82%)	32(62%)	63 (70%)
Несоответствие латерального доминирования моторной и зрительной сфере	7 (18%)	20 (38%)	27 (30%)
Всего	38	52	90

Использовались методики срисовывания и рисования, это определило акценты при оценке латерального доминирования, оценивалось несоответствие моторного и зрительного доминирования. Методика проводилась в групповой форме в течение урока, однако некоторые

из детей не полностью справились с заданиями, поэтому количество детей, выполнивших разные пробы, не всегда совпадает. В этом один из недостатков коллективной формы проведения.

Результаты и обсуждение. Исследовалась группа практической нормы, все дети обучались по основной общеобразовательной программе, поэтому проявления выраженного отставания или проблем с пространственными характеристиками в графической деятельности не ожидалось. Тем не менее, опыт работы в школе показывает, что дети, у которых имеется несоответствие моторного и перцептивного (прежде всего, по зрению) доминирования, могут испытывать определенные трудности или характеризоваться особенностями в познавательной деятельности (темповые характеристики прежде всего). Таких детей в исследованной выборке оказалось немного (всего 27 из 90). Поэтому в данном сообщении будем опираться на индивидуальные особенности детей (латеральное доминирование, пол) и подробнее остановимся на специфике применения групповой формы нейропсихологической диагностики. Рассмотрим результаты, полученные при выполнении пробы «рисунок стола» при срисовывании и рисовании по памяти.

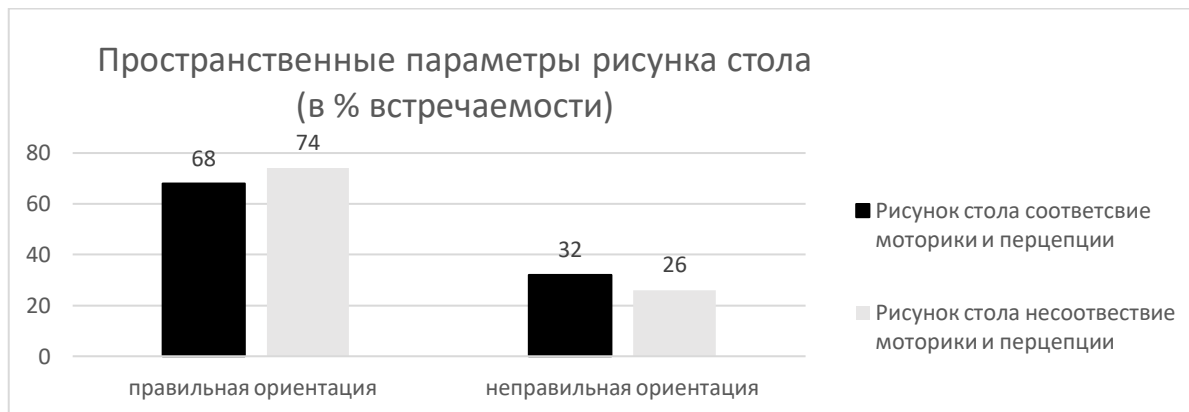


Рисунок 1. Процент ошибок в пространственной ориентации рисунка стола у детей с разными вариантами моторного и перцептивного доминирования

Как видно из рисунка, нет отличий между детьми с разными вариантами соотношения перцептивного моторного доминирования в отображении пространственных параметров стола на рисунке. Аналогичные результаты были получены по другим пробам. Учитывая то, что в работе исследовали только одну возрастную группу и только в графической деятельности произвольного рисования воображаемого предмета и срисовывания этого предмета с образца, можно полагать, что наблюдаемые в практике различия между детьми с разными вариантами компонентов профиля латерального доминирования, должны быть исследованы с помощью других проб (другие методы оценки, иные пробы, оценка времени выполнения заданий и т.п.). Кроме того, важно, что дети к 11 годам могли пройти период выраженных различий, обусловленных спецификой становления латерального

доминирования, и успели адаптироваться. Отметим, что по большинству показателей девочки практически во всех пробах демонстрируют более высокий уровень сформированности пространственных представлений, чем мальчики, независимо от профиля латерального доминирования. Полученные результаты требуют подтверждения при расширении возрастного состава выборки и уравнивания количества мальчиков и девочек, а также испытуемых с разными вариантами моторного и перцептивного доминирования.

Анализ корреляционных связей позволил выделить в примененном наборе методик те, на которые необходимо ориентироваться при оценке нейропсихологического развития детей. Обнаружены значимые (на уровне от 0,05 до 0,01) корреляционные связи среднего уровня. Качество выполнения рисуночных проб на изображение стола оказалось достоверно связано с показателями становления пространственных функций (пробы на пространственный праксис и другие графические пробы), также была обнаружена средняя корреляция показателей выполнения рисуночных проб с показателями латерального доминирования. Достоверно значимая связь обнаружена между соответствием перцептивного и моторного доминирования и передачей перспективы при выполнении срисовывания дома и забора.

Резюме. Таким образом, групповая форма нейропсихологической диагностики пространственных функций с использованием рисуночных заданий оказалась релевантной поставленной задаче выявления как сформированных, так и недостаточных, дефицитарных составляющих пространственного фактора у младших школьников в препубертате. Выявлено, что девочки имеют лучшие показатели сформированности пространственных представлений, чем мальчики. Обнаружена связь между соответствием перцептивного и моторного доминирования и передачей перспективы при выполнении срисовывания образца. Полученные на нормотипичной выборке результаты следует сопоставлять с данными в разных клинических выборках, так как в исследованиях были получены важные материалы о развитии пространственных представлений в случае дизонтогенетического развития [3].

Литература

1. Ахутина, Т.В., Камардина И.О., Пылаева Н.М. Нейропсихолог в школе / Групповая диагностика. – Москва: В. Секачев, 2018. – 57с
2. Зинченко, В. П. Роль моторных компонентов в процессах восприятия в кн: / Образ и деятельность. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – С. 131-195.
3. Иванов М.В. Пространственные представления при нормативном и нарушенном развитии //Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского, 2012. – С. 1245-1249.

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ЗАДЕРЖАННОГО ТЕМПА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Новикова Г.Р.

ФГБУ НМИЦПН им. в. П. Сербского, Москва, Россия

gr_novikova@mail.ru

Ключевые слова: психический инфантилизм, нейропсихологический метод, задержанный темп психического развития.

**CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DELAYED MENTAL
DEVELOPMENT**

Novikova G.R.

FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

gr_novikova@mail.ru

Keywords: emotional and volitional immaturity, neuropsychological assessment, developmental delay.

Введение. В практике экспертной оценки форм психического дизонтогенеза сохраняют актуальность вопросы дифференциальной диагностики сходных клинических проявлений в континууме между нормальным и аномальным онтогенезом при анализе легких форм задержанного психического развития (ЗПР). Клинико-психологическое определение понятия «задержка психического развития» традиционно распространяется на «слабовыраженные отклонения в психическом развитии», «легкие нарушения, имеющие характер дисфункций и легких повреждений», отличающиеся соотношением инфантилизма и недостаточностью познавательной деятельности. Согласно Письму Министерства образования и науки Российской Федерации "О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий" (от 23.05.2016, № ВК-1047/07) оценка ЗПР специалистами психолого-педагогического профиля основывается на сопоставлении результатов диагностики с возрастными нормативами [1]. Однако следует отметить, что толкование вариантов ЗПР по степени отклонения реального уровня развития ребенка от возрастных стандартов ограничивают возможность сопоставления психолого-педагогических показателей отставания в психическом развитии с клиническими формами ЗПР. Это происходит в силу гетерохронии созревания и парциальности нарушения психических процессов. Определяя место и роль экспериментально-психологических исследований в изучении природы

психических расстройств, Ю.Ф. Поляков отмечал необходимость «выявления тех общих звеньев, компонентов в структуре различных процессов, с изменением которых может быть связано нарушенное протекание самой психической деятельности» [2, С. 4-5]. Это требует, по его мнению, одновременного изучения широкого круга процессов на базе комплекса экспериментально-психологических методик. Такой подход успешно реализуется при нейропсихологическом анализе состояний сформированности высших психических функций (ВПФ).

Материал и методы исследования. В исследовании приняло участие 59 учащихся начальной школы в возрасте 7 лет (7 лет – 7 лет 10 мес.). Основную (экспериментальную) группу составили 34 ребенка с ЗПР (20 мальчиков, 14 девочек), подтвержденной психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК). В группу сравнения (контрольную) вошли сверстники с нормальным развитием – 25 человек (15 мальчиков, 10 девочек). Дети экспериментальной группы были распределены на основании ведущего психопатологического симптомокомплекса в клинической картине дизонтогенетического расстройства: личностная незрелость с волевой и эмоциональной неустойчивостью и/или парциальной несформированности когнитивных функций. Все дети проходили обследование в индивидуальном порядке при наличии информированного согласия на участие в исследовании, подписанного родителями/законными представителями. Методы исследования включали клинико-психологическую беседу, нейропсихологический метод и статистическую обработку данных. В настоящей работе применялась схема нейропсихологического исследования, предложенная А.Р. Лурия и модифицированная И.Ф. Марковской для детей. Было использовано 20 заданий, направленных на различные стороны праксиса, когнитивной сферы и речи.

Результаты и их обсуждение. По данным нейропсихологического исследования особенности состояния высших психических функций (ВПФ) при личностной незрелости с волевой и эмоциональной неустойчивостью и/или парциальной несформированности когнитивных функций проявляются: а) в виде недостаточной интериоризации структурно сложившихся функциональных систем, б) в виде снижения произвольной регуляции деятельности на этапе реализации усвоенных программ в зависимости от сложности компонентного состава ВПФ. Отклонения носят функционально обратимый характер и могут быть скорректированы в процессе эксперимента с помощью психолога. В первой группе преимущественно страдает консолидация отдельных сенсорных и моторных элементов в единые автоматизированные динамические системы, включая и сенсомоторные компоненты речи (предметный зрительный и акустический гнозис, слухомоторные координации, кинетико-кинестетические компоненты речи, фонематический слух, произвольное запоминание ряда слов, понимание простых

логики-грамматических конструкций, навыки чтения коротких текстов, написание немногосложных слов и коротких фраз, представления о составе числа, счетные операции в пределах первого десятка). Задания, направленные на исследование этих функций, дети выполняют правильно, но в медленном темпе, прибегают к речевому опосредованию процесса планирования собственных действий. Они самостоятельно контролируют и корректируют ошибки, при затруднениях активно используют опосредующие деятельность приемы. Вторую группу составляют более сложные ВПФ (по критериям произвольности, включенности интеллектуальных действий), при осуществлении которых у детей снижаются устойчивость регулирующей роли программ, самостоятельный контроль и коррекция ошибок: кинетико-кинестетические компоненты целостного двигательного акта, двигательные программы, предполагающие перешифровку зрительно воспринимаемого образца (условные двигательные реакции, оптико-пространственный и конструктивный праксис), наглядное мышление, понимание инвертированных флективных и сравнительных логики-грамматических конструкций, пересказ текста, составление рассказа по сюжетной картинке, письмо и чтение слов сложного слогового состава, счет с переходом через десяток, решение арифметических задач.

Таким образом, нейропсихологический профиль ЗПР характеризуется вариативностью в проявлении состояний сформированности ВПФ. Структурно-динамические отклонения связаны с замедлением темпа становления возрастной динамики нормального онтогенеза в виде нарушения процесса перехода к более сложным функциональным системам. Нейропсихологический профиль характеризует следующий набор диагностически значимых признаков: полнота состава звеньев функциональных систем (регуляторные, модально-специфические, нейродинамические компоненты); замедление процессов интериоризации и формирования внутренних умственных действий вследствие дезавтоматизации элементов ориентировочной основы; ослабление регулирующей роли программы при повышении уровня произвольности и включенности интеллектуальных действий в структуру ВПФ.

Заключение. Для того, чтобы вооружить практику и ориентировать конкретные исследования психических расстройств, необходимо прежде всего располагать знанием общих закономерностей нарушения структуры и развития психических процессов, – подчеркивал Ю.Ф. Поляков [3]. Реализованный нами подход к анализу ЗПР позволил выделить в рамках общего континуума состояний сформированности ВПФ механизм замедления темпа становления возрастной динамики нормального онтогенеза у детей в возрасте 7 лет. Его характеризуют структурно-динамические особенности, составляющие реабилитационного потенциала и связь с психопатологическим своеобразием клинической картины. Полученные результаты позволяют исследовать взаимосвязи между дизонтогенетическими проявлениями,

психическим расстройством и нейропсихологическими особенностями формирования ВПФ, что способствует интегрированию клинико-психологических, психолого-педагогических и психопатологических диагностических выводов при производстве экспертной оценки обратимых форм психической ретардации.

Литература

1. О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий: письмо Минобрнауки России от 23.05.2016, № ВК-1047/07. URL: https://rulaws.ru/acts/Pismo-Minobrnauki-Rossii-ot-23.05.2016-N-VK-1074_07/ (дата обращения: 14.02.2023).
2. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении [Текст] / Акад. мед. наук СССР. – Москва: Медицина, 1974. – 168 с.
3. Поляков Ю.Ф. Теоретико-методологические проблемы патопсихологии // Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: SvR-Аргус, 1995. – С. 9-26.

ДИНАМИКА ПРОСТРАНСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ В ХОДЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И АТИПИЧНЫМ АУТИЗМОМ

Пенцак Ю.Ю., Хромов А.И.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

uliakupts@yandex.ru

hromovai@mgppu.ru

Ключевые слова: детская нейропсихология; пространственное восприятие; младшие школьники; атипичный аутизм; задержка психического развития.

DYNAMICS OF SPATIAL PERCEPTION DURING NEUROPSYCHOLOGICAL CORRECTION IN YOUNGER SCHOOLCHILDREN WITH IMPAIRED MENTAL FUNCTION AND ATYPICAL AUTISM

Pentsak Y.Y., Khromov A.I.

FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

uliakupts@yandex.ru

hromovai@mgppu.ru

Keywords: children's neuropsychology; spatial perception; younger schoolchildren; atypical autism; mental retardation.

Введение. Нейропсихологический подход к коррекции в детском возрасте, разработанный в рамках культурно-исторической психологии, в последние 10-15 лет получил широкое распространение, активно развивается и внедряется в практику работы нейропсихологов с

детьми с ОВЗ [3]. Однако динамика различных психических процессов в ходе коррекции у детей с разными типами дизонтогенеза изучена недостаточно [2, 4].

Цель настоящего исследования – изучить динамику пространственного восприятия младших школьников с атипичным аутизмом (далее – РАС) и задержкой психического развития (далее – ЗПР) в процессе нейропсихологической коррекции.

В исследовании мы предположили, что в зависимости от типа психического дизонтогенеза ребенка в ходе нейропсихологической коррекции будет наблюдаться изменение в соотношении уровня сформированности параметров пространственного восприятия.

Материалы и методы. На базе центра реабилитации «Наш солнечный мир» (г. Москва) были сформированы две клинические группы: 1) группа детей с *задержкой психического развития*, обучающихся по адаптированной основной общеобразовательной программе 7.1 на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии; 2) группа детей с *атипичным аутизмом*, имеющих в анамнезе диагноз F-84.12 Атипичный аутизм без умственной отсталости (МКБ-10). Контрольная группа (далее – Норма) представлена учащимися ГБОУ Школа №1862 (г. Москва), успешно осваивающими ускоренную общеобразовательную школьную программу, и не имеющими выставленных психиатрических диагнозов. Данные по выборкам обобщенно представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Половозрастная характеристика выборки

Выборки	Объем			Возраст, годы ¹	
	всего	мальчики	девочки	средний	станд. откл.
ЗПР	16	9	7	8,3	0,48
РАС	17	12	5	8,3	0,47
Норма	16	8	8	8,2	0,44

¹ Приведен возраст детей на момент первичной диагностики.

Исследовались следующие сферы: соматогнозис с помощью пробы «Показ частей тела» и пробы на тактильный гнозис; пространственный праксис с помощью методик «Пробы Хэда»; оптико-пространственная память с помощью методики «Невербализуемые фигуры»; метрические, структурно-топологические, координатные представления, а также стратегия восприятия пространства с помощью методики «Копирование комплексной фигуры Тейлора»; проекционные представления с помощью методики «Копирование рисунка дома»; квазипространственное восприятие с помощью проб на понимание сложных логико-грамматических конструкций; произвольная регуляция с помощью пробы «Реакция выбора».

При количественном анализе результатов выполнения вышеперечисленных проб мы опирались на критерии оценки, предложенные Ж.М. Глоzman [1].

Динамика исследуемых параметров пространственного восприятия в ходе нейропсихологической коррекции оценивалась по трём срезам: 1) первичный, 2) промежуточный (спустя три месяца) и 3) заключительный (спустя шесть месяцев после занятий), которые далее будут обозначаться цифрами 1, 2 и 3, соответственно.

Для оценки динамики – значимости изменений параметров между тремя срезами, – использовался критерий Фридмана. Для оценки значимости различий между группами использовался апостериорный критерий различий Бонферрони. Компьютерная обработка результатов проводилась в программах Excel и IBM SPSS Statistics 23.

Результаты и их обсуждение. Результаты множественных сравнений динамики изменения исследуемых параметров по трем срезам представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Средние значения параметров пространственного восприятия в трех группах

Параметр	Группа		
	РАС	ЗПР	Норма
Соматогнозис 1	*	*	
	1,9	2,1	2,7
Соматогнозис 2	2,0	2,5	2,7
Соматогнозис 3	2,2	2,8	2,8
Оптико-пространственная память 1	*	*	2,6
Оптико-пространственная память 2	2,4	1,5	2,6
Оптико-пространственная память 3	2,8	2,3	2,7
	2,9	2,8	
Пространственный праксис 1	*	*	*
Пространственный праксис 2	1,9	1,1	2,3
Пространственный праксис 3	2,2	2,0	2,4
	2,4	2,9	2,6
Структурно-топологические 1	2,4	*	3
Структурно-топологические 2	2,4	2,0	3
Структурно-топологические 3	2,5	2,6	3
		2,9	
Метрические представления 1	*	*	2,7
Метрические представления 2	1,9	1,4	2,7
Метрические представления 3	2,3	2,0	2,7
	2,3	2,5	

Координатные представления 1		*	
Координатные представления 2	2,6	1,7	3
Координатные представления 3	2,6	2,1	3
	2,7	2,7	3
Проекционные представления 1	*	*	*
Проекционные представления 2	0,7	1,2	2,1
Проекционные представления 3	1,0	1,2	2,1
	1,1	1,5	2,3
Квазипространственные представления 1	*	*	*
Квазипространственные представления 2	1,9	1,6	2,7
Квазипространственные представления 3	2,1	2,1	2,8
	2,4	2,5	2,8
Произвольная регуляция 1	*	*	*
Произвольная регуляция 2	1,3	1,6	2,5
Произвольная регуляция 3	1,7	2,3	2,7
	1,7	2,4	2,9

* Различия между тремя срезами по критерию Фридмана значимы на уровне $p < 0,05$.

Как видно из таблицы 2, некоторые параметры остаются стабильными, а другие значительно улучшаются, но в разной степени и в разном соотношении в каждой из исследуемых групп.

У детей группы ЗПР в ходе коррекции наблюдается положительная динамика всех исследуемых параметров. Возможно, динамика по параметрам пространственный праксис, проекционные и квазипространственные представления отчасти обусловлена возрастом. Однако, наблюдается внутригрупповая динамика в ходе коррекции. Например, пространственный праксис на входе находится на более низком уровне, чем у детей группы нормы, наблюдаются значимые различия ($p < 0,001$). К концу коррекционных занятий этот параметр не имеет значимых различий с нормой ($p = 0,78$).

У детей группы РАС также наблюдается положительная динамика практически по всем параметрам. Имеются наименее подверженные коррекционному воздействию параметры (структурно-топологические и координатные представления). В первичном срезе наблюдается диссоциация в развитии пространственных функций – отставание по всем параметрам от группы нормы, за исключением оптико-пространственной памяти и пространственного праксиса. Заключительный срез показывает, что после коррекции показатели группы РАС приближаются к группе нормы и уже не имеют значимых межгрупповых различий по трем параметрам (пространственный праксис, координатные представления, оптико-пространственная память).

В группе нормы наблюдаемая динамика, обусловленная возрастом, по параметрам пространственный праксис, проекционные и квазипространственные представления, произвольная регуляция. Возможно, данные процессы относятся к наиболее поздно формирующимся в онтогенезе и продолжают своё естественное развитие. Остальные параметры уже сформированы и не претерпевают существенных изменений.

Результаты качественного анализа допущенных ошибок позволяют предположить, что стратегия восприятия и структурно-топологические представления, которые трудно корректируемы у детей группы РАС, имеют единые патогенетические механизмы нарушения и являются характерными для детей с атипичным аутизмом.

Наличие динамики по параметрам пространственного восприятия во всех исследуемых группах дает основания предполагать вклад возрастного фактора, а не только коррекции. Данное предположение требует дополнительной проверки с включением еще двух клинических групп, с которыми коррекция не проводилась.

Выводы. Динамика показателей пространственного восприятия в ходе нейропсихологической коррекции различается при разных типах психического дизонтогенеза. Дети с задержанным типом психического дизонтогенеза демонстрируют положительную динамику по всем исследуемым параметрам. У детей с искаженным типом психического дизонтогенеза, имеющих диагноз РАС, динамика параметров пространственного восприятия под влиянием коррекции неравномерна: при общем улучшении, некоторые параметры практически не улучшаются.

Литература

1. Глозман Ж. М. Нейропсихологическое обследование. Качественная и количественная оценка данных. Учебное пособие / Ж. М. Глозман. – Саратов: Электронно-библиотечная система IPRbooks, 2013. – 263 с. – EDN RBAPTR.
2. Гущин Ю. В. Нейропсихологическое изучение аномального развития: обзор исследований // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна». 2009. № 4. <http://www.psyanima.ru>.
3. Корябина Г. В. Методы нейропсихологической коррекции нарушений развития детей / Г. В. Корябина, Е. Г. Шевырева // Мир педагогики и психологии. – 2019. – № 3(32). – С. 133-137. – EDN AIMRRF.
4. Рубчяня С. Л. Проблема теоретико-методологического подхода к коррекционной помощи лицам с расстройствами аутистического спектра // Обучение и воспитание: методики и практика. 2016. №28.

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕННЫХ ИНТЕРВАЛОВ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Петухова Н.А., Шалина О.С.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

shalinaya@yandex.ru

Ключевые слова: восприятие времени, восприятие временных интервалов, психодиагностика, формирующий эксперимент, младший школьный возраст.

METHODS OF TIME INTERVALS PERCEPTION DIAGNOSTICS IN PRIMARY SCHOOL AGE

Petukhova N.A., Shalina O.S.

FSBI HE A.I. Evdokimov MSMDU, Moscow, Russia

shalinaya@yandex.ru

Keywords: time perception, perception of time intervals, psychodiagnostics, formative experiment, primary school age.

Введение. Время является универсальной и фундаментальной категорией устройства окружающего мира. Окружающая среда богата различной информацией о течении времени и о временных промежутках. Развитие знаний и восприятия времени у детей – это длительный и сложный процесс. В онтогенезе ребёнок последовательно усваивает различные временные эталоны и постепенно обучается применять эти эталоны для исследования различных объектов и оценки их свойств в процессе деятельности. Способности к распознаванию и измерению временных интервалов позволяют ребёнку обобщить и организовать субъективный опыт в его сознании [5]. Восприятие временных интервалов как высшая психическая функция является компонентом метапредметных регулятивных компетенций и базисом для формирования процессов планирования, регуляции и контроля деятельности [4]. Таким образом, сформированность восприятия временных интервалов позволяет ребёнку более успешно овладеть предметными и универсальными компетенциями [2]. В младшем школьном возрасте продолжается формирование восприятия временных интервалов: развивается опосредствование этой психической функции, становление с учётом новых возможностей произвольности и абстрактного мышления. Однако отсутствие методически корректного инструментария психологической диагностики особенностей восприятия временных интервалов до сих пор ограничивает исследования в этой области. В связи с этим предлагается к обсуждению методика диагностики восприятия временных интервалов младшими школьниками, учитывающая различные компоненты этой психической функции и особенности детского возраста.

Материалы и методы. При проведении исследования был спроектирован и реализован формирующий эксперимент «Расположи по порядку». Концептуально эта методика направлена на оценку уровня сформированности представлений о длительности временных

интервалов, а также представлений о взаимосвязях и последовательности различных временных промежутков у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста, обладающих навыком чтения. Как формирующий эксперимент, «Расположи по порядку» позволяет не только зафиксировать текущий уровень развития восприятия временных интервалов, но и процесс развития этой перцепции в процессе совместной деятельности экспериментатора и испытуемого [3]. Стимульный материал для методики включает в себя набор карточек с названиями временных интервалов: секунда, минута, 60 секунд, час, 60 минут, сутки, 24 часа, неделя, 7 дней, месяц, год, 12 месяцев, век, столетие, тысячелетие. Помимо стандартных названий временных промежутков набор карточек включает термины, обозначающие более сложные временные отношения: момент, ночь, осень, квартал. Также в набор входят карточки с терминами, которые не относятся к категории понятий, описывающих временные интервалы: солнце, холод, дождь, листопад, тысяча, заря. Эти карточки являются «помехами» и позволяют уточнить, способен ли ребёнок отличить понятия о времени от семантически близких понятий. Ещё одним «провокационным» фактором воздействия на испытуемого в методике «Расположи по порядку» является вариативность длины самих карточек. Вариативность длины стимульного материала позволяет выявить, на что опирается ребёнок, когда предполагает, что один временной промежуток длиннее, чем другой – на абстрактные представления о длительности времени, или же на визуальные особенности стимульного материала. Методика «Расположи по порядку» проводится в три этапа, которые соответствуют этапам классического формирующего эксперимента.

На первом этапе исследователь показывает испытуемому по одной карточке из набора и спрашивает, является ли написанное на карточке слово знакомым ребёнку. На этом этапе осуществляется оценка текущего уровня сформированности временных эталонов у испытуемого. Исследователь определяет, способен ли ребёнок отличить термины, связанные со временем, от семантически близких понятий; способен ли он описать соотношение продолжительности указанных временных промежутков; возможно ли установление ассоциаций с субъективными переживаниями и предшествовавшим опытом при оценке указанных временных интервалов. На данном этапе предлагается фиксированная инструкция: «У меня есть карточки, на которых написаны разные слова. Эти слова означают названия временных промежутков. Давай прочитаем все названия. Тебе все из них знакомы?».

Далее, на втором этапе, исследователь помогает ребёнку сформировать представления о соотношении временных понятий. Для этого экспериментатор подробно описывает значение каждого термина, указанного на карточках; при этом исследователь задействует опору на смежные психические процессы:

- Наглядно-действенное мышление («Секунда – это совсем небольшой временной промежуток. Хлопни в ладоши. Один хлопок – и секунда прошла»).

- Наглядно-образное мышление («Смотри, я нарисовал большой круг. А внутри него – много маленьких точек. Большой круг – эта минута, а все точки внутри него – это секунды. Видишь, насколько секунда меньше одной минуты? И посмотри, в круг поместилось 60 точек. Так же и в одну минуту помещается 60 секунд»).

- Эмоционально-заряженные переживания («Чем заканчивается каждый год? Правильно, в конце каждого года есть праздник, Новый год. Этот праздник помогает нам узнать, как долго шёл год, как долго длились 12 месяцев, которые его составляют»).

- Восприятие пространства («Сейчас мы с тобой нарисуем линию. Эта линия – один день, сутки. Сутки включают 24 часа: разделим эту линию на 24 кусочка»).

На третьем этапе исследователь проверяет, изменились ли представления о временных эталонах у испытуемого. Этот этап состоит из двух проб. Инструкции к каждой из них фиксированные. Первая проба основана на процедуре сравнения. Экспериментатор предлагает испытуемому сравнить длительность двух временных промежутков: он показывает испытуемому две карточки и спрашивает, какой промежуток времени является более продолжительным. Инструкция: «Сравни, пожалуйста, эти понятия: какой промежуток времени короче, а какой длиннее?». Последовательно предлагают пары временных промежутков для сопоставления:

1. Минута-век;
2. Час-60 минут;
3. Неделя-7 дней;
4. Секунда-сутки;
5. Столетие-тысячелетие;
6. Век-тысячелетие;
7. 24 часа-7 дней;
8. Месяц-год;
9. Час-сутки;
10. Секунда-неделя;
11. Столетие-тысячелетие;
12. 60 минут-12 месяцев;
13. Месяц-год;
14. Минута-60 минут;
15. Год-век;
16. Секунда-сутки.

Первая пара чувствительна к ситуации, когда ребёнок сопоставляет не длительность временных интервалов как абстрактных понятий, а сравнивает карточки по их размеру. Если после уточнения окажется, что ребёнок сравнил размер карточек, следует вернуться к предыдущему этапу проведения методики. Пары 2, 3, 7 и 12 направлены на выявление ситуаций, когда ребёнок освоил абстрактные представления о длительности временных промежутков, но недостаточно ознакомился с соотношением продолжительности различных отрезков времени. Некоторые пары понятий (11, 13, 16) предлагаются испытуемому повторно. Это позволяет выявить ситуации, когда испытуемый даёт ответы «наугад», не пытаясь на самом деле установить соотношение длительности временных промежутков.

После проведения первой пробы испытуемый осуществляет процедуру ранжирования – то есть, располагает карточки с названиями временных промежутков в порядке возрастания, от самого короткого временного промежутка до самого длительного. Инструкция: «Теперь, пожалуйста, расположи все карточки по порядку, от самого короткого промежутка времени до самого длинного». Обработка результатов методики предполагает подсчёт количества знакомых понятий на первом этапе, а также количественный и качественный анализ ошибок, совершённых на третьем этапе работы.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование проведено на базе ГБОУ г. Москвы «Школа №2107» и ГБОУ г. Москвы Школа «Покровский квартал». Первый этап предполагал проведение пилотажного исследования, в ходе которого оценивалась понятность инструкций, реакция детей на стимульный материал, доступность заданий детям. Данный этап реализован осенью 2020-2021 года на базе ГБОУ г. Москвы «Школа №2107». На этом этапе в выборку было включено 10 детей младшего школьного возраста, без клинических диагнозов. При проведении пилотажного исследования были установлены ограничения используемых в исследовании методик: ребёнок должен обладать сформированными навыками чтения и счёта, чтобы справиться с выполнением предложенных инструкций.

В 2021-2023 году, на втором этапе исследования, проведена отработка процедуры и предлагаемых инструкций. Этот этап организован на базе ГБОУ г. Москвы Школа «Покровский квартал». Во втором этапе исследования приняли участие 60 детей младшего школьного возраста. При проведении этих этапов были выявлены некоторые особенности восприятия временных интервалов детьми дошкольного и младшего школьного возраста.

На первом этапе работы наиболее точно дети младшего школьного возраста, обучающиеся в 1-2 классе, справлялись с характеристикой временных интервалов в пределах часа. Многие респонденты при этом указывали на ассоциации с циферблатом часов, со стрелками на часах и скоростью их перемещения по циферблату, что может свидетельствовать о взаимосвязи восприятия времени с наглядно-образным мышлением. Дети, обучающиеся в 3-

4 классе, уже на первом этапе проведения методики демонстрировали высокий уровень обладания временными эталонами, были способны сравнить и ранжировать временные промежутки.

На втором этапе методики при обсуждении понятий все дети чаще оценивали длительность временных интервалов, основываясь на субъективных переживаниях: «Минута может длиться вечность, когда сидишь на уроке литературы»; «В конце недели я хожу на секцию фигурного катания. Если я иду на секцию – значит, неделя закончилась».

При проведении третьего этапа методики наблюдались ситуации, когда дети, обучающиеся в первом классе, ориентировались не на продолжительность временных интервалов, а на длину стимульного материала.

Третий этап апробации методики предполагает стандартизацию процедуры эксперимента и эмпирическую валидизацию предложенной методики. Проведение этого этапа планируется осуществить в 2023-2024 году. По завершении третьего этапа апробации методику будет возможно использовать для диагностики уровня сформированности процессов восприятия временных интервалов в детском возрасте, а также для активного развития этой психической функции в ходе совместной деятельности.

Заключение. Ориентируясь во времени – чувствуя длительность временных интервалов и посредством этого регулируя и планируя свою деятельность, – ребёнок овладевает такими качествами, как организованность, целенаправленность. Адекватное формирование временного восприятия предполагает и гармоничное развитие сопряжённых психических функций, таких как чувство ритма, восприятие пространства и др. В связи с этим в младшем школьном возрасте важно развивать восприятие времени и восприятие временных интервалов как его частный аспект. Однако успешность как развития, коррекции, так и диагностики уровня сформированности этой психической функции требует методических разработок психодиагностического инструментария и методологических обоснований формирующих и корректирующих техник.

Литература

1. Асмолов А.Г., Бурменская Г.В. и др. Формирование универсальных учебных действий в основной школе : от действия к мысли. Система заданий: пособие для учителя // М. : Просвещение, 2010. — 159 с.
2. Добрякова М.С., Фрумин И.Д. Универсальные компетентности и новая грамотность: от лозунгов У59 к реальности / при участии К. А. Баранникова, Н. Зиила, Дж. Мосс, И. М. Реморенко, Я. Хаутамяки ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2020. — 472 с.
3. Петухова Н.А., Шалина О.С. Методика исследования восприятия временных интервалов в детском возрасте // СТУДЕНТ ГОДА 2021: сборник статей II Международного учебно-исследовательского конкурса (15 декабря 2021 г.). – В 6-х частях. Часть 5. – Петрозаводск: МЦНП «Новая наука», 2021. – 475 с.
4. Хуторской А.В. Компетентностный подход в обучении. Научно-методическое пособие. — М.: Издательство «Эйдос»; Издательство Института образования человека, 2013. — 73 с.

5. Droit-Volet S. Time perception in children: a neurodevelopmental approach // Neuropsychologia. – 2013 (51). – p. 220-234.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА: СФЕРА ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ В РАМКАХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Пилечев Д.А.

ФГБУ НМИЦПН им. в. П. Сербского, Москва, Россия

pilechev.d@yandex.ru

Ключевые слова: нейропсихология, когнитивные нарушения, психические расстройства, судебная психиатрия, исполнительные функции.

NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS: SCOPE OF PRACTICAL APPLICATION AS PART OF A FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION

Pilechev D.A.

FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

pilechev.d@yandex.ru

Keywords: neuropsychology, cognitive disorders, mental disorders, forensic psychiatry, executive functions.

Введение. Современные тенденции диагностических изменений в клинической психиатрии состоят во внедрении в повседневную практику квази-дименсиональной оценки за счёт совмещения операциональной и категориальной моделей диагностики [11], с целью дополнения традиционного категориального подхода [9, 12], что может обеспечить бóльшую объективность экспертного заключения. В отечественной клинической практике был создан и получил широкое распространение метод нейропсихологического синдромного анализа нарушений высших психических функций (ВПФ) [4, 5, 6]. Данный метод вышел далеко за рамки клиники локальных поражений и подтвердил свою действенность в общей психиатрии при оценке нарушений когнитивных функций [1, 7, 8]. Его реализация в рамках судебно-психиатрической экспертизы может повысить валидность и точность критериев экспертной оценки, обосновать связь когнитивных нарушений с компонентами биологического (медицинского) и психологического (юридического) критериев формулы вменяемости. В свою очередь, органическое психическое расстройство может рассматриваться в качестве перспективной клинической модели в силу его этиологической определенности (наличие

патоморфологического субстрата, принципиальная возможность его выявления, дифференцированной оценки) и специфики клинических проявлений, в первую очередь когнитивных дисфункций (как континуум разных по степени выраженности патологических состояний) [9].

Материал и методы. Для установления экспертно значимых различий нейрокогнитивного дефицита у лиц, привлекаемых к уголовной ответственности, было проведено нейропсихологическое обследование в рамках процедуры судебно-психиатрической экспертизы. На базе отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ было обследовано 90 подэкспертных мужского пола в возрасте от 21 года до 68 лет (средний возраст 43 ± 13 года), из них 54 человека с диагнозом «органическое психическое расстройство» (ОПР) и иные установленные психические расстройства - 36 человек, среди них признанных «вменяемыми» (59 чел.), «невменяемыми» (31 чел.).

Было проведено общее нейропсихологическое обследование в соответствии с процедурой синдромного (факторного) анализа по методу А.Р. Лурия [4, 5, 6], с качественной и количественной оценкой выраженности выявляемых нарушений [2, 3], с применением статистических инструментов сравнительного анализа (непараметрического U-критерия Манна-Уитни) в группах сравнений: а) основной (лица с установленным диагнозом ОПР) и контрольной - подэкспертные с иным установленным диагнозом; б) лиц с установленным диагнозом ОПР, но разным синдромальным содержанием (органические эмоционально лабильные расстройства, органическое расстройство личности); в) обследованных с разным экспертным решением (вменяемые, невменяемые).

Результаты и их обсуждение. При сравнении нарушений ВПФ в общей выборке (90 набл.), между группой ОПР (54 набл.) и иными психическими расстройствами (36 набл.) была обнаружена большая их выраженность в группе ОПР, где наиболее значимые различия отмечались со стороны функций программирования, регуляции и контроля за психической деятельностью ($p=0,01$). Так же отмечается значимое увеличение числа симптомов со стороны функций серийной организации психической деятельности, зрительно-пространственных и квазипространственных функций, нейродинамических характеристик психической деятельности ($p=0,05$).

В группе ОПР (54 набл.) было выявлено более выраженное нарушение ВПФ у лиц с установленным диагнозом органическое расстройство личности (ОРЛ - 45 набл.) относительно лиц с диагнозом органическое эмоционально лабильное расстройство (ОЭЛР - 9 набл.). Наиболее значимые различия отмечаются со стороны нейродинамического обеспечения психической деятельности ($p=0,01$), а также со стороны функций программирования, регуляции и контроля, слухоречевой памяти, серийной организации

психической деятельности, зрительно-пространственных и квазипространственных функций на уровне значимости ($p=0,05$). Также, в группе ОРЛ в сравнении с группой ОЭЛР отмечается значительное увеличение числа симптомов со стороны базально-лобных и глубинных структур ($p=0,02$).

С точки зрения вклада в экспертную оценку наиболее информативным может быть установление структуры нейропсихологических нарушений, их выраженности на синдромальном, и на функциональном уровне. Что демонстрирует перспективность применения нейропсихологического обследования для верификации нозологической принадлежности оцениваемого психического расстройства, на уровне биологического (медицинского) критерия (в частности группы ОПР от иных психических расстройств).

С целью поиска нейропсихологических маркеров, которые могут быть значимыми при обосновании общих клинических критериев тяжести состояния (способность к планированию, прогнозированию, контролю и т.д.) был проведен сравнительный анализ нарушений ВПФ в группах, дифференцированных по психологическому (юридическому) критерию, на основании решения КСППЭ («вменяемые» - Вм / «невменяемые» - НВм). В пределах всей совокупности наблюдений (без учета нозологической отнесенности) при сравнении группы Вм (59 набл.) и НВм (31 набл.), было установлено, что группа НВм отмечается стабильно большей выраженностью нарушений ВПФ, чем в группа лиц, признанных Вм, с наиболее значимыми различиями по таким функциям как ($p=0,01$) (в порядке убывания выраженности): программирование, регуляция и контроль; нейродинамическое обеспечение психической деятельности; слухоречевая память; серийная организация психической деятельности; зрительно-пространственные и квазипространственные функции, а также ($p=0,05$) соматосенсорный гнозис и зрительно-пространственная память.

При этом наиболее значимое увеличение числа симптомов в группе НВм относительно группы Вм отмечается со стороны передних лобных, базально лобных и глубинных структур ($p=0,01$), а также со стороны теменно-височно-затылочных, теменных и височных отделов ($p=0,05$).

Результаты сравнительного анализа выраженности нарушений ВПФ среди лиц с ОПР (54 набл.), дифференцированных в зависимости от экспертного решения (Вм - 36 набл; НВм - 18 набл.), показали, что степень выраженности нарушений ВПФ у обследованных в группе НВм была устойчиво выше, чем в группе Вм, со значимыми различиями по таким функциям как (выраженность в порядке убывания) программирование, регуляция и контроль за психической деятельностью, ее нейродинамические характеристики, слухоречевая память, серийная организация психической деятельности, зрительно-пространственные и квазипространственные функции ($p=0,01$), а также соматосенсорный гнозис (тактильный, кинестетический) ($p=0,05$). С наиболее значимым увеличением числа симптомов у лиц,

признанных НВм, относительно ВМ со стороны височных отделов ($p=0,01$), а также передних лобных, базально-лобных и глубинных структур ($p=0,05$).

Результаты сравнительного анализа выраженности нарушений ВПФ в выборке ОРЛ (45 набл.), разделенной по психологическому критерию «Вм» (32 набл.) и «НВм» (13 набл.), также выявило стабильно более выраженные нарушения ВПФ в группе НВм, с наиболее значимыми различиями со стороны функций (в порядке убывания выраженности нарушений) программирования, регуляции и контроля за психической деятельностью, слухоречевой памяти, зрительно-пространственных и квазипространственных функций ($p=0,01$), а также нейродинамических характеристик, серийной организации психической деятельности ($p=0,05$). Наиболее значимое увеличение числа симптомов отмечается со стороны передних лобных и височных отделов ($p=0,05$).

Таким образом, при общей схожести структуры нарушения ВПФ экспертное значение может иметь структура и степень их выраженности, которую отражает рост профилей нарушений ВПФ от относительно «низких» при «вменяемости» до относительно «высоких» при «невменяемости» [10].

Выводы. Применение нейропсихологических методов оценки когнитивных нарушений в психиатрической практике, в частности в судебно-психиатрической экспертизе, является перспективным для выявления структуры актуальных нарушений когнитивных функций с возможностью верификации обнаруженных дисфункций и размерной оценки выраженности нейрокогнитивных нарушений в первую очередь для категории органически обусловленных психических расстройств.

Литература

1. Вандыш-Бубко В. В. и др. Возможности нейропсихологической диагностики психических расстройств в практике судебной психиатрии // Доктор. Ру. – 2021. – Т. 20. – №. 9. – С. 60-65.
2. Глозман Ж. М. Возможности объединения качественных и количественных методов в нейропсихологическом обследовании // Дети. Общество. Будущее. – 2020. – С. 41-43.
3. Глозман Ж. М. Возможности сочетания качественного и количественного подходов в лурьевской нейропсихологической диагностике // ББК 88.3 Н 314. – 2012. – С. 266.
4. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. – "Издательский дом "Питер"", 2018.
5. Лурия А.Р., Рапопорт М.Ю. О многозначности симптомов в топической диагностике мозговых поражений // Вопросы нейрохирургии / Под ред. Б.Г. Егорова. М., 1964. С 6 – 10.
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2003. 384 с.
7. Микадзе Ю. В. Методологические тенденции в современном развитии нейропсихологической диагностики. В кн.: Современные направления диагностики в клинической (медицинской) психологии. Научное издание. Коллективная монография / Под ред. Зверевой Н.Н., Рошиной И.Ф. М., 2021. 434 с.
8. Микадзе Ю. В. Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2012. – №. 2. – С. 96-103.
9. Морозов П.В., Павличенко А.В., Точилев В.А. Классификации психических расстройств // Психиатрия: национальное руководство. 2-е изд. / под ред., Ю.А. Александровского и др. М., 2018. С.210-240.

10. Пилечев Д. А., Микадзе Ю. В., Вандыш-Бубко В. В. Нейропсихологическое обследование как метод объективизации критериев судебно-психиатрической оценки // Российский психиатрический журнал. – 2022. – №. 2. – С. 41-49.
11. Ткаченко А.А. Современные классификации и методология судебно-психиатрического диагноза // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша-Бубко. М., 2018. С.175-204.
12. Clark L. A. et al. Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) // Psychological Science in the Public Interest. – 2017. – Т. 18. – №. 2. – С. 72-145.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ

Пономарева Е.В.¹, Рощина И.Ф.^{1,2}

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Ключевые слова: мягкое когнитивное снижение, когнитивная сфера, клинико-психологическое исследование.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL PROSPECTIVE STUDY OF COGNITIVE FUNCTIONS IN PATIENTS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Ponomareva E.V.¹, Roshchina I.F.^{1,2}

¹ FSBSI MHRC, Moscow, Russia

² FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: mild cognitive impairment, cognitive sphere, clinical psychological study.

Введение. Ранняя диагностика и превентивная терапия додементных когнитивных расстройств занимают важное место среди современных направлений исследований в области гериатрии. Задача идентификации проявлений прогрессирующего когнитивного дефицита в позднем возрасте и отграничение этих состояний от когнитивного снижения непрогредиентного характера приобретает особую актуальность и практическую значимость. Целью для создания исследовательской концепции мягкого когнитивного снижения («mild cognitive impairment» - MCI) была попытка выделить категорию лиц с таким ухудшением когнитивных функций, которое представляет собой промежуточную стадию между возрастной нормой и деменцией, а также имеет наиболее высокий риск перехода в состояние деменции в ближайшие 3-5 лет [1-3]. Задача разработки мер профилактики деменции

выдвинулась на одно из первых мест по своей медико-социальной значимости.

Цель работы - комплексная клинико-психологическая диагностика динамики когнитивной сферы у когорты пожилых лиц с синдромом мягкого когнитивного снижения амнестического типа (аМКС).

Материал и методы исследования. Исследована когорта из 252 пациентов с амнестическим вариантом синдрома мягкого когнитивного снижения (аМКС), находившаяся на амбулаторном наблюдении в течение 3 лет в отделе гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Группа состояла из 150 женщин и 102 мужчин (59,5% и 40,5% соответственно) в возрасте от 50 до 93 лет (средний возраст $67,0 \pm 10,3$ лет). Все пациенты соответствовали современным критериям диагностики синдрома МКС, разработанными Международной рабочей группой и Национальным институтом старения США (с оценкой по шкале CDR – 0,5 и по шкале MMSE 26-30 баллов). В зависимости от клинического типа аМСИ все включенные в исследование пациенты были разделены на амнестический монофункциональный (АМФ) – 111 пациентов (44,0%) и амнестический полифункциональный вариант (АПФ) – 141 пациент (56%), которые значимо не отличались по возрастным, гендерным характеристикам и по уровню образования.

Методы: клинико-катамнестический, психометрический и нейропсихологический. Психометрическая оценка когнитивного статуса пациентов проводилась по стандартным шкалам и тестам на момент включения в исследование и через 3 года (MMSE; MoCA; FAB; CDT – Clock Drawing Test; BNT- Boston Naming Test; тест запоминания 10 слов (А.Р. Лурия, 1963); субтест теста Векслера - повторение цифр в прямом порядке и в обратном порядке; BVRT - Benton Visual Retention Test; Тест Мюнстерберга; шкале депрессии Гамильтона; шкала MFI–20 - Multidimensional Fatigue Inventory). Нейропсихологическое исследование проводилось с использованием «Экспресс-методики оценки когнитивных функций» (Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю, Рощина И.Ф., 2009) с количественной и качественной оценкой различных параметров психических функций.

Результаты. После включения в когорту наблюдения все пациенты были обследованы клинико-катамнестическим методом с оценкой динамики когнитивного статуса через 3 года. В зависимости от его результатов пациентов разделили на 4 группы. Пациенты в группах не различались значимо по возрастным и гендерным характеристикам. В 1 группу вошли 67 пациентов (26,6 % от общего числа обследованных) с прогрессированием когнитивного дефицита до деменции или выраженным ухудшением когнитивных функций (по шкале MoCA ≥ 3 баллов). В этой группе значимо преобладали пациенты с АПФ (78,8%). 2 группу составили 30 пациентов (11,8%) с минимальным ухудшением когнитивных функций (по шкале MoCA < 3 баллов). 3 группа состояла из 108 пациентов (42,9%) со стабильным состоянием

когнитивных функций (по шкале MoCA без динамики). В 4 группу вошли 47 пациентов (18,7%) с минимальным улучшением когнитивных функций (по шкале MoCA <3 баллов). Имело место преобладание пациентов с АМФ во 2 и 4 группах, среди пациентов 3 группы соотношение пациентов с АПФ и АМФ было практически равным (51,9% и 48,1). При сравнении исходных психометрических показателей достоверных различий между группами получено не было. У всех пациентов исходно оценивались также некогнитивные и поведенческие симптомы. Значимо более высокие оценки по шкале депрессии Гамильтона оказались у пациентов 1 и 2 групп (с разной степенью ухудшения) по сравнению с улучшившимися результатами у 4 группы ($1,8 \pm 1,6 / 1,7 \pm 3,5$ баллов). Оценка тревоги по шкале Гамильтона также выявила значимые различия между первой/второй и третьей/четвертой группами ($1,8 \pm 1,4 / 1,5 \pm 3,2$ и $0,5 \pm 1,2 / 0,3 \pm 0,7$ баллов). Анализ показателей по гериатрическому опроснику депрессии (GDS) не показал значимых различий между группами, однако, наибольшие показатели были выявлены у пациентов 1 группы и наименьшие – у четвертой ($4,9 \pm 2,6$ и $4,2 \pm 1,9$ баллов). К началу исследования все показатели астении по шкале MFI–20 были значимо более высокими у пациентов 1 группы по сравнению с аналогичными показателями у пациентов 4 группы ($46,2 \pm 7,7$ и $12,4 \pm 8,2$ баллов). Присутствие некогнитивных симптомов в структуре синдрома aMCI, особенно симптомов депрессии и тревоги, а также апатии, достоверно коррелировало с выраженным и минимальным ухудшением в анамнезе по сравнению с аналогичными показателями у пациентов с выраженным улучшением. Результаты комплексного нейропсихологического обследования пациентов 1 группы показали, что первичная оценка когнитивных функций указывала на сочетание снижения нейродинамических параметров психической активности (симптомы со стороны глубинных структур мозга) и недостаточности произвольной регуляции психической деятельности (недостаточность лобных систем мозга). У пациентов 2 группы наблюдался нейропсихологический вариант нормального старения с усилением недостаточности нейродинамических характеристик деятельности. Нейропсихологическая диагностика пациентов 3 и 4 групп показала, что когнитивный статус этих пациентов можно рассматривать в рамках «пространственного» варианта нормального старения в сочетании с легкой недостаточностью отсроченного воспроизведения вербальных стимулов.

Заключение. Проведенное проспективное исследование когорты пожилых пациентов с амнестическим вариантом синдрома мягкого когнитивного снижения показали важность своевременной комплексной диагностики когнитивной и некогнитивной сферы при МКС для проведения персонализированной терапии и разработки программ когнитивной стимуляции в работе клиницистов и психологов с пациентами позднего возраста.

Литература

1. Grundman M, Petersen RC, Ferris SH, et al. (2004). "Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer disease and normal aging for clinical trials". Arch. Neurol. 61 (1): 59–66.
2. Petersen RC. "Mild Cognitive Impairment". Continuum (Minneapolis Minn) (Review), 2016 Apr; 22 (2): 404–18.
3. Michaud TL, Su D., Siahpush M., Murman DL. The Risk of Incident Mild Cognitive Impairment and Progression to Dementia Considering Mild Cognitive Impairment Subtypes. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2017 Feb 2;7(1):15-29.

**10-ЛЕТНЕЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У
КРОВНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Селезнева Н.Д.¹, Рощина И.Ф.^{1,2}

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Ключевые слова: родственники пациентов с болезнью Альцгеймера, когнитивная сфера, проспективное исследование.

**A 10-YEAR PROSPECTIVE STUDY OF COGNITION IN BLOOD RELATIVES OF
PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE**

Selezneva N.D.¹, Roshchina I.F.^{1,2}

¹ FSBSI MHRC, Moscow, Russia

² FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: relatives of patients with Alzheimer's disease, cognitive sphere, prospective study.

Введение. Актуальность настоящей работы определяется данными о выявлении легкой когнитивной недостаточности у родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера (БА) задолго до развития БА. В ряде работ показано наличие у них (по сравнению с контрольными группами соответствующего возраста, не являющимися родственниками больных БА) мнестической дисфункции [1], сниженные когнитивные способности [2], дефицитарность исполнительной деятельности, вербальной и зрительной памяти, недостаточность абстрактного мышления и способности к обучению [3], недостаточность оптико-пространственной деятельности и произвольной регуляции деятельности, а также дефицитарность пространственной и кинетической организация праксиса [4].

Цель: изучение 10-летней динамики когнитивного функционирования у родственников 1-й степени родства пациентов с БА, не имевших когнитивных дисфункций к началу

исследования. Исследование является фрагментом научной тематики отдела гериатрической психиатрии (руководитель – профессор Гаврилова С.И.), связанного с комплексным мультидисциплинарным исследованием родственников 1-й степени родства пациентов с БА.

Материал и методы. В исследование включена когорта кровных родственников пациентов с БА, которая состояла из 15 мужчин и 25 женщин (средний возраст $48,7 \pm 9,7$ г.). Включение в когорту обусловлено тем, что при первичном клинико-психопатологическом и нейропсихологическом обследовании у них не наблюдалось дисфункций в когнитивной сфере.

Методы исследования: клинико-психопатологический, нейропсихологический, психометрический, статистический. Нейропсихологическая диагностика включала комплексное нейропсихологическое обследование и «Экспресс-методику оценки мнестико-интеллектуальной сферы» с количественной и качественной оценкой различных составляющих когнитивных функций [6]. Психометрическое обследование включало шкалы и тесты: мини-тест оценки когнитивного статуса MMSE, Монреальскую шкалу оценки когнитивного статуса MoCA, субшкалу общего клинического впечатления CGI-I, тест произвольного запоминания 10 слов, Бостонский тест называния BNT, субтест 6 Теста Векслера, тест рисования часов CDT, тест запоминания 5 геометрических фигур, тест Бентона BVRT, субтесты «звуковые» ассоциации и «категориальные» ассоциации DRS, тест Мюнстерберга. Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ Statistica 6 фирмы StatSoftInk (О.Ю. Реброва, 2002). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Метод оценки: исходные средне-суммарные оценки по всем диагностическим методикам сравнивались с оценками через 5 лет и через 10 лет наблюдения.

Результаты и обсуждение. К 5 году наблюдения в 15 случаях (37,7%) отмечены проявления минимальной когнитивной дисфункции (МКД), к 10 году наблюдения МКД диагностирована у 23 обследованных (57,5%). Критерии минимальной когнитивной дисфункции (МКД) основывались на субъективных жалобах на легкие мнестические затруднения, касающиеся событий текущего времени и новой, особенно цифровой, информации, на трудности усвоения мануальных навыков и пространственных взаимоотношений; на объективном выявлении легкого снижения показателей зрительной и слухоречевой памяти, кинетической и пространственной организации праксиса, оптико-пространственной деятельности, а также легких трудностей произвольной регуляции деятельности, обнаруживаемых при комплексном нейропсихологическом обследовании; их социальная, профессиональная и повседневная активность оставались полностью сохранными [5].

По субшкале CGI-I через 5 лет наблюдения ухудшение минимальной степени отмечено в 35,0%, ухудшение умеренной степени – в 7,5% случаев. Ухудшения не отмечалось более чем в половине случаев (57,5%). К окончанию наблюдения через 10 лет наиболее часто в половине случаев (52,5%) отмечалось минимальное ухудшение. Частота умеренного ухудшения оставалась на уровне оценки спустя 5 лет (7,5%). В значительной части случаев (в 40,0%) состояние по сравнению с исходным не изменилось.

Через 5 лет статистически значимое ухудшение средне-групповых оценок отмечено по тестам заучивания 10 слов и отсроченного воспроизведения 10 слов, Бостонскому тесту называния 55 рисунков, повторению цифр в прямом и обратном порядке, тесту запоминания 5 фигур, тестам Бентона, Маттиса и Мюнстерберга (табл. 1). Через 10 лет, помимо указанных выше тестов, значимо ухудшились показатели шкал MMSE и MoCA. Результаты выполнения Теста рисования часов не изменились по сравнению с исходным уровнем ни через 5, ни через 10 лет.

Таблица 1.

Динамика средне-групповых показателей когнитивного функционирования (в баллах) по шкалам и тестам

Шкалы и тесты	Время оценки				
	0 день	5 лет	p	10 лет	p
	M ± SD	M ± SD		M ± SD	
Шкала MMSE	29,5±0,7	29,9±2,0	–	28,4±1,2	*
Шкала MoCA	28,2±1,4	27,2±1,7	–	27,1±1,8	*
Запоминание 10 слов	7,7±0,9	7,0±1,2	*	6,6±1,3	*
Отсроченное воспроизведение 10 слов	6,7±1,5	6,1±1,5*	*	5,9±0,8	*
Бостонский тест называния	51,8±1,9	50,4±2,6	*	49,0±2,4	*
Субтест 6 Теста Векслера					
– повторение цифр в прямом порядке	7,8±1,1	7,0±1,2	*	6,3±1,5	*
– повторение цифр в обратном порядке	6,0±1,0	,5±1,2	*	4,9±1,3	*
Тест рисования часов	10,0±0,001	9,9±0,4	–	9,9±0,5	–
Тест запоминания 5 фигур	4,4±0,7	3,9±0,9	*	3,6±1,1	*
Тест Бентона	12,4±1,4	11,2±1,7	*	10,3±1,9	*
Тест Маттиса					
– звуковые ассоциации	21,6±3,7	20,3±3,8	*	19,0±4,2	*
– категориальные ассоциации	24,0±5,2	22,0±5,1	*	20,5±5,5	*
Тест Мюнстерберга	22,0±3,6	20,5±3,9	*	19,0±4,2	*

* – различия статистически значимы

Результаты нейропсихологической оценки через 5 лет показали значимое ухудшение вербальной памяти по параметру отсроченного воспроизведения при запоминании по смыслу не организованных стимулов, значимое сужение объема непосредственного запоминания в зрительной модальности, значимое ухудшение динамического праксиса, снижение результатов в конструктивной деятельности (не значимо). Сравнение результатов нейропсихологической диагностики через 5 и 10 лет обнаружило значимое ухудшение результатов по всем пробам «Экспресс-методики», кроме запоминания по смыслу организованных стимулов. Наблюдалось ухудшение результатов отсроченного воспроизведения при запоминании зрительных стимулов, ухудшение семантической организации речи и номинативной функции речи, динамического праксиса, а также нейродинамических параметров психической активности. При этом следует отметить, что возможности семантической памяти на протяжении всего периода исследования оставались без ухудшения.

Анализ полученных данных о динамике когнитивного функционирования когорты родственников 1-й степени родства больных БА, относящихся к группе возрастной нормы, показал, что за 10 лет наблюдения ни в одном случае не был сформирован синдром мягкого когнитивного снижения (МКС).

Заключение. Результаты настоящей работы показали отрицательную динамику когнитивного функционирования в течение 10-летнего периода наблюдения у кровных родственников пациентов с БА, которые при первичном обследовании относились к группе возрастной нормы. Это свидетельствует о необходимости проведения превентивной медикаментозной терапии и когнитивной стимуляции в отношении данной группы лиц, целью которой является предупреждение прогрессирования когнитивной дисфункции и формирования деменции при высоком риске развития БА.

Литература

1. Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б., Гантман М.В., Коровайцева Г.И., Кунижева С.С., Рогаев Е.И. Психические нарушения когнитивного и некогнитивного спектра у родственников 1 степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012;112 (10):8–13.
2. Селезнева Н.Д., Колыхалов И.В., Гаврилова С.И. Сравнительное проспективное мультидисциплинарное исследование эффективности холина альфосцерата в профилактике прогрессирования когнитивного дефицита у родственников пациентов с болезнью Альцгеймера. Психиатрия. 2020;18(1):6–15.
3. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009; 2:44–50.
4. La Rue A, O'Hara R, Matsuyama SS, Jarvik LF. Cognitive changes in young-old adults: effect of family history of dementia. J Clin Exp Neuropsychol. 1995; 17: 60–70.
5. Small GW, Okonek A., Mandelkern MA, La Rue A, Chang L, Khonsary A, Ropchan JR and Blahd WH. Age-associated memory loss: initial neuropsychological and cerebral metabolic findings of a longitudinal study. Int Psychogeriatr. 1994;6:23–44..

6. Jarvik LF, Brazer D. Children of Alzheimer parents: An Overview. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2005;18:181-186.

КОГНИТИВНЫЕ И НЕКОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У КРОВНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Селезнева Н.Д.¹, Рощина И.Ф.^{1,2}

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

nselezneva@yandex.ru

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

ifroshchina@mail.ru

Ключевые слова: кровные родственники пациентов с болезнью Альцгеймера, когнитивная и некогнитивная сфера, клиническая и нейропсихологическая диагностика.

COGNITIVE AND NONCOGNITIVE FEATURES OF MENTAL ACTIVITY IN BLOOD RELATIVES OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Selezneva N.D.¹, Roshchina I.F.^{1,2}

¹ FSBI MHRC, Moscow, Russia

nselezneva@yandex.ru

² FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

ifroshchina@mail.ru

Keywords: blood relatives of Alzheimer's disease patients, cognitive and non-cognitive spheres, clinical and neuropsychological diagnostics.

Введение. Результаты популяционного клинико-эпидемиологического исследования в России показали, что частота болезни Альцгеймера (БА) в возрасте 60 лет и старше составляет 4,5% и увеличивается к 80 годам до 16,5%, и что общее число больных БА в России составляет более 1 млн. 800 тыс. человек [1].

В связи с ростом численности пациентов с БА особенно актуальной становится проблема исследования особенностей когнитивной сферы и некогнитивных (эмоционально-личностных) особенностей психической деятельности у родственников 1-й степени родства больных БА с целью разработки мер профилактики деменции и терапии некогнитивных расстройств. Установлено, что от начала нейродегенеративного процесса, обусловленного БА,

до формирования деменции проходит не менее 20 лет. По мнению А. La Rue (1992) [2] задолго до развития БА могут существовать специфические когнитивные особенности психической деятельности, позволяющие идентифицировать лиц среднего возраста с повышенным риском развития БА. Установлено, что риск развития БА у родственников 1-й степени родства значимо более высок по сравнению с лицами, наследственность которых не отягощена первичной нейродегенеративной деменцией. По данным J.C.S. Breithner (1991) [3] в контрольной группе риск развития БА составляет 5%, тогда как у родственников больных БА – 15–19%. Результаты исследования McGuffin et al. (1994) [4] показали, что риск развития БА у родственников оказался существенно более высоким (30–48%) по сравнению с контрольной группой (13–19%).

Целью исследования являлась оценка частоты проявлений когнитивной дисфункции и некогнитивных расстройств в группе родственников 1-й степени родства пациентов с БА.

Участники исследования. Обследована когорта, состоящая из 86 чел., с минимальной когнитивной дисфункцией (МКД), являющихся родственниками 1-й степени родства пациентов с БА (средний возраст $54,8 \pm 12,1$ г.). В обследованной когорте преобладали женщины, соответственно: 31 мужчина (36,0%) и 55 женщин (64,0%). Частота детей пробандов (60 чел., 69,8%) превышала частоту сестёр и братьев (26 чел., 30,2%).

Критерии МКД основывались на наличии субъективных жалоб обследованных родственников на снижения памяти на события текущего времени и запоминание новой, особенно цифровой, информации, легких трудностей усвоения новых мануальных и пространственных навыков. При объективном клинико-психологическом обследовании наблюдалась недостаточность зрительной и слухоречевой памяти, кинетической и пространственной организации праксиса, а также легкое снижение произвольной регуляции деятельности; при этом социальная и повседневная активность таких лиц оставалась полностью сохранной [5].

Методы. В данном сообщении представлены результаты исследования указанной когорты кровных родственников пациентов с БА с опорой на клинико-психопатологический и нейропсихологический методы.

Результаты. Результаты клинико-психопатологической диагностики показали следующие особенности психической деятельности у обследованной когорты родственников (табл.1). Различные виды функциональной конституциональной недостаточности, по данным анамнеза, выявлялись у 48 чел. (55,8%). К ним относились легкие трудности усвоения точных наук и цифрового материала 32 чел. (37,2%), запоминания имен, отчеств, фамилий (38 чел., 36,2%) и лиц (27 чел., 31,4%), трудности приобретения мануальных навыков (25 чел, 29,1%) и микромануальных особенностей письма (искажение почерка) (7 чел., 8,1%), а также трудности

ориентировки в пространстве (8 чел., 9,3%).

Таблица 1.

Частота и виды функциональной конституциональной недостаточности в анамнезе кровных родственников пациентов с БА

Признаки	МКД, n = 86	
	абс.	%
Трудности усвоения точных наук и запоминания цифрового материала	32	37,2
Трудности запоминания имён и фамилий	38	44,2
Затруднения ориентировки в пространстве	37	43,0
Трудности запоминания лиц	27	31,4
Затруднения усвоения мануальных навыков	25	29,1
Искаженность почерка	7	8,1
Двигательная неловкость	8	9,3

При объективном клиническом обследовании (табл.2). когнитивные трудности выявлялись с частотой 59,3% (51 чел.) К ним относились легкое ослабление концентрации внимания при умственном и/или физическом перенапряжении (53 чел., 61,6%), трудности усвоения новой информации (35 чел., 40,7%) и припоминания событий, отдалённых на 1-2 г. (23 чел., 26,7%).

Расстройства тревожного спектра встречались у 41 чел. (47,7%), фобические нарушения, в том числе альцгеймерофобия – у 33 чел. (38,4%). Частота депрессивной реакции дезадаптации, связанной с тяжелой семейной ситуацией в связи с заболеванием родственника БА, составила 46,5% (40 чел.), проявления эмоциональной лабильности у 34 чел. (39,5%). Признаки астенических нарушений (пониженная работоспособность, повышенная утомляемость) выявлены в 26,7% (23 чел.), эпизоды раздражительной слабости – в 37,2% (32 чел.), диссомнические расстройства в 33,7% (29 чел.). Церебральные жалобы на головные боли, тяжесть в голове и головокружения отмечались в 29,1% (25 чел.).

Таблица 2.

Частота когнитивных трудностей, аффективных, астенических расстройств и церебральных жалоб при объективном клиническом обследовании у кровных родственников пациентов с

БА

Признаки	МКД, n = 86	
	абс.	абс.

Затруднение концентрации внимания в результате переутомления, психического и/или физического перенапряжения	53	61,6
Трудности усвоения новой информации (давностью от 1 до 2 лет)	35	40,7
Трудности припоминания событий отдалённых лет (от 1 до 2 лет)	23	26,7
Всего	51	59,3%
Тревога	41	47,7
Фобические нарушения, в том числе альцгеймерофобия	33	38,4
Депрессивные расстройства	40	46,5
Эмоциональная лабильность	34	39,5
Пониженная работоспособность, повышенная утомляемость	23	26,7
Эпизоды раздражительной слабости	32	37,2
Нарушение сна	29	33,7
Головные боли, головокружения, тяжесть в голове	25	29,1

По данным **нейропсихологической диагностики** с количественной и качественной оценкой результатов у обследованной когорты родственников отмечались низкие показатели кинетической и пространственной организация праксиса, дефицитарность конструктивной деятельности, снижение кратковременной слухоречевой и зрительной памяти по параметрам объема непосредственного запоминания и повышенной тормозимости следов при отсроченном воспроизведении, неустойчивость произвольного внимания и контроля, а также слабость нейродинамических параметров психической активности.

Заключение. У обследованной когорты кровных родственников пациентов с БА из всех видов конституциональной функциональной недостаточности наиболее частыми явились трудности усвоения точных наук и запоминания цифрового материала, запоминания имён и фамилий, затруднения ориентировки в пространстве. Наиболее частыми когнитивными трудностями, выявленными при объективном клиническом обследовании, были затруднения концентрации внимания в результате переутомления, психического и/или физического перенапряжения, наблюдавшимися у более двух третей обследованных лиц, а также трудности усвоения новой информации, которые установлены более чем у трети когорты. Тревожные и депрессивные расстройства выявлялись наиболее часто – почти у половины обследованных лиц. Фобические нарушения, в том числе альцгеймерофобия и эмоциональная лабильность, отмечались с несколько меньшей частотой – у трети всех обследованных родственников. Нейропсихологический статус обследованной когорты родственников характеризовался снижением нейродинамических параметров психической деятельности, а также трудностями

запоминания новых стимулов, снижением оптико-пространственной составляющей когнитивных функций и произвольного внимания.

Сопоставление результатов данной работы с результатами зарубежных исследований не представляется возможным, поскольку в изученной литературе не анализировались некогнитивные расстройства у родственников 1-й степени родства больных БА. Высокая частота когнитивных и аффективных расстройств у кровных родственников пациентов с БА, относящихся к группе высокого риска по БА, требуют медикаментозной терапии и психологической коррекции, поскольку указанные особенности психической сферы могут ускорить нарастания когнитивного дефицита вплоть до развития выраженного мнестико-интеллектуального снижения.

Литература

1. Чикина ЕС, Медников ОИ, Белоусов ЮБ. Фармако-экономические аспекты лечения деменции в РФ. Русский медицинский журнал. 2005;13(20):1354–1360.
2. Rue A, Matsuyama SS, McPherson S, Sherman J, Jarvik L F. Cognitive performance in relatives of patients with probable Alzheimer disease: an age at onset effect? J Clin Exp Neuropsychol. 1992;14: 533–538.
3. Breithner JCS. Clinical genetics and genetic counselling in Alzheimer's disease. Annals of Internal Medicine. 1991; 115: 601–606.
4. McGuffin P, Owen MJ, O'Donovan MC, Thapar A, Gaskell PG. Seminars in Psychiatric Genetics. 1994. London: Gaskell.
5. Селезнева НД, Колыхалов ИВ, Гаврилова СИ. Сравнительное проспективное мультидисциплинарное исследование эффективности холина альфосцерата в профилактике прогрессирования когнитивного дефицита у родственников пациентов с болезнью Альцгеймера. Психиатрия. 2020;18(1):6–15.

ДИАГНОСТИКА РЕГУЛЯТОРНЫХ ФУНКЦИЙ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК

Фомина М.А.

ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

maria.a.fomina@yandex.ru

Ключевые слова: регуляторные функции; рабочая память, когнитивная гибкость, торможение, младший школьный возраст.

DIAGNOSTICS OF THE EXECUTIVE FUNCTIONS OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN: A COMPARATIVE ANALYSIS OF METHODS

Fomina M.A.

FSBI HE M.V. Lomonosov MSU, Moscow, Russia

maria.a.fomina@yandex.ru

Keywords: executive functions, working memory, inhibitory control, cognitive flexibility, primary

school age.

Введение. Рассматриваются и сравниваются две батареи методик, которые используются для нейропсихологической оценки регуляторных функций младших школьников. Были выбраны методики нейропсихологического обследования младших школьников с балльной оценкой, предложенной Ахутиной Т.В. [7], и ряд субтестов диагностического комплекса NEPSY-II для оценки уровня развития трех основных компонентов регуляторных функций (рабочей памяти, когнитивной гибкости и торможения) [10]. На сегодняшний день термин регуляторные функции (РФ) распространен как в зарубежных, так и в российских публикациях. Термин «регуляторные функции» является переводом англоязычного термина “executive functions” (EF), однако также может быть представлен в публикациях как «исполнительные функции», «управляющие функции». Наиболее известная и используемая модель, описывающая компоненты РФ, принадлежит Мияке. Он выделил у взрослых испытуемых несколько взаимосвязанных компонентов РФ, которые в зависимости от задачи исследователя, могут быть рассмотрены отдельно [4]. В состав РФ согласно модели Мияке входят [1]:

1. Рабочая память (“working memory”) – удержание в уме зрительной и слуховой информации для дальнейшего использования;
2. Когнитивная гибкость или переключение (“cognitive flexibility” или “shifting”) - рассмотрение проблемы с разных сторон, способность быстро переходить от одного аспекта проблемы к другому;
3. Торможение или сдерживающий контроль (“inhibition”) – торможение доминирующего ответа в пользу, требуемого в задании, селективное внимание и когнитивное подавление.

При таком понимании РФ — это группа когнитивных функций, которые позволяют целенаправленно решать различные задачи и адаптировать поведение в изменяющихся ситуациях. В настоящее время исследователи спорят, является ли трехкомпонентная структура центральных факторов РФ применимой к детям. Мияке одним из первых поднял вопрос о том, что главные компоненты РФ тесно взаимосвязаны, но все же отделимы друг от друга, показав, что взрослые испытуемые различаются между собой по развитию отдельных РФ. Широко распространено мнение, что с возрастом компоненты РФ становятся более отделимыми друг от друга, хотя существуют разногласия по поводу того, какие факторы отделимы и в каком возрасте. Считается, что в дошкольном возрасте РФ неразделимы, а также зависимы от развития внимания [2]. Исследователи из Китая сравнили пять моделей структуры РФ для детей в возрасте 7–9 лет и 10–11 лет, придя к выводу, что однофакторная модель лучше всего объясняет их данные [6]. Тем не менее, несколько групп исследователей

определили двухфакторные модели РФ как наиболее полные для детей в возрасте 6–12 лет [5]. Также существуют данные, подтверждающие трехфакторную структуру РФ [3].

Целью данного исследования является соотнесения методик для исследования регуляторных функций.

Материал и методы. В эксперименте приняли участие 30 учеников 3 класса общеобразовательной школы города Москвы. Среди испытуемых было 15 девочек, возраст испытуемых - от 9 до 10 лет ($9,76 \pm 0,28$). Среднее выполнение ребенком всех субтестов из NEPSY-II составляет $t_1=14,18 \pm 1,60$ минут, нейропсихологических проб $t_2=30,53 \pm 4,55$ минут. В нейропсихологическом обследовании функций программирования и контроля были использованы компьютеризированные (двухцветные таблицы Шульте-Горобова, «Точки», Корректирующая проба, «Руки-Ноги-Голова») и некомпьютеризированные пробы (вербальные ассоциации, реакция выбора, динамический праксис, слухоречевая память, счет, 5-й лишний). Для предъявления компьютеризированных проб была использована батарея нейропсихологических тестов «Ахутина 2017» на базе системы компьютерной диагностики «Практика-МГУ» [8]. Уровень развития РФ измерялся с помощью четырех методик («повторение предложений», «память на конструирование», «торможение», «гибкость»), являющихся субтестами нейропсихологического диагностического комплекса NEPSY-II. Методика «память на конструирование» была компьютеризирована и предъявлена на планшете в приложении «ChildPsy». Рассматривается задача определения коррелирующих показателей регуляторных функций, исследуемых двумя батареями, с помощью статистического анализа. Статистический анализ проводился с использованием программы SPSS Statistics 23. Для исследования показателей был проведен корреляционный анализ полученных индексов и оценок (корреляция Спирмена).

Результаты и их обсуждение. При анализе результатов нейропсихологического обследования функций программирования и контроля все данные были переведены в шкалу Z-оценок для выведения индекса функций программирования, регуляции и контроля. Были получены 2 индекса с использованием лишь классических проб нейропсихологического обследования и с добавлением результатов компьютеризированных проб [7, 9]. Для расчета индекса 1 (индекс функций программирования и контроля по классическим пробам) использовались оценки: реакция выбора - усвоение инструкции для 2 пробы; общее количество ошибок, счет – доступность, свободные вербальные ассоциации – продуктивность, глагольные вербальные ассоциации – продуктивность, растительные вербальные ассоциации – количество неадекватных ответов, 5-й лишний – продуктивность; суммарный балл; число неадекватных ответов, динамический праксис – усвоение программы, слухоречевая память (воспроизведение) - количество вpletений. Для индекса 2 (Индекс функций

программирования и контроля по классическим и компьютеризированным пробам) были добавлены оценки точки - продуктивность (количество правильных ответов) в 3 серии и таблицы Шульте - число ошибок в таблице 4. Был проведен корреляционный анализ полученных индексов (корреляция Спирмена), коэффициент корреляции составит $-0,935$ с уровнем статистической значимости $p < 0,01$. Проведена непараметрическая корреляция полученных индексов программирования, регуляции и контроля, показателей РФ (вербальная РП, пространственная РП, гибкость, торможение) (таблица 1).

Таблица 1.

Корреляция индекса 1, индекса 2 с показателями РФ из NEPSY-II

		Вербальная РП	Пространств. РП	Торможение	Гибкость
Индекс 1 ПиК	Корреляция Спирмена	,644**	,366*	-,308	-,388*
	Двухстор. значимость	,000	,047	,098	,034
Индекс 2 ПиК+	Корреляция Спирмена	-,641**	-,355	,362*	,448*
	Двухстор. значимость	,000	,055	,050	,013

Индекс, полученный по результатам классических методик нейропсихологического обследования, коррелировал с вербальной памятью, пространственной памятью и гибкостью. Индекс, в который были включены компьютерные пробы, коррелировал с оценкой вербальной РП, торможением и гибкостью. Малый размер выборки может объяснять слабую корреляцию между индексами программирования, регуляции и контроля и пространственной РП, торможением и гибкостью.

Заключение. Оценивая индексы программирования, регуляции и контроля можно разделить сильных и слабых детей по данной функции, однако нельзя сказать более точно о сильных и слабых ее сторонах. Для этого нужно проводить полное нейропсихологическое обследование школьника, соотносить результаты методик между собой. Выделяя лишь индекс, теряется качественный анализ, который проводится специалистом непосредственно при проведении обследования, оценке проб и написании заключения. Без проведения полного нейропсихологического обследования, рассматривая лишь нужные оценки из проб, направленных на исследование регуляторных функций, теряется информация о состоянии функций серийной организации, приема, переработки и хранения информации, поддержания тонуса и уровня бодрствования. Отдельные субтесты из NEPSY-II, сконструированные для

оценки одной конкретной функции, не указывают о состоянии других функций, но показывают различия между испытуемыми по вербальной и пространственной рабочей памяти, торможению и когнитивной гибкости. Используя лишь субтесты из NEPSY-II можно оценить за короткое время состояние регуляторных функций при необходимости только их оценки. Результаты данного исследования недостаточны, чтобы ответить, как соотносятся различные методики исследования РФ. Необходимо продолжать исследования для сопоставления методик оценки регуляторных функций, ставя исследовательские вопросы.

Литература

1. Diamond A. Executive functions. *Annu Rev Psychol.* 2013;64:135-68. doi: 10.1146/annurev-psych-113011-143750. Epub 2012 Sep 27.
2. Garon N., Bryson S. E., Smith I. M. (2008). Executive function in preschoolers: a review using an integrative framework. *Psychol. Bull.* 134:31. 10.1037/0033-2909.134.1.31
3. Lehto J. E., Juujärvi P., Kooistra L., Pulkkinen L. (2003). Dimensions of executive functioning: evidence from children. *Br. J. Dev. Psychol.* 21 59–80. 10.1348/026151003321164627
4. Miyake A. et al. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis // *Cognitive psychology.* – 2000. – Т. 41. – №. 1. – С. 49-100.
5. van der Ven S. H. G., Kroesbergen E. H., Boom J., Leseman P. P. M. (2013). The structure of executive functions in children: a closer examination of inhibition, shifting, and updating. *Br. J. Dev. Psychol.* 31 70–87.
6. Xu F., Han Y., Sabbagh M. A., Wang T. F., Ren X. Z., Li C. H. (2013). Developmental differences in the structure of executive function in middle childhood and adolescence.
7. Ахутина Т. В., Корнеев А. А., Матвеева Е. Ю. и др. Методики нейропсихологического обследования детей // *Методы нейропсихологического обследования детей 6–9 лет.* — В. Секачев, Москва, 2016. — С. 16–168.
8. Ахутина Т.В., Гусев А.Н., Корнеев А.А., Кремлев А.Е., Матвеева Е.Ю. Компьютерная батарея нейропсихологического обследования детей 5-9 лет // М.: Институт психологии РАН Восьмая международная конференция по когнитивной науке. Тезисы докладов. Светлогорск, 18–21 октября 2018 г. / Отв. ред. А.К. Крылов, В.Д. Соловьев под ред. Кибрик А.А. 2018 с 74-76
9. Букинич А.М., Корнеев А.А., Матвеева Е.Ю., Ахутина Т.В., Гусев А.Н., Кремлев А.Е. Структурный анализ результатов нейропсихологического обследования детей 6—9 лет // *Культурно-историческая психология.* 2022. Том 18. № 2. С. 21–31.
10. Веракса А.Н., Алмазова О. В., Бухаленкова Д. А. Диагностика регуляторных функций в старшем дошкольном возрасте: батарея методик // *Психологический журнал* – 2020. – Том 41. – № 6 С. 108-118
11. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии // Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. - С.84 – 126

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Хаятов Р. Б., Велиляева А. С., Шамсикулова С. А.

СГМУ, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: рассеянный склероз, психические расстройства, нейропсихологическое исследование.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL STUDY OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Khayatov R. B., Velilyaeva A. S., Shamsikulova S. A.

SSMU, Samarkand, Uzbekistan

Keywords: multiple sclerosis, mental disorders, neuropsychological research.

Введение. Когнитивные расстройства являются неотъемлемой частью клинических признаков рассеянного склероза (РС). В патогенезе психических болезней при РС заложено повреждение глубоких отделов больших полушарий (базальных ганглиев и глубоких отделов белого вещества). Повреждение глубоких отделов головного мозга приводит к расстройству связи между лобными и подкорковыми структурами, образованию вторичной дисфункции лобных структур головного мозга и появлению синдрома дизрегуляции. Оптимизация нейродинамических функций может говорить о выравнивании дисбаланса этих систем головного мозга. Немаловажное значение при РС имеет стремительное возникновение первичного поражения ЦНС у молодых людей (15-45 лет), определяющееся стойкой потерей трудоспособности. Вопреки длительной истории заболевания «рассеянный склероз» и интерес специалистов медицинского сообщества к его изучению, аспекты этиологии этого заболевания до сих пор полностью не определены. В данное время рассматриваются следующие теории его возникновения: генетическая и средовая опосредованная, алиментарная, инфекционная. Определена специфическая ассоциация РС с другими аутоиммунными болезнями, такими как аутоиммунный тиреоидит и диабет 2 типа. В настоящее время наиболее достоверной концепцией развития РС является теория иммуномимикрии, которая говорит о иммунной реакции, которая возникает в ответ на вирусное воздействие, определяет возникновение антител к основному белку миелину, миелин-олигодендроцитарному гликопротеину и гликопротеину. ЦНС связана с миелином, входящим в состав шванновской коры клеток центральной нервной системы. Определяется участие в этом процессе вирусов простого герпеса, Эпштейна-Барра и Кори. Тем не менее в экспериментальных условиях ни один вирусный агент не воспроизводил процесс поражения головного мозга, характерный для РС. Развитие заболевания включает последовательность стадий: активация аутореактивных лимфоцитов в периферической крови, проникновение Т-лимфоцитов через гематоэнцефалический барьер, очаговое иммунное воспаление головного или спинного мозга, очаги склероза.

Цель – клиничко-психологическое исследование больных рассеянным склерозом.

Материалы и методы. Исследование проведено сотрудниками клиники

«НЕВРОКАРДИОМЕД» кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии Самаркандского государственного медицинского университета. В клинической группе обследовано 25 больных РС в стадии ремиссии (25 лиц женского пола, средний возраст 36 лет (27–49 лет)), а также 15 лиц без проявлений патологии (13 женщин и 2 мужчины, средний возраст 21 год). В ходе исследования было от каждого участника получено информированное согласие. Диагностика каждой нозологической формы проводилась согласно общепринятой клинической классификации. Жалобы пациентов клинической группы: повышенная эмоциональная лабильность, ухудшение памяти, повышенная утомляемость, снижение интереса к окружающему, депрессия, тревога, страх, неуверенность, сомнения, когнитивное снижение. Отмечались явления аггравации объективного состояния в двигательной активности, в эмоциональной сфере. При мини-психиатрическом обследовании 25 пациентов с РС средний суммарный балл составил 31,1, что свидетельствует о легких когнитивных нарушениях. При исследовании аффективной сферы с помощью шкалы оценки депрессии Гамильтона (HDRS) наблюдались симптомы апатии или тревоги (в 80,1% случаев).

Результаты и их обсуждение. В клинической группе наблюдались легкие и умеренные когнитивные нарушения, характеризующиеся преимущественно дефицитом внимания, снижением трудоспособности, ухудшением памяти, преобладанием эйфории, неустойчивостью настроения. Поскольку ухудшение памяти было одной из основных жалоб пациентов, были изучены нарушения памяти в общей структуре расстройств высшей нервной деятельности. При анализе результатов клинико-психологического исследования структура нейропсихологического синдрома оказалась практически одинаковой у всех обследованных. Параметры нейропсихологических тестов у больных МС II степени и МС III-IV степени существенно различались. У исследуемых I подгруппы среднее время выполнения пробы Шульте было значительно меньше, речевая активность этих больных была высокой: свободные ассоциации, названия глаголов, больше слов в тесте названия растений. Однако существенной разницы в количестве ошибок, допущенных в каждом из трех подтестов, не было. В тесте Бурдона и тесте Крепелина количество строк, обработанных пациентом, существенно не отличалось, а количество допущенных ошибок было одинаковым. Кроме того, достоверно не отличались показатели проб на кинетическую организацию праксиса. Больные МС постепенно входили в задачу, переходили от одной задачи к другой, отмечалась настойчивость, больные работали медленно и быстро утомлялись. В клинико-психологическом синдроме преобладали мнестические расстройства. Данные этого исследования указывают на высокую распространенность когнитивных нарушений у пациентов с РС. Показано, что у больных рассеянным склерозом наблюдаются симптомы нарушения восприятия, мышления, внимания и памяти.

Отклонения устойчивы и проявляются отсутствием или выпадением определенной функции. Наиболее достоверна частота подтвержденных мнестических расстройств при психодиагностических тестах (98,3%), преимущественно при повторении (76,8%) и внимании к деталям во время теста (86,8%). Доказанными проявлениями РС являются явная эмоциональная неустойчивость, нервозность, снижение самокритичности, ухудшение памяти. Самыми ранними проявлениями, которые могут возникнуть еще до появления грубого неврологического дефекта, являются ошибочная диагностика тяжести эйфории. При развитии РС постепенно развивается вторичная нейродегенерация, сопровождающаяся подкорковым когнитивным дефицитом. Классическая триада специфических для РС симптомов (нистагм, певчая речь, интенционный тремор), предложенная Чарко, встречается только у 20% больных РС. Изменения лабораторных показателей периферической крови неспецифичны и не содержат дополнительной информации. Однако биохимический тест в сравнении с периферической кровью для определения содержания олигоклональных антител к компонентам миелина выявил значительные различия в их концентрации и спектре, характерные только для больных РС.

Выводы. Согласно полученным данным у больных РС в стадии ремиссии наблюдалось незначительное снижение когнитивных функций в виде ошибок зрительно-предметного гнозиса и затруднений в конструктивной деятельности. Определенные нарушения не были связаны с дефицитом внимания, как при инфаркте головного мозга, а имели первичный генез, отождествляемый с аутоиммунными воспалительными заболеваниями.

РАЗДЕЛ 7. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ СКОРОПОМОЩНОГО СТАЦИОНАРА: К ВОПРОСУ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ПОДРОСТКОВ

Быкова В.И., Львова Е.А.

ГБУЗ НИИ НДХиТ, Москва, Россия

Ключевые слова: подростки, суицидальное поведение, скорая помощь.

MODERN REALITY OF EMERGENCY HOSPITAL: TO THE QUESTION OF SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLSCENTS

Bykova V.I., Lvova E.A.

SBIHRI EPST, Moscow, Russia

Keywords: adolescents, suicidal behavior, ambulance.

В НИИ детской неотложной хирургии и травматологии поступают дети, получившие сочетанные скелетные травмы, а также тяжелые травмы спины и головы. За последнее время значительно участились случаи травм у подростков вследствие суицидальных попыток. Так, например, за неполных два месяца текущего года в стационаре находятся 9 детей, что уже сопоставимо с количеством детей, поступивших в Институт после суицидальных попыток, за весь 2022 год (13 человек).

При анализе показателей по суицидальному поведению с 2016 года отмечается явный прирост числа подобных случаев. Особенный всплеск виден в 2020-2022 годах, что, по времени совпадает с периодом изоляции из-за пандемии коронавирусной инфекции в России. Отчасти это свидетельствует о факте несформированности стратегий совладания (копинг-стратегий) у подростков с психологически трудной ситуацией. Во всей рассматриваемой группе подростков, совершивших суицидальные попытки, в последние годы количество девочек превышало количество мальчиков. Исключением явились показатели 2019 и 2023 годов.

При проведении сотрудниками психологической группы Института тестирования подростков после попыток суицида выделяются две группы детей. Первая группа (42%) имела психопатологические особенности и/или психические отклонения до травм. Вторая группа совершила данные поступки либо вследствие эмоционального аффекта, либо не мотивировано и неожиданно (58%). Часто такие дети не могли объяснить причин своего поведения и не демонстрировали искреннего сожаления о случившемся. Анализ данных по обеим группам показал, что за период с 2016 г. по 2020 г. показатели по аффективным и неожиданным реакциям снижались, но увеличивалось количество случаев с психопатологическими симптомами. Начиная с 2021 года при общем возрастании количества случаев попыток суицида у подростков происходит «стабилизация», уравнивание показателей, когда психопатологические случаи начинают занимать «второе место» после аффективных и неожиданных реакций.

Доминирующую позицию в картине суицидального поведения у подростков занимают дети 14-ти, 15-ти и 16-ти лет. В раннем подростковом возрасте (10 лет) наблюдался только

один ребенок.

За суицидальным поведением в кризисном подростковом возрасте стоят ряд разных причины. Сам подростковый кризисный возраст предполагает остроту чувствования и ранимость подростков, а также желание сепарации от родителей. Ведущей деятельностью в данном возрасте является межличностное взаимодействие. В подростковом возрасте особенно остро встают вопросы дезадаптации и трудности компенсаторного поведения в психологически трудных ситуациях. Особую роль в формировании механизмов адаптации играет не только семья, но и школа (социальная ситуация развития), а в подростковом возрасте школа и общение со сверстниками начинают иметь доминирующую роль и средовое влияние.

Нельзя не отметить тот факт, что эмоциональные нагрузки в школах, связанные с неадекватно завышенными и постоянно меняющимися школьными требованиями, приводят к невротизации детей. Иногда требования программ учебного процесса полностью не совпадают с индивидуальным развитием и функциональными возможностями ребенка, не вписываются в зоны его ближайшего развития (по Л.С. Выготскому).

Высокие показатели по количеству случаев суицидального поведения подростков 2020-2023 гг. также могут быть обусловлены опытом внедрения системы реформирования школы: с 2011 г. школы начали работать по ФГОС для 1-4 классов, а в 2012 г. произошел переход на новые стандарты основной школы (5-9 классы). Не менее важным фактором, влияющим на уровень невротизации детской популяции, является постоянная смена требований и резкие изменения в учебном процессе (появление новых или отмена экзаменов, изменение уровня экзаменационных требований и пр.). Школа живет по принципу: «Год на год не похож».

Приведенные в тезисах данные и наблюдения являются предварительными и призваны заострить проблему для адекватного, разумного, спокойного и взвешенного ответа на острые вопросы современной российской реальности.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Огарев В.В.^{1,2}, Сирота Н.А.², Валитова Э.Р.¹, Березина О.И.¹, Бордин Д.С.^{1,3}, Бодунова Н.А.¹

¹ ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимов, Москва, Россия

³ ФГБОУ ВО ТвГУ, Тверь, Россия

ya@vogarev.ru

Ключевые слова: восприятие болезни, ахалазии кардиальной части пищевода, качество жизни, копинг-поведение, мотивация на лечение.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACHALASIA OF THE CARDIA

Ogarev V.V.^{1,2}, Sirota N.A.², Valitova E.R.¹, Berezina O.I.¹, Bordin D.S.^{1,3}, Bodunova N.A.¹

¹ SBIH A.S. Loginov MCSPC DHM

² FSBI HE A.I. Yevdokimov MSMSU MOH, Moscow, Russia

³ FSBI HE TvSU, Moscow, Russia

ya@vogarev.ru

Keywords: perception of the disease, achalasia, quality of life, coping behavior, motivation for treatment.

Введение. Ахалазия кардиальной части пищевода (АК) – это хроническое заболевание пищевода, проявляющееся нарушением прохождения пищи по пищеводу, снижением веса и развитием осложнений. По данным исследований у пациентов с АК имеется повышенный риск развития онкологических заболеваний – 3-8%, который увеличивается с продолжительностью заболевания [5]. При этом страдает не только физическое здоровье, но и психологические аспекты качества жизни и приверженности лечения пациентов с АК. При изучении психологического статуса больных с ахалазией был отмечен высокий уровень тревожности и депрессии в различной степени [6].

Цель исследования изучение клинико-психологических особенностей и качества жизни пациентов с АК. Для достижения поставленной цели необходимо изучить клинико-психологические особенности компонентов восприятия болезни, качества жизни, связанного со здоровьем, способов совладания со стрессом и личностные особенности в отношении болезни.

Материалы и методы. 1. «Опросник качества жизни SF-36»; 2. «Краткий опросник восприятия болезни» Э. Бродбент, адаптирован В.М. Ялтонским, Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, А.В. Ялтонской [4]; 3. «Методика диагностики беспокойства о прогрессировании заболевания», Н.А. Сирота, Д.В. Московченко [3]; 4. Опросник способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями», Л.И. Вассерман и соавторы [2]; 5. Сокращенный многофакторный опросник исследования личности в адаптации В.П. Зайцева [1]. В исследование включены 67 пациентов с подтвержденным диагнозом ахалазии кардии: 32 (47,8 %) мужчины и 35 (52,2 %) женщины, проходивших диагностику и лечение в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». Средний возраст пациентов составил $52,36 \pm 15,33$ года, средний возраст мужчин – $48,2 \pm 15,41$ года, женщин – $55,88 \pm 14,49$ года.

Результаты и их обсуждение. При анализе результатов восприятия болезни пациенты с АК оценивают влияние имеющегося заболевания на их жизнь как умеренное (6,61 балла), не в полной мере осознают длительность его течения (5,58 баллов). Несмотря на высокую идентификацию симптомов (6,24 балла) они не могут полностью контролировать ход заболевания (5,0 баллов) и проводимое лечение (4,91 балл), что в свою очередь приводит к повышенной обеспокоенности болезнью (7,58 баллов) и умеренному эмоциональному реагированию на болезнь (6,18 баллов). У пациентов с АК выявлены низкие показатели по эмоциональному (15,06 из 40 баллов) и когнитивному (12,34 из 48 баллов) компоненту и средний уровень выраженности для поведенческого (12,19 из 24 баллов) компонента беспокойства о прогрессировании заболевания. Это свидетельствует об отсутствии негативных мыслей и переживаний по отношению к заболеванию и адекватном реагировании в поведении, направленном на преодоление болезни. При анализе результатов качества жизни пациентов с АК выявлены высокий показатель «физическое функционирование» (83,88%), повышенные показатели «ролевое функционирование» (71,64%), «эмоциональное функционирование» (67,17%), «боль» (66,19) и «социальное функционирование» (64,56), средние показатели «общее здоровье» (59,99), «психологическое здоровье» (57,53), «жизнеспособность» (53,63). В целом выявленные результаты являются нормативными для группы пациентов с АК с тенденцией к снижению жизненной активности, развития и наличия депрессивных, тревожных переживаний и снижения веры в перспективу лечения. Анализ результатов применения методики стратегий совладающего поведения показал, что обследованные пациенты с АК используют широкий спектр способов совладания со стрессом. Наиболее часто используемыми копинг-стратегиями у пациентов являлись «бегство-избегание» и «поиск социальной поддержки». Доминирование стратегии «бегства-избегания» предполагает попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с симптомами заболевания за счет реагирования по типу уклонения (неоправданные ожидания, отрицание, фантазирование). Стратегия поиска социальной поддержки у больных может быть связана с опытом жизни с болезнью и осознанием необходимости обращения, как за медицинской помощью, так и за эмоциональной и действенной поддержкой близких. Чувство неуверенности в собственных силах вследствие болезни может формировать у больных ориентацию на использование внешних ресурсов (помощь медицинского персонала), зависимость от окружающих, потребность в безусловной опеке и поддержке, отказ от принятия ответственности за преодоление жизненных трудностей. При исследовании личностных особенностей пациентов с АК следует отметить демонстрацию нормативно одобряемых ответов, повышение шкалы «ипохондрия», что отражает мнительность и

тревожность, склонность к ненавязчивому анализируванию состояния собственного организма. Возможно формирование стойких опасений в отношении своего здоровья.

Выводы. Для испытуемых, оценивающих свою болезнь как выраженную угрозу, характерно низкое качество жизни, проявляющееся в низких значениях степени социального взаимодействия и психологического здоровья. Они используют специфические копинг-стратегии, проявляющееся в бегстве-избегании, принятии ответственности. Для них характерны специфические личностные особенности, проявляющееся в критичности к своему заболеванию, ригидности, повышенной чувствительности с эмоциональной отстраненностью.

Пациенты с АК демонстрируют выраженные психологические особенности, сопровождающие их заболевание, а именно, не в полной мере осознавая перспективы его течения, трактуя влияние имеющегося заболевания на их жизнь как умеренное. Несмотря на высокую идентификацию симптомов у них присутствует ощущение невозможности собственного контроля хода заболевания и проводимого лечения, что в свою очередь приводит к повышенной обеспокоенности болезнью и эмоциональному реагированию на болезнь. Они проявляют мнительность и тревожность, склонность к анализируванию состояния собственного организма. Отмечается изменения качества жизни, что проявляется в снижении жизненной активности, развитии и наличии депрессивных, тревожных переживаний и снижении веры в перспективу лечения.

Исследование клинико-психологических особенностей пациентов с АК является необходимым для оказания квалифицированной психосоциальной помощи. Пациенты с АК имеют риск развития онкологического заболевания, хирургического вмешательства, что влияет на изменение привычного уклада жизни и требует как физических, так и психических ресурсов.

Литература

1. Зайцев, В. П. Клиническая шкала психического статуса больных хроническими соматическими заболеваниями / В. П. Зайцев, Т. А. Айвазян // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2010. – № 2. – С. 44-47.
2. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями : пособие для врачей и медицинских психологов / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Р. Исаева [и др.]. – САНКТ-ПЕТЕРБУРГ: НИПНИ им. Бехтерева, 2009. – 38 с.
3. Сирота, Н. А. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника / Н. А. Сирота, Д. В. Московченко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 86-91.;
4. Ялтонский, В., Ялтонская, А., Сирота, Н., & Московченко, Д. . Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. Психологические исследования, 10(51).
5. Loosen S.H., Kandler J., Luedde T. et al. Achalasia associated with a higher incidence of depression in outpatients in Germany // PLoS ONE 2021 Apr 30;16(4):e0250503. doi: 10.1371/journal.pone.0250503. PMID: 33930060; PMCID: PMC8087033.
6. Oude Nijhuis RAB, Zaninotto G., Roman S. et al. European Guideline on Achalasia – UEG and ESNM recommendations // United European Gastroenterology Journal 2020. Vol. 8(1). P. 13–34.

РОЛЬ ПСИХОЛОГА В КЛИНИКЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ: ЗАДАЧИ РАБОТЫ С ГРУППОЙ РИСКА ПОВТОРНЫХ САМООТРАВЛЕНИЙ С ЦЕЛЬЮ СУИЦИДА

Пуговкина О.Д., Суботич М.И., Холмогорова А.Б.

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

olgapugovkina@yandex.ru

Ключевые слова: суицид, повторный суицид, самоотравления лекарственными препаратами.

PSYCHOLOGIST IN THE CLINIC OF ACUTE POISONING: WORKING WITH A GROUP AT RISK OF REPEATED SUICIDAL SELF-POISONING

Pugovkina O.D. , Subotich M.I. , Kholmogorova A.B.

Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia

olgapugovkina@yandex.ru

Keywords: suicide, repeated suicide, self-poisoning with drugs

Введение. В токсикологической клинике доля пациентов с самоотравлениями лекарственными препаратами несколько снижается в последние годы на фоне роста отравлений этанолом и наркотическими веществами и составляет около 10% от всех острых отравлений. Тем не менее, ежегодно насчитывается около 10 тысяч случаев самоотравлений лекарственными препаратами, среди которых чаще всего используются психотропные и гипотензивные. Важно также отметить, что именно в этой группе – самоотравлений лекарственными препаратами – суицидальные попытки составляют 97% [2]. Развитие токсикологической службы непосредственно способствует снижению летальности случаев самоотравлений. Однако известно, что после попытки самоотравления значительно повышается риск повторной завершённой суицидальной попытки, - более 5% людей, после попытки самоотравления совершают законченный суицид в течение 9 лет [3]. Повышает риск совершения неоднократных самоповреждений (в том числе импульсивных самоотравлений) и наличие таких психиатрических диагнозов, как эмоционально-неустойчивое расстройство личности и расстройства аффективного спектра, в первую очередь, депрессивные. Выделяется и ряд социальных и психологических факторов самоотравлений лекарственными препаратами – безнадежность, одиночество, хронический болевой синдром и наличие тяжелых соматических заболеваний с негативным прогнозом, социальная изоляция, алкоголизация и другие [1]. Целью настоящего исследования был анализ социодемографических, клинических характеристик пациентов и причин попыток самоотравлений лекарственными препаратами

как основы планирования психологических интервенций на этапе реабилитации в токсикологическом стационаре.

Материал и методы. В эмпирическом исследовании были выборочно проанализированы социодемографические и клинико-психологические особенности 106 пациентов, госпитализированных в отделение токсикологии НИИ СП им. Н.В.Склифосовского с самоотравлениями гипотензивными препаратами в 2018-2020 гг. Средний возраст составил 54 года, 74 женщины, 32 мужчины.

Результаты и их обсуждение. При госпитализации чаще других (48% - 47 пациентов) был выставлен диагноз F43.X (реакция на стресс и нарушения адаптации). В этой подгруппе наиболее высок процент употребления алкоголя в структуре эпизода самоотравления – 57% пациентов. Достаточно многочисленную группу составляют пациенты с алкогольной зависимостью (F10.X) – 18%. Практически все они совершили самоотравление лекарственными препаратами на фоне злоупотребления алкоголем. С ними сопоставимы по численности группы пациентов с эпизодом депрессии (F 32.X) – 19% и с психическими расстройствами, обусловленными органическими поражениями мозга или соматическими заболеваниями (F 06.X) – 17%. Однако в этих двух группах обращает внимание высокий процент отягощенности тяжелой соматической патологией (84 и 100% соответственно). Наиболее частый диагноз – заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь – 50%, ишемическая болезнь – 12%, ОНМК – 9%). Встречаются единичные случаи других тяжелых заболеваний (полиартроз, гепатит С, туберкулез легких и др.). Частота употребления алкоголя, напротив, в этих группах существенно ниже – 19% в группе пациентов с депрессивным расстройством, а в группе пациентов с психическими расстройствами на фоне органических поражений мозга или соматических заболеваний алкоголь в структуре эпизода не встречается совсем. Мотивами самоотравления чаще всего выступают острые конфликты и ссоры; алкоголизация; смерть близкого человека; прием препаратов на фоне тревожного состояния.

Выявленные клинико-психологические особенности пациентов с самоотравлениями лекарственными препаратами позволяют конкретизировать мишени и методы психологической помощи на этапе реабилитации пациентов. Преимущественно суицидальный характер самоотравлений, а также доминирование среди причин острых ссор и конфликтов межличностного характера свидетельствует о необходимости кризисного консультирования и ориентирования пациентов к обращению за доступной консультативной психологической и психиатрической помощью. Высокая частота употребления алкоголя в структуре эпизода самоотравления говорят о востребованности мотивационных интервенций, направленных на проблематизацию злоупотребления. Высокий уровень коморбидности с

тяжелой соматической патологией преимущественно в виде сердечно-сосудистых заболеваний позволяет говорить о возможностях скрининга психологических факторов риска депрессии и суицида у таких пациентов – руминаций, одиночества, алекситимии, эмоциональной дисрегуляции. Эмпирические данные, таким образом, свидетельствуют об актуальности включения различных форм срочной психолого-психиатрической помощи вскоре после реабилитационных мероприятий. Необходимо своевременное определение важности дальнейшего лечения и оценка показаний к психофармакотерапии и/или психотерапии, а также обеспечение преемственности в маршруте помощи, которая рекомендуется пациенту. Следует отдельно подчеркнуть роль первичной медицинской сети, которая может способствовать выявлению депрессии и суицидальных намерений.

Выводы. Традиционно выделяемые задачи развития токсикологической службы [4] могут быть дополнены мероприятиями по психопрофилактике повторных суицидальных попыток, психообразованию, дальнейшей маршрутизации пациента после основного медицинского вмешательства на начальном этапе госпитализации, реализуемыми при включении специалиста – клинического психолога в бригаду помощи пациентам.

Литература

1. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б., Поцхверия М.М., Суходолова Г.Н. Самоотравления гипотензивными препаратами: кликопсихологические и социально-демографические факторы и общие подходы к профилактике. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2021;10(4):719-727.
2. Суботич М.И., Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б., Поцхверия М.М., Суходолова Г.Н. Кликопсихологические аспекты оказания психологической помощи при попытках самоотравления // Юбилейные Лужниковские чтения: этапы и перспективы развития клинической токсикологии: Материалы научно-практической конференции с международным участием (Москва, 21-22 октября 2022 г.). М.: НПО ВНИИ; НИИ СП им. Н.В.Склифосовского ДЗМ, 2022. Труды института, Т. 251. С. 105-107.
3. Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Корх М.П., Рахманина А.А., Быкова М.С. Дезадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика у лиц с первой попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 1. С. 63–86.
4. Хубутя М.Ш., Кабанова С.А., Гольдфарб Ю.С., Маткевич В.А., Богопольский П.М., Бадалян А.В. Прогноз развития клинической токсикологии в россии. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2016;(3):26-33.
5. Williams-Johnson J., Williams E., Gossell-Williams M., Sewell C.A., Abel W.D., Whitehorne-Smith P.A. Suicide attempt by self-poisoning: characteristics of suicide attempters seen at the Emergency Room at the University Hospital of the West Indies. West Indian Med J. 2012 Aug;61(5):526-31.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Рахманина А.А.

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

Rakhmaninaaa@sklif.mos.ru

Ключевые слова: этический кодекс психолога, медицинская психология, соматическая

медицина.

ETHICAL ASPECTS OF THE PSYCHOLOGIST'S WORK IN THE SOMATIC CLINIC

Rakhmanina A.A.

Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia

Rakhmaninaaaa@sklif.mos.ru

Keywords: ethical code of a psychologist, medical psychology, somatic medicine.

Соблюдение этических принципов является одним из ключевых показателей профессионализма работы медицинского психолога. Несмотря на то, что медицинские психологи в соматической клинике реже сталкиваются с пациентами, имеющими психические расстройства, чем специалисты, работающие в сфере охраны психического здоровья, специфика состояния их пациентов также требует не менее бережного и объективного отношения к ним. Особенно это касается работы в стационарах скорой помощи, куда пациенты попадают экстренно, зачастую сразу после воздействия психотравмирующих событий и могут демонстрировать состояния, в рамках которых требуется подключение навыков экстремальной психологии [1]. Этический кодекс психолога РПО [4], который является основным документом для всех направлений практикующих психологов, включает в себя пункт, освещающий вопросы осведомленности и добровольного согласия пациента на консультацию и диагностику. Опыт работы показывает, что лечащий врач не всегда информирует пациентов о назначенной консультации медицинского психолога, что может вызвать негативизм пациента по отношению к специалисту еще на этапе установления контакта. В связи с тем, что на современном этапе развития культуры обращение к психологу не всеми пациентами воспринимается позитивно, данная ситуация может быть потенциально конфликтной и вызывающей негативные эмоции у пациента, особенно если вокруг находятся соседи по палате. Подобные ситуации часто возникают, когда пациент или его родственник демонстрируют выраженные признаки эмоциональной дезадаптации (выраженный плач, вербальная агрессия) и психолог является инициатором начала беседы. Учитывая, что со стороны персонала перед психологом может стоять задача «успокоить неудобного пациента», возникает этическая дилемма между оказанием помощи пациенту, который отдает отчет в своих действиях, но ввиду стрессовой ситуации может нерационально на нее реагировать, и необходимостью отталкиваться от согласия самого пациента. Если у врачей-психиатров подобные взаимодействия строго регламентированы критериями недобровольного оказания помощи, то психологу приходится просчитывать риски в процессе установления контакта [5].

Опыт работы в стационаре скорой помощи указывает на то, что зачастую психолог привлекается к деятельности, которая регламентируется внутренними документами, например, такими как должностные инструкции, включающие пункты, выходящие за рамки профессионального стандарта медицинского психолога [2]. Помимо оказания клинико-психологической помощи, психолог может быть привлечен лечащими врачами для работы с пациентами, отказывающимися от лечения, с целью повышения их комплайентности, медиации конфликтов пациентов и их родственников с персоналом больницы.

В некоторых случаях отказ психолога от консультации с пациентом, выражающим нежелание вступать в контакт со специалистом, или несогласие переубедить его может восприниматься коллегами, как проявление неуважения к ним или нежелание выполнять свои обязанности. Недопонимание со стороны врачей могут также возникать при ухудшении эмоционального состояния пациента, являющегося адекватной реакцией на психотравмирующие события или связанное с частью терапевтического процесса. Персонал больницы может расценивать негативные эмоции пациента, как свидетельство непрофессионализма психолога и действовать вразрез с его рекомендациями; инвалидировать состояние пациента, исходя из благих намерений.

Этическая дилемма может лежать между принципом честности и бережным отношением к пациенту в случае информирования о негативных событиях. С одной стороны, пациент может быть очень слаб физически и не иметь ресурса для принятия плохой новости (например, о плохом прогнозе развития заболевания или о смерти близких в аварии/пожаре), в связи с чем лечащий врач может попросить психолога не раскрывать данную информацию и снизить тревогу пациента, работая с его эмоциями и мыслями. С другой стороны, сокрытие правды, оттягивает процесс переживания утраты и может быть контртерапевтично, что еще сильнее ухудшит состояние пациента в дальнейшем.

Еще одним ключевым принципом оказания психологической помощи является сохранение конфиденциальности данных пациента. Не всегда работа с пациентом в соматической клинике, а особенно в стационаре скорой помощи, проводится в отдельном кабинете. В ситуации, когда пациент ограничен в движении и может находиться только в кровати, консультация может проводиться в присутствии соседей по палате и персонала больницы. Это не только мешает сохранению конфиденциальности пациента, но и ограничивает специалиста в выборе обсуждаемых тем, что может сказываться на продуктивности работы и негативно влиять на полученный результат [3].

Этические вопросы могут возникать и при ведении истории болезни. Не во всех случаях можно дать пациенту полную обратную связь. С одной стороны, психолог должен максимально объективно оценивать состояние пациента и отражать это в медицинской

документации, особенно если предполагается, что личностные черты пациента оказали влияние на его физическое состояние и позицию по отношению к лечению. С другой стороны, сохранение позитивного контакта с пациентом, положительного впечатления о профессии психолога в целом, может быть нарушено при ознакомлении пациента с историей болезни выпиской, когда пациент не согласен с заключением психолога.

В некоторых случаях пациенты обоснованно переживают, что результаты психодиагностики и клинической беседы могут повлиять на ход объективного обследования и лечения, отказ от более дорогостоящих или специфических видов диагностики. Пациент начинает бояться «психосоматической гипердиагностики», из-за чего просят не рассказывать лечащему врачу о результатах беседы, что приводит психолога к выбору между сохранением конфиденциальности и предоставлением данных, влияющих на эффективность лечения. Особенно сильно такие страхи отмечаются при нарушениях коммуникации пациента и его лечащего врача, стигматизации пациента со стороны персонала. Безусловно, подобные случаи являются редкостью и в большей степени затрагивают этические принципы лечащего врача. Тем не менее задачей клинического психолога в данном случае является сохранение нейтральной позиции, проведение правильной дифференциальной диагностики, полное информирование пациента о вариантах влияния психологических факторов на его соматическое здоровье и налаживание контактов между персоналом больницы и пациентом. Важно отметить, что для выполнения этой задачи психолог должен обладать достаточными компетенциями, что не всегда выполняется в современных реалиях, когда до работы с пациентами соматической клиники допускаются специалисты, не имеющими квалификации клинического психолога.

Практически никак не регламентируется взаимодействие медицинского психолога с родственниками пациентов. Если психолог вступает во взаимодействие с пациентом в процессе лечения, а его результаты фиксируются в истории болезни и протоколах, то взаимодействие с родственниками пациентов (и другими сопровождающими лицами), особенно на этапе приемно-диагностического отделения, зависит в большей степени от профессионализма и границ самого специалиста. Основные проблемы в данном случае могут быть связаны с вышеописанными трудностями, такими как отсутствие мотивации и активного согласия на беседу, необходимостью использовать физический контакт без получения активного согласия (например, при истерическом припадке, ступоре, который может возникнуть в качестве острой реакции на стресс, сообщение плохой новости).

Таким образом, во время работы медицинского психолога в соматической клинике, особенно в стационаре скорой помощи, могут возникать разные этические трудности. Часть из них можно было бы избежать, если бы работа психолога в подобных стационарах

регламентировалась клиническими рекомендациями или другими регулируемыми документами. Не менее важной частью является и включение курса Этики в обучение молодых специалистов и включение кейсов, направленных на консультативную, а не только психодиагностическую работу в рамках аккредитации медицинских психологов.

Литература

1. Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского центра / А. Б. Холмогорова, М. И. Суботич, А. А. Рахманина [и др.] // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 384-390.
2. Профессиональный стандарт медицинского психолога: утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ, 2018г. [Электронный ресурс]. - URL: http://psyrus.ru/kontseptsii/doc/061018_ps_med_psy.pdf
3. Специфика работы психологической службы в условиях стационара скорой помощи / А. Б. Холмогорова, А. А. Рахманина, М. В. Калантарова, М. И. Суботич // Ананьевские чтения - 2021 : Материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 19–22 октября 2021 года / Под общей редакцией А.В. Шаболтас. Отв. ред. В.И. Прусаков. – Санкт-Петербург: ООО "Скифия-принт", 2021. – С. 145-146.
4. Этический кодекс психолога [Электронный ресурс]. - URL: <http://psyrus.ru/rpo/documentation/ethics.php>.
5. Koocher, Gerald & Hoffman, Jeanne & Richards, C. & Cohen, Lee. (2020). Ethical Issues for Psychologists in Medical Settings. 345-354.

ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК В ОТДЕЛЕНИИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Эдер Ю.С.¹, Микита О.Ю.²

¹ ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

juliachubukova@mail.ru

² ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия

mikita-o@yandex.ru

Ключевые слова: трансплантация органов, психологическое сопровождение, пациенты с хронической болезнью почек, приверженность к лечению.

THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE TRANSPLANTATION DEPARTMENT

Oeder Y.S.¹, Mikita O.Yu.²

¹ Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia

juliachubukov@mail.ru

² SBHI S.P. Botkin CCH, Moscow, Russia

mikita-o@yandex.ru

Keywords: organ transplantation, psychological support, patients with chronic kidney disease,

adherence to treatment.

Введение. В последнее десятилетие распространенность хронического заболевания почек (ХЗП) неуклонно возрастает параллельно с ростом населения, страдающего от таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение и метаболический синдром [1]. В 2017 году у каждого десятого человека в мире были выявлены признаки ХЗП, что составило около 843,6 миллионов человек [11]. В период с 1990 по 2017 год количество зафиксированных смертей от ХЗП выросло на 41,5%, таким образом к 2040 году ХЗП будет занимать 5-е место среди причин смертности. Помимо влияния на увеличение смертности, ХЗП оказывает существенное воздействие на качество жизни населения и экономические показатели, как в странах с низким и средним уровнем дохода, так и в индустриальных странах с высоким уровнем жизни [4]. Трансплантация почек является основным высокотехнологичным видом медицинской помощи, направленным на спасение жизни пациента с ХЗП в терминальной стадии заболевания. Согласно оценке экономических затрат в 2018 году, связанных с лечением ХЗП, они составили в год на 1 человека: с помощью диализной терапии – 1 266 967,88 рубля; методом трансплантации с успешным исходом – 1 665 110,19 рубля; методом трансплантации с неуспешным исходом – 2 932 078,07 рубля [7]. Несмотря на стремительное развитие трансплантационных технологий и их основы — органного донорства, как наиболее эффективного способа помощи пациентам с терминальной стадией хронических заболеваний, проблемы улучшения качества жизни пациентов не могут быть сведены исключительно к избавлению от соматического страдания или простого продления физического существования. Согласно проведенным нами ранее исследованиям [8,9,12], пациенты с ХЗП подвержены сильнейшему стрессу на всех этапах трансплантации. Разница в протекании заболевания, наличии или отсутствии диализа, его переносимости, длительности ожидания трансплантации, последующей операции и постоперационном реабилитационном периоде способствуют значительной психологической «нагрузке» из-за наличия постоянного риска витальной угрозы либо возможной инвалидизации. Впоследствии это приводит к отягощению состояния, появлению выраженных психосоциальных проблем, оказывающих существенное влияние на качество жизни пациентов, их психологический статус, жизнесмысловые ориентации. Важность надлежащего и эффективного реагирования на эмоциональные и психологические трудности, с которыми сталкиваются пациенты с почечными заболеваниями, подчеркивается в ряде национальных руководств и директив [3,11].

Таким образом, возникает множество психологических трудностей, требующих решения специалистами ряда клинико-психологических задач. Среди них оценка психологического

статуса, эмоционального состояния, стратегий совладания со стрессовой ситуацией, ценностно-мотивационной сферы личности, поскольку все это может стать факторами некомплаентности (отсутствия приверженности к лечению) пациентов с ХЗП [5,6]. Некомплаентное поведение (несоблюдение рекомендаций врачей) напрямую влияет на эффективность и исход трансплантации, а также ее экономическую составляющую [4-6]. С целью минимизации риска неэффективности лечения по причине некомплаентного поведения со стороны пациента, необходимо проведение оценки приверженности пациентов к лечению на разных этапах.

Цель. Оценить приверженность к лечению пациентов с ХЗП ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» до и после трансплантации почки с целью выявления групп риска некомплаентного поведения.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения трансплантации почки и поджелудочной железы ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ». Обследованы 3 группы пациентов с диагнозом «Хроническая почечная недостаточность»:

1. 48 пациентов до трансплантации почки, которые находились в листе ожидания (ЛО). Средний возраст пациентов: $48,06 \pm 10,21$ года. Гендерный состав группы: 40% мужчин, 60% женщин.

2. 62 пациента после трансплантации почки (через месяц после трансплантации). Средний возраст пациентов: $49,49 \pm 11,04$ года. Гендерный состав группы: 41% мужчин, 59% женщин.

3. 23 пациента после трансплантации почки (более чем через 1 месяц после трансплантации). Средний возраст пациентов: $43,39 \pm 12,29$ года. Гендерный состав группы: 40% мужчин, 60% женщин.

Оценка уровня приверженности к лечению проводилась с помощью психодиагностических методик: «Количественная оценка приверженности к лечению» (КОП 25) [10] и «Уровень комплаентности» [2]. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Microsoft Office Excel 2019, SPSS for Windows Version 26.0. С целью определения статистически значимых различий психодиагностических показателей между тремя группами пациентов с ХРН были использованы: дескриптивный анализ (вычисление и описание средних значений (M), стандартных отклонений (SD) и ошибок средних значений (m), а также расчет критерия Манна–Уитни для двух независимых выборок с поправкой Бонферрони).

Результаты:

1. Пациенты из листа ожидания обладают самым высоким уровнем приверженности ($90,30 \pm 18,94$ баллов) к лечению на всех трех уровнях (социальном, эмоциональном и

поведенческом) по сравнению с обеими группами после трансплантации почки. По методике «Количественная оценка приверженности к лечению» по показателю «Приверженность к модификации образа жизни» они демонстрируют самый низкий результат среди сравниваемых групп ($56,30 \pm 20,60$ баллов). Высокий уровень приверженности к лечению на данном этапе в совокупности с самым низким показателем приверженности к изменению образа жизни, важности изменений среди обследуемых групп может быть обусловлен тем, что отвечающие, понимая значение вопросов по приверженности лечению, дают социально желательные ответы в первом случае, а во втором случае - нет. Исходя из данного предположения, мы считаем, что пациенты до трансплантации на фоне ожидания и прохождения диализа могут обладать нереалистичными представлениями о модификации их образа жизни, не осознавать в полной мере, какие именно усилия им предстоит приложить для реализации необходимой терапии.

2. Группа пациентов через месяц после трансплантации почки характеризуется снижением всех уровней приверженности ($71,89 \pm 22,80$ баллов) к лечению по сравнению с пациентами до трансплантации. В данной группе уровень приверженности к модификации образа жизни ($71,50 \pm 19,18$ баллов) выше по сравнению с пациентами из ЛО. Они готовы выполнять рекомендации относительно изменения режима питания (соблюдения определенной диеты), физических нагрузок, а также ограничений (или отказа) от нежелательных привычек, но с учетом выраженных ограничений, накладываемых болезнью, нехватка поддержки на данном этапе со временем может нивелировать уровень приверженности к лечению и привести к срыву в соблюдении рекомендаций.

3. Третья группа через несколько месяцев после трансплантации почки обладает самыми низкими показателями уровня приверженности ($65,73 \pm 23,47$ баллов) к лечению на всех уровнях (социальном, эмоциональном и поведенческом), пациенты придают большее значение модификации ($69,32 \pm 16,26$ баллов) их образа жизни по сравнению с пациентами из листа ожидания.

4. В полученных данных 2-х групп после трансплантации почки не было обнаружено статистически значимых различий по методикам: «Количественная оценка приверженности к лечению» и «Уровни комплаентности». Наличие более низкого уровня приверженности к лечению на социальном, эмоциональном и поведенческом уровнях, сохраняющиеся ограничения в образе жизни после трансплантации почки, риск появления негативных эмоциональных реакций и других психологических проблем повышает вероятность появления нон-комплаентного поведения.

Заключение. Наличие нон-комплаентного поведения напрямую влияет на эффективность проводимой терапии и исход трансплантации почки. Согласно выявленной нами динамике

изменений уровня приверженности к лечению пациентов с ХЗП, а также риску появления психосоциальных проблем, рекомендовано психологическое сопровождение в отделении трансплантации на разных этапах лечения для своевременной диагностики, коррекции, а также профилактики нарушений, которые впоследствии могут повлиять на несоблюдение рекомендаций врача и результаты лечения.

Литература

1. Готье С.В., Хомяков С.М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2020 году XIII сообщение регистра Российского трансплантологического общества. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2021;23(3):8-34.
2. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности». Владивосток; 2014.
3. Клинические рекомендации. Хроническая болезнь почек (ХБП). Нефрология. 2021;25(5):10-82.
4. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутя М.Ш. Экономические аспекты нон-комплаентного поведения пациентов с хронической почечной недостаточностью и пути его коррекции. Трансплантология. 2022;14(3):278-291.
5. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутя А.Ш. Приверженность к лечению пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки. Вестник психотерапии. 2020;75(80):60-67.
6. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутя А.Ш. Проблема комплаентности пациентов с хронической почечной недостаточностью. Вестник психотерапии. 2020;76(81):109-122.
7. Лакман И.А., Халикова А.А., Корженевский А.А. Оценка влияния различных исходов операции трансплантации почки на экономические затраты при лечении хронической болезни почек. Здоровоохранение РФ. 2018;62(2):60–67.
8. Микита О.Ю., Лысенко Ю.С. Качество жизни и смысложизненные ориентации пациентов с хронической почечной недостаточностью до трансплантации почки. Вестник психотерапии. 2018;67(72):131-140.
9. Микита О.Ю., Хубутя А.Ш. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки. Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2018;12(166):326-329.
10. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). Клиническая фармакология и терапия. 2018;27(1):74–78.
11. RusTransplant. Российские трансплантологические регистры. Международные трансплантологические регистры. URL: <https://rustransplant.com/materiali-dlya-transplantologov/registri-transplantacii/> [Дата обращения 08 января 2023 г.].
12. Хубутя М.Ш., Лысенко Ю.С., Микита Ю.С., Пинчук А.В. Социальная значимость болезни и комплаентность у пациентов с хронической почечной недостаточностью. Ученые записки университета Лесгафта. 2020;9(187):499-502.

ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ И КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Тимашков А.Ю., Ламчева Е.И.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

i.abrosimov@bk.ru

Ключевые слова: восприятие болезни, совладающее поведение, адаптация в болезни, приверженность лечению.

ILLNESS PERCEPTION AND COPING BEHAVIOR IN PATIENTS WITH IMMUNO-INFLAMMATORY RHEUMATIC DISEASES

Yaltonsky V.M., Abrosimov I.N., Timashkov A.Yu., Lamcheva E.I.

¹ FSBI HE A.I. Yevdokimov MSMSU MOH, Moscow, Russia

i.abrosimov@bk.ru

Keywords: Illness perception, coping behavior, adaptation to illness, adherence to treatment.

Введение. Иммуновоспалительные ревматические заболевания – разнообразная группа системных хронических болезней, развитие которых обусловлено нарушением иммунологической толерантности организма к собственным тканям (аутоантигенам). В данную группу входят: ревматоидный артрит (РА), системная красная волчанка (СКВ), системная склеродермия (ССД) и некоторые другие заболевания. Эти заболевания характеризуется хроническими воспалительными процессами и прогрессирующим необратимым нарушением функции внутренних органов. Актуальность проблемы для современной медицины и клинической психологии определяется высокой распространенностью иммуновоспалительных ревматических заболеваний в популяции, трудностью их ранней диагностики, быстрой и приводящей к снижению качества жизни инвалидизацией пациентов и неблагоприятным жизненным прогнозом [3]. В то же время данные заболевания являются яркой моделью для изучения комплексных процессов психологической адаптации личности в условиях хронического соматического заболевания. Их прогрессирующее течение со склонностью к рецидивам и необходимость постоянного комплексного лечения требуют применения активных действий по саморегуляции и эффективных стратегий совладающего поведения от пациента [2]. Теоретико-методологическая основа исследования - модель саморегуляции болезни на основе здравого смысла Г. Левенталя и трансактная модель стресса и совладания Р. Лазаруса, С. Фолькман.

Цель исследования – анализ субъективного восприятия болезни, совладающего с ней поведения и приверженности лечению как параметров психологической адаптации пациентов с ИВРЗ.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 163 женщины, находившихся на стационарном лечении в НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой: 63 – с СКВ, 50 – с РА, 50 – с ССД. Средний возраст - $34,00 \pm 17,46$ года. Применяемые психодиагностические методики: 1. Краткий опросник восприятия болезни (Brief Illness Perception Questionnaire) [5]. 2. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями [1]. 3. Шкалы «Депрессия» и «Тревожность» опросника выраженности

психопатологической симптоматики [4]. 4. Шкала приверженности лечению (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8, 2008 г.) [9]. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программного пакета SPSS Statistics (Vers. 23). При сравнении средних значений по группам использовали дисперсионный анализ. Факторный анализ осуществлялся методом главных компонент, методом вращения факторов Varimax с учетом теста Кайзера–Мейера–Олкина. Кластеризация данных проводилась методом k-средних (с проведением дисперсионного анализа ANOVA).

Результаты и их обсуждение. *Факторный анализ* компонентов восприятия иммуновоспалительных ревматических заболеваний позволил определить два статистически значимых фактора. В фактор 1 «Восприятие угрозы болезни» вошли компоненты восприятия болезни: 1. Угроза болезни (значение факторной нагрузки $r=0,903$); 2. Последствия болезни ($r=0,793$); 3. Обеспокоенность болезнью ($r=0,788$); 4. Эмоциональное реагирование на болезнь ($r=0,772$); 5. Идентификация симптомов болезни ($r=0,698$); 6. Восприятие течения болезни ($r=0,366$). В фактор 2 «Восприятие контролируемости болезни и лечения» вошли: 1. Контролируемость болезни ($r=0,844$); 2. Контролируемость лечения ($r=0,814$); 3. Понятность болезни ($r=0,802$).

С помощью дальнейшего кластерного анализа пациентки были распределены в три группы с разными типами восприятия болезни на основании степени выраженности двух ранее выделенных факторов: группа 1 – «Несформированные представления о болезни» ($n=39$), группа 2 – «Позитивные представления о контроле болезни» ($n=65$) и группа 3 – «Негативные представления об угрозе болезни». Нозологический состав каждой из групп был гетерогенен и, как показали наши более ранние исследования, не играл роль независимой переменной в данном контексте.

Далее был проведен описательный и сравнительный анализ эмоциональных и мотивационных показателей, а также уровня приверженности лечению как комплексных параметров психологической адаптации в трех выделенных группах пациенток, по-разному воспринимающих имеющуюся у них болезнь.

Во всех трех группах пациенток с разным типом восприятия болезни выявлен клинически выраженный уровень депрессии и тревожности (Группа 1 - $0,91 \pm 0,56$; Группа 2 - $1,16 \pm 0,65$; группа 3 - $1,41 \pm 0,72$). При этом показатели депрессивного реагирования были статистически значимо менее выражены в группе 1 с несформированным восприятием болезни, чем в группе 2 с позитивным восприятием контроля ($p=0,030$) и чем в группе 3 с негативным восприятием угрозы болезни ($p=0,001$).

Исследование выбора стратегий совладающего поведения показало, что показатели используемых пациентками из всех трех групп стратегий находятся в рамках нормативного

коридора, предложенного авторами методики. При этом стратегии самоконтроля статистически значимо интенсивнее применяются в группе 2 с позитивным типом восприятия болезни ($47,26 \pm 12,10$) по сравнению с пациентками как с негативным (группа 3 - $43,39 \pm 12,63$), так и недифференцированным (группа 1 - $41,44 \pm 1,99$) типом ее восприятия. Аналогичная тенденция выявлена и при оценке выбора стратегии «Планирование решения проблемы» (группа 1 - $41,13 \pm 12,81$; группа 2 - $49,44 \pm 11,75$; группа 3 - $44,45 \pm 11,85$; $p_{1-2}=0,003$, $p_{2-3}=0,016$). Позитивное восприятие контроля болезни и эффективности ее лечения соотносится с более выраженными усилиями, направленными на контроль своего поведения и эмоциональных реакций, а также с планированием дальнейших действий по преодолению стресса. Исходя из рассматриваемых нами моделей саморегуляции личности в условиях болезни, когнитивные представления пациента о своих возможностях контроля и лечения болезни активируют в его поведении соответствующие эффективные, ориентированные на решение проблемы стратегии совладания с болезнью [7].

В группе 2 с позитивным восприятием болезни был выявлен умеренный уровень приверженности фармакотерапии ($6,38 \pm 1,42$ балла), а в группах 1 с несформированным и 3 – с негативным восприятием этот показатель оказался статистически значимо более низким: $5,11 \pm 2,18$ и $5,41 \pm 1,86$ балла ($p_{1-2}=0,022$, $p_{2-3}=0,013$). При этом авторами методики низким определяется уровень приверженности лечению от 0 до 5 баллов, средним – от 6 до 7 баллов и высоким – 8 баллов. То есть в контексте полученных данных мы можем говорить о росте приверженности лечению у пациенток с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями с позитивным восприятием контроля над болезнью. Результаты оценки приверженности лечению дополняют ранее полученные данные: проблемно-ориентированное совладание в группе позитивного восприятия контроля, хотя и не снижает высокие показатели негативного аффективного реагирования, но помогает формировать берегающее здоровье адаптивное поведение в отношении соблюдения врачебных рекомендаций [6].

Заключение. Описанный нами подход к изучению психологической адаптации личности в условиях хронического соматического заболевания, опирающийся на выделение профилей и типов восприятия болезни, открывает новые возможности для более глубокой интерпретации различных, в том числе скрытых, параметров этого сложного и системного процесса, его структуры и динамики.

Предлагаемое выделение разных типов восприятия болезни позволяет осуществлять персонафицированный подход в современной медицине с учетом психологического и психотерапевтического компонентов. Для пациентов с разными типами восприятия болезни могут быть определены различные методы психологического сопровождения, направленного на формирование у них внутренней картины болезни, использование эффективного

репертуара копинг-стратегий, повышение уровня приверженности лечению и адаптации к болезни в целом [8].

Восприятие пациентом имеющегося у него иммуновоспалительного ревматического заболевания как угрозы для жизни и благополучия обуславливает более низкую приверженность лечению, повышение показателей тревожно-депрессивного реагирования, а также снижение частоты выбора более эффективных в ситуации совладания с болезнью копинг-стратегий самоконтроля и планирования решения проблем. Описанные особенности могут служить мишенями для психодиагностической, психообразовательной и психокоррекционной работы в рамках клинко-психологического сопровождения лечебного процесса и повышения адаптации в условиях болезни у пациентов ревматологического профиля.

Литература

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. Санкт-Петербург: НИПНИ им. Бехтерева; 2009. 38 с.
2. Зелтынь А.Е., Фофанова Ю.С., Лисицына Т.А. и др. Хронический стресс и депрессия у больных ревматоидным артритом. Социальная и клиническая психиатрия. 2009;19(2): 69-75.
3. Насонов Е.Л., Александрова Е.Н., Новиков А.А. Аутоиммунные ревматические заболевания — проблемы иммунопатологии и персонализированной терапии. Вестник Российской академии медицинских наук. 2015;70(2):169–182.
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер; 2001. 272 с.
5. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. Психологические исследования. 2017;10(51):1.
6. Ялтонский В.М., Дияжева Л.В., Абросимов И.Н. Совладающее поведение подростков, больных муковисцидозом. Медицинская психология в России. 2011;6(11):14.
7. Leventhal H, Phillips LA, Burns E, Cohen JH Commonsense Modeling (CSM) of Health Behaviors. In: Sweeny K., Robbins ML, Cohen LM. The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. Hoboken: John Wiley & Sons Ltd.; 2020. P. 315-327.
8. Leventhal H., Phillips L.A., Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. J. Behav Med. 2016 Dec;39(6):935-946.
9. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward .HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J. Clin Hypertens (Greenwich). 2008 May;10(5):348-354.

РАЗДЕЛ 8. ПСИХОСОМАТИКА

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОПРОСНИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Васина А.Н.¹, Садовникова Т.Ю.², Сердакова К.Г.¹

¹ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

tatsadov@yandex.ru

Ключевые слова: эмоциональная дисрегуляция, онкологическая гинекология, травма, дифференциальная диагностика, соматическая клиника.

POSSIBILITIES OF USING THE EMOTIONAL DYSREGULATION QUESTIONNAIRE IN THE SOMATIC CLINIC

Vasina A. N.¹, Sadovnikova T. Yu.², Serdakova K. G.¹

¹ FSAEI HE I.M. Sechenov First MSMU, Moscow, Russia

vsnssh2@mail.ru

kiraserdakova@mail.ru

² FSBI HE M.V. Lomonosov MSU, Moscow, Russia

tatsadov@yandex.ru

Keywords: emotional dysregulation, oncological gynecology, trauma, differential diagnosis, somatic clinic.

Введение. Психодиагностика является одной из основных форм деятельности психологов в клинической и профилактической медицине. В соматической клинике необходимость быстро и оперативно определять возможные «мишени» психокоррекционного или психотерапевтического воздействия стоит остро. Медико-психологическая диагностика направлена на получение объективной информации о совокупности психологических характеристик пациентов, механизмах их формирования и предполагаемой динамики и в условиях заболевания [3]. Однако, не всегда есть возможность исследовать особенности психической сферы больного в течение продолжительного времени, а оперативно оказать ему психологическую помощь бывает очень важно и необходимо. В этой ситуации огромную роль играют скрининговые психологические методики. На современном этапе скрининговые методики уже разработаны для исследования различных психических процессов, в том числе и для изучения эмоциональной сферы. Среди наиболее популярного инструментария для скринингового исследования эмоциональной сферы человека можно отметить Шкалу А. Бека для определения депрессии, методику диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера в адаптации А.Ю. Ханина для изучения ситуационной и личностной тревожности, опросник "Семейные эмоциональные коммуникации", определяющий отношение к эмоциям в семье [2] и др. Среди методик для скрининговой диагностики эмоциональных проявлений появился новый инструмент – опросник эмоциональной дисрегуляции Н.А. Польской и А.Ю. Развальяевой [1]. Авторы опросника понимают под эмоциональной дисрегуляцией результат

дисфункционального взаимовлияния эмоциональных и когнитивных компонентов саморегуляции. Опросник эмоциональной дисрегуляции направлен на изучение форм эмоциональной дисрегуляции: руминации, избегания, трудностей ментализации. Исследование эмоциональной дисрегуляции больных связано с необходимостью раннего выявления рисков психопатологии и аутодеструкции.

Материалы и методы. В работе исследовали возможности применения опросника эмоциональной дисрегуляции Н.А. Польской и А.Ю. Разваляевой в соматической клинике, а именно в работе с больными травматологического и онкогинекологического отделений. Исследовались 77 пациентов онкогинекологического (40 человек) и травматологического (37 человек) отделений университетских клиник Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России в возрасте от 17 до 80 лет ($M=52,91$; $SD=14,86$) обоих полов. Показатели эмоциональной регуляции у пациентов с различными заболеваниями сравнивались с помощью критерия U Манна-Уитни. Для обработки данных использовалась статистическая программа SPSS-21.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты представлены в Таблице 1.

Таблица 1.

Эмоциональная дисрегуляция у пациентов с различными заболеваниями

Формы ЭД	Руминация		Избегание		Трудности ментализации	
	Ср. знач.	Стд. Откл.	Ср. знач.	Стд. Откл.	Ср. знач.	Стд. Откл.
Испытуемые						
Больные онкогинекологического отделения	14,22**	3,09	8,65*	2,58	16,37**	3,31
Больные травматологического отделения	17,54**	4,76	10,40*	2,80	19,89**	3,99

* - значимость различий $p \leq 0.05$

** - значимость различий $p \leq 0.001$

Онкогинекологические пациенты показывают значимо меньшие баллы по сравнению с пациентами травматологического отделения по шкале «избегание» - 8,65 ($sd=2,58$) и 10,40 ($sd=2,80$) баллов соответственно, по шкале «руминация» средние значения - 14,22 ($sd=3,09$) и 17,54 ($sd=4,76$) баллов соответственно, по шкале «трудности ментализации» - 16,37 ($sd=3,31$) и 19,89 ($sd=3,99$) баллов соответственно (критерий U Манна-Уитни).

Полученные данные свидетельствуют о том, что интенсивность и глубина негативных эмоций у пациентов травматологического отделения выше, чем у пациентов онкогинекологического отделения. Это можно объяснить тем, что для пациентов травматологического отделения, в отличие от пациентов онкогинекологического отделения, госпитализация было неожиданным событием. При обсуждении перспективы выздоровления пациенты отделения травмы настроены очень пессимистично (больные отделения травмы – это пациенты со сложными травмами конечностей и позвоночника), к тому же эти больные испытывают сильнейший болевой синдром. Сфокусированная психокоррекционная работа на основе скрининговой психодиагностики, направленная на снижение стратегий эмоциональной дисрегуляции, позволит повысить качество жизни пациентов, создаст благоприятные предпосылки для формирования конструктивной позиции пациента для повышения саморегуляции в условиях соматического заболевания.

Заключение. Опросник эмоциональной дисрегуляции Н.А. Польской и А.Ю. Развальяевой показал значимые различия между больными с различными заболеваниями, позволил определить различия в формах эмоциональной дисрегуляции, которые могут быть значимыми «мишенями» психокоррекционной и психотерапевтической работы, целью которой выступает формирование оптимальной эмоциональной регуляции, совладение личности с ситуацией тяжелой болезни.

Литература

1. Бендас Т. В. Гендерная психология: Учебное пособие. - СПб.: Питер, 2006. - 431 с.
2. Польская, Н.А., Развальяева А.Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции. Консультативная психология и психотерапия. - 2017. - Т. 25. - №4. - с.71-93.
3. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Сорокова М.Г. Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» // Консультативная психология и психотерапия. - 2016. - Т.24. - № 4. - С. 97—125.
4. Щелкова, О.Ю. Задачи психологической диагностики в клинической медицине. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». - 2008. - Вып. 2. - № 32 (132). - с.81-90.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА И ОБРАЗ ТЕЛА ШКОЛЬНИКОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Горбанева М.В.^{1,2,3}, Горячева Т.Г.^{1,2,3}

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

³ ГБОУ «Школа №1321 «Ковчег», Москва, Россия

mariapashenko@yandex.ru

goriatcheva_tg@mail.ru

Ключевые слова: образ тела, эмоционально-личностная сфера, сахарный диабет I типа,

проективные методы.

EMOTIONAL-PERSONAL SPHERE AND BODY IMAGE IN SCHOOLCHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES

Gorbaneva M.V.^{1,2,3}, Goryacheva T.G.^{1,2,3}

¹ FSAEI HE Pirogov RNRMU, Moscow, Russia

² FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

³ SBEI «School №1321 «Kovcheg», Moscow, Russia

mariapashenko@yandex.ru

goriatcheva_tg@mail.ru

Keywords: body image, emotional-personal sphere, diabetes mellitus 1 type, projective methods.

Введение. При тяжелых соматических заболеваниях под влиянием симптомов и лечения могут измениться личностные особенности ребенка. Постоянные посещения больниц, ситуация госпитализации, косметические дефекты, изменение внешности – все это не только отражается на эмоциональном состоянии ребенка, но и приводит изменению восприятия себя и собственного тела, отношения к нему. Ранее проводились исследования образа тела и эмоциональной сферы у детей и подростков с соматическими заболеваниями, в том числе, с сахарным диабетом I типа, которые показали, пациенты имели менее позитивный образ тела, чем их здоровые сверстники, хотя средний размер различий был небольшим. Также проводились исследования личностных особенностей пациентов с сахарным диабетом I типа, и были сделаны выводы, что у детей и подростков наблюдается социальная гипернормативность, которая проявляется в учебной деятельности. Учеба становится критерием успешности таких детей, они стремятся компенсировать неудачи, связанные с болезнью, успехами в учебе и творчестве. Следует отметить стремление к эмоциональной близости с родителями, а также со сверстниками, что выражается в необходимости ощущения поддержки. Из-за недостатка разработанности проблемы образа тела у детей и подростков с сахарным диабетом I типа в было проведено исследование особенностей восприятия образа тела и эмоционального фона у пациентов эндокринологического отделения.

Материалы и методы. Для исследования эмоционально-личностной сферы и образа тела у школьников с сахарным диабетом I типа были использованы методики: “Волшебная страна чувств”, “Рисунок человека”, “Опросник брза собственного тела”, “Рисунок несуществующего животного” и “Рисунок болезни”.

Исследование проводилось на базах РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Минздрава России и Школы 1321 “Ковчег” с ноября 2020 по октябрь 2021 года. Было обследовано 60 школьников (30 человек - экспериментальная группа, школьники из отделения эндокринологии, 30 человек - контрольная группа – подростки, у которых отсутствуют заболеваний эндокринной системы, в том числе, диагноз сахарный диабет I типа). Для обработки результатов использовались методы математической статистической обработки данных (программа “SPSS Statistics”).

Результаты и их обсуждение. Эмоциональная сфера школьников с сахарным диабетом I типа представлена амбивалентными эмоциями: удовольствием и страхом, что можно связать с ситуацией госпитализации, получением желаемого внимания и страхом перед будущим при наличии такого тяжелого заболевания. Также негативные эмоции можно связать с некоторыми аспектами лечения, например, с постоянным контролем сахара, наличием внешних устройств (неинвазивные глюкометры) и проведением различных процедур. Отмечается потребность детей и подростков с сахарным диабетом в **опоре**, уверенности. Преобладающие на рисунках цвета отражают стремление школьников к устойчивости, а также стремление к общению и активной самореализации через творчество и учебу. Действительно, этот тезис находит подтверждение в более ранних исследованиях, что таким образом школьники компенсируют свое заболевание.

В эмоциональной сфере школьников без заболеваний эндокринной системы отмечаются положительные эмоции, их актуальное состояние характеризуется как положительное. У испытуемых из контрольной группы тоже имеется потребность в опоре, но их высказывания связаны с большей обеспокоенностью проблемами выбора ВУЗа и поступлением в них, ожиданиями родителей в связи с будущим подростков. Также можно отметить стремление подростков к общению, что является ведущей деятельностью в этом возрасте. Анализ цветов показывает, что школьники стремятся к коммуникации со сверстниками, ищут уверенность в жизни, проявляя активность в различных сферах жизнедеятельности.

В эмоциональной сфере школьников с сахарным диабетом I типа отмечаются тревожность, астения, наличие страхов, снижение самооценки, стремление изменить себя и свое тело. Так как данное соматическое заболевание влияет на внешность и телесные ощущения, желания детей, выявленные с помощью методики, вполне объяснимы. Отмечается демонстративность и демонстрация желаемой социальной реализации, которые могут быть способом компенсации негативных представлений ребенка о себе и своем теле, таким образом фокус внимания перемещается от внешности на социальную роль.

Эмоциональная сфера здоровых школьников представлена такими чувствами, как тревожность и наличие страхов. В процессе выполнения заданий испытуемые постоянно возвращаются к теме ожиданий будущего, выбора будущей жизни: университет или колледж,

профиль ВУЗа, свой выбор или выбор родителей. Если испытуемые из числа пациентов эндокринологического отделения думают и размышляют о будущем с учетом своей болезни, то здоровых подростков больше волнует выбор в их жизни. Интересно то, что вопросы внешности и ее изменения не волнуют здоровых школьников, внимание фокусируется на общении и планировании будущего.

При анализе рисунков болезни можно сделать вывод, что подростки с сахарным диабетом I типа очень много знают о своей болезни, о способах ее лечения и возникновения, с ранних лет учатся самостоятельно контролировать сахар и предпринимать необходимые действия в случае его падения. Они представляют болезнь на бумаге в виде абстрактных и конкретных образов, где изображают героев, связанных с диабетом, или же рисуют шприцы и инсулиновые помпы, как обозначение своей болезни. Многие образы связаны с той или иной частью тела ребенка (рука, внутренние органы), поэтому можно сделать вывод, что, действительно, болезнь значительно влияет на телесные ощущения. Дети и подростки с сахарным диабетом I типа охотно рассказывают о своих рисунках, отвечают на вопросы и объясняют, что именно они нарисовали и почему. Школьники из контрольной группы используют, в основном, абстрактные образы, объясняют свои рисунки скудно, их представления о тяжелых соматических заболеваниях достаточно ограничены.

Заключение. Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы: у школьников с сахарным диабетом присутствуют амбивалентные и негативные эмоции и чувства по отношению к своему телу и ситуации болезни, присутствует искажение восприятия собственного тела, что отражается в несоблюдении пропорций рисунков и выделении каких-либо частей тела, а также повышенная тревожность, которая может быть результатом ситуации госпитализации или личностной особенностью, связанной с тяжелым соматическим заболеванием. Использование проективных методик представляется важным, так как они позволяют выявить бессознательные составляющие образа тела и эмоциональную сферу испытуемых.

Пациенты с сахарным диабетом I типа нуждаются в сопровождении клинического психолога во время периодических госпитализаций с целью нормализации эмоционального состояния, преодоления негативных чувств и эмоций, установления адекватного образа тела и отношения к своему телу. В психологической помощи нуждаются не только пациенты отделения, но и их семьи. Подобная помощь должна быть комплексной и осуществляться клиническим психологом совместно с врачами и социальными работниками.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

Гребень Н.Ф.

ГУ РНПЦ, Минск, Республика Беларусь

strekosa@tut.by

Ключевые слова: эмоциональное состояние, язвенная болезнь, лечение в стационаре, коморбидная психическая патология.

EMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH ULCER DURING TREATMENT IN HOSPITAL

Hreben N.F.

SI MHR, Minsk, Belarus

strekosa@tut.by

Keywords: emotional state, peptic ulcer, hospital treatment, comorbid mental pathology.

Введение. Пациенты, страдающие язвенной болезнью, в силу особенностей заболевания, часто фрустрированы не только в удовлетворении своих социальных и витальных потребностей, но и пребывают в состояниях, сопряженных со страхом смерти. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки нередко сопровождается ощущением страха перед болями и развитием ракового поражения, «уходом в болезнь». У больных с пониженным настроением очень часто возникают мысли о никчемности жизни, безотрадном существовании. В других случаях все мысли заболевших сконцентрированы на ощущениях в области живота с чрезмерной фиксацией внимания на своей болезни. При нарастании симптомов (кровотечения, сильные боли) возможны тревога, беспокойство, чувство безысходности, ипохондрическая фиксация. Большинство исследований эмоционального состояния пациентов, страдающих язвенной болезнью, было реализовано непосредственно врачами, что во много и определило их специфику – поиск коморбидной психической патологии и назначение соответствующего медикаментозного лечения. Так, согласно литературным данным, у пациентов с язвенной болезнью чаще, чем у лиц без данной патологии, выявляются невротические и психопатологические состояния, которые наблюдаются в 30–80 % случаев и осложняют течение заболевания. У лиц данной нозологии чаще всего встречаются тревожные, депрессивные, адаптационные расстройства (преимущественно как следствие наличия хронического заболевания), синдромы ипохондрии

и астении, уровень агрессии выше средних значений. При этом выраженность нервно-психических нарушений у женщин превышает по всем показателям таковые у мужчин [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. По данным Ю. М. Губачева и соавт. при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки состояния социально-психологической дезадаптации наблюдаются примерно у 50% опрошенных. У 43,9 % пациентов отмечены тревожно-депрессивные реакции, у 23 % пациентов – нарастающая ипохондрия. Аффективная ригидность с тенденциями к формированию обсессивно-фобической симптоматики зафиксирована у 15,5 % пациентов. Относительно нечасто при язвенной болезни доминируют истероформные проявления – у 12,3 % обследованных [5]. В исследовании Л.А. Степанищева и соавт. приводятся следующие показатели: среди 226 обследованных пациентов, страдающих язвенной болезнью, у 48,2 % выявлен высокий уровень тревоги, у 39,3 % – высокий уровень депрессии (Методика «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS)). Получены значимы различия в сравнении с контрольной группой здоровых обследованных [10]. Ряд авторов считают, что при язвенной болезни нередко наблюдается латентная депрессия. В силу нестабильности и негармоничности эмоционального состояния пациентов с язвенной болезнью часто объективная симптоматика не соответствует столь массивным жалобам, которые они предъявляют, и факт психогенных, функциональных наслоений в данном случае нельзя игнорировать. С другой стороны, часть информации может не сообщаться лечащему врачу и затруднять объективную оценку как соматического, так и психического здоровья.

Целью исследования было дать более полную картину эмоционального состояния пациентов с язвенной болезнью, пребывающих на стационарном лечении, а также изучить его специфику с использованием качественных методов исследования, а именно проективной методологии.

Материал и методы. Для выявления особенностей эмоционального состояния пациентов с язвенной болезнью были применены две методики: «Тест Люшера» [9] и «Рисунок несуществующего животного (РНЖ)» [8]. В исследовании приняли участие 100 пациентов с язвенной болезнью в возрасте от 16 до 60 лет. Среди них 75 мужчин и 25 женщин. Все пациенты на момент обследования пребывали на стационарном лечении в больницах г. Минска. Первую контрольную группу составили 50 пациента с артериальной гипертензией, вторую контрольную – 60 условно здоровых лиц. Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью пакета статистических программ SPSS 17.0. Для выявления различий по качественным данным (в нашем случае – это частотные распределения признаков) использовался непараметрический метод χ^2 (Хи-квадрат).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования с помощью методики «Тест Люшера» показали, что наиболее предпочитаемыми цветами (1-ая позиция в ряде) в группе пациентов с язвенной болезнью оказались зеленый (26 %), красный (20 %) и желтый (14 %). На второй

позиции – зеленый (22 %), желтый (19 %), черный (13 %) и фиолетовый (13 %). Наименее лично значимым оказался коричневый цвет (7-ая и 8-ая позиции), затем черный. Усредненный ранговый ряд цветовых выборов имел следующий вид: 24351076. Показатель нестабильности выбора варьировал в пределах от 0% до 75%, а средний по группе составил 20,6%. Показатель интенсивности тревоги (количество восклицательных знаков во втором выборе) составил $\bar{X}=2,97$. Интерпретация значимых выборов цветов исследуемых указывает на следующие характеристики эмоционального состояния большинства пациентов с язвенной болезнью в период пребывания на стационарном лечении. Присутствует некоторое беспокойство, состояние психического напряжения и накапливающегося возбуждения в силу неудовлетворенности потребности в признании, популярности. Наличие на второй позиции желтого цвета указывает на возбуждение в форме отвлекающей деятельности (позиция активно-зависимая), в случае красного цвета – на выраженную напряженность (позиция активно-оборонительная). Для данного психического состояния характерны недоверчивость к окружающим, обидчивость, чувствительность к критическим замечаниям, склонность преувеличивать враждебные отношения к себе других. Изобретательность и богатство фантазии, оригинальность суждений. Стремление упрочить свою позицию, независимость. В качестве подавляемых тенденций, связанных с тревогой, выступают стресс, вызванный подавлением физиологических потребностей, а также ограничениями или запретами; неудовлетворенное желание найти признание и общность интересов в кругу значимых окружающих, сдерживаемая чувственность, потребность в уважении и внимательном отношении, чувство независимости. Актуальная проблема – это отстаивание своей самостоятельности, стремление к независимости и упрочнению своих позиций. Выявленное эмоциональное состояние пациентов является умеренно стабильным, а присущая им тревожность в большей степени является ситуативной.

Статистически значимые различия по фактору эмоциональной стабильности между исследуемой и контрольными группами выявлены не были. Также нет значимых отличий и по уровню интенсивности тревоги, хотя при сравнении средних значений выборов, наиболее низкое значение наблюдается в группе здоровых ($\bar{X}=2,58$), затем пациентов с язвенной болезнью ($\bar{X}=2,97$) и пациентов с артериальной гипертензией ($\bar{X}=3,18$). Исходя из этого, можно предположить, что наличие хронического заболевания может провоцировать нарастание тревоги. При этом она будет выше при сердечно-сосудистых нарушениях. Распределение цветов по каждой из восьми позиций между исследовательской группой и контрольными является относительно сходным. Однако, у пациентов с язвенной болезнью, по сравнению со здоровыми, достоверно реже встречается коричневый цвет (6) на V позиции ($p<0,021$) – 9% и 30% соответственно; серый цвет (0) на VII позиции ($p<0,014$) – 21 % и 46,7 %; желтый цвет (4) на

VIII позиции ($p < 0,05$) – 8% и 21,7%. При сравнении пациентов с язвенной болезнью и артериальной гипертензией различий в распределении цветов по позициям обнаружено не было. Выявленные особенности можно объяснить тем, что у здоровых лиц состояние стресса чаще связано с блокировкой спонтанного поведения и невозможностью реализовать потребность в активном взаимодействии с окружающими и в избегании серьезной ответственности. Пациенты с язвенной болезнью чаще испытывают стресс в результате столкновения с запретами, нежелательными ограничениями, при неудовлетворенной потребности распоряжаться своей жизнью.

При помощи методики «РНЖ» у пациентов с язвенной болезнью были изучены выраженность тревожности и агрессивности. По первичным данным можно отметить, что личностная тревожность, проявляющаяся в большей степени как неуверенность в себе, характерна для 48 % обследованных. Агрессивность, направленная против лиц более высокого социального статуса, выявлена у 50 % пациентов, против лиц более низкого по отношению к ним социального статуса или равного – у 27 % выборки. Агрессивность пассивного плана как подозрительность к окружающим наблюдалась у 23 % пациентов, вербальная агрессия – у 16 %. Значимые на статистическом уровне различия установлены между исследуемой группой и здоровыми по переменным «агрессивность против социально более значимых лиц» (углы, направленные вверх, $p < 0,011$), «подозрительность к окружающим» (детали рисунка защитного детали, $p < 0,003$). Между пациентами с язвенной болезнью и артериальной гипертензией достоверно значимые различия зафиксированы только по переменной «вербальная агрессия» (острые зубы, $p < 0,033$), которая выше у лиц исследуемой группы. Полученные данные позволяют заключить, что по уровню личностной тревожности пациенты с язвенной болезнью не отличаются от здоровых и от пациентов с артериальной гипертензией, в то время как по агрессивности различия имеют место. В отличие от здоровых у пациентов с язвенной болезнью, находящихся на стационарном лечении, более сильно выражена агрессивность и подозрительность против лиц, наделенных определенными властными ресурсами и способными вносить какие-то ограничения в их жизнь. Высока вероятность, что отчасти такого рода агрессия может быть направлена и по отношению к медицинскому персоналу, т. к. одним из условий пребывания и лечения в соматическом стационаре является добровольно-принудительный отказ от курения, употребления спиртных напитков. Необходимо учитывать, что у пациентов с язвенной болезнью нередко наблюдаются и сопутствующие формы аддиктивного поведения – алкогольная и/или никотиновая зависимости. Поэтому такого рода ограничения, без компенсации и проработки проблемы зависимости, естественным образом способны усиливать недовольство и раздражительность пациентов с язвенной болезнью. По сравнению с пациентами с артериальной гипертензией

лица, страдающие язвенной болезнью, отличаются большей прямолинейностью и чаще способны говорить окружающим то, что думают, в том числе используя и ненормативную лексику.

Выводы. Популярными в традиционной медицине исследования тревожно-депрессивной симптоматики не в достаточной степени способны раскрыть специфику актуального эмоционального состояния пациентов соматических стационаров. Известно, что у многих пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки симптомы тревоги и депрессии нередко достигают высоких значений. Как показало наше исследование, для них наиболее характерно состояние психического возбуждения, раздражительности вплоть до открытого проявления агрессивности. Агрессивность в большей степени направлена на лиц, имеющих более высокий социальный статус и вносящих ограничения, запреты, требования в жизнь пациентов. Также наблюдается выраженная готовность к самозащите, склонность к вербальной агрессии и недоверие к людям. Полагаем, что знание и понимание особенностей эмоционального состояния пациентов с язвенной болезнью в процессе оказания медицинской помощи будет способствовать повышению эффективности лечения.

Литература

1. Ананьев В.А. Психологическая характеристика тревоги у больных с предъязвенными состояниями и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки :автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / В.А. Ананьев; Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева.– Л., 1988.– 26 с.
2. Бороздина Л.В. "Триада риска" у пациентов с дуоденальной язвой / Л.В. Бороздина, Н.Д.Былкина-Михеева // Психол. журн.– 2002.с– Т. 23, № 2.– С. 65–79.
3. Вайнштейн М.Ш. Язвенная болезнь желудка как частный случай дезадаптации М.Ш. Вайнштейн.– Новосибирск: Наука, 1977.– 203 с
4. Бородин Д.С. Жалобы как отражение психического статуса больных при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки /Д.С.Бородин, Е.С. Мазур, Г.С. Беляева // Тер. арх.– 2000.– Т. 72, № 2.– С. 15–16.
5. Губачев Ю.М. Психосоматические аспекты язвенной болезни / Ю.М. Губачев, О.Т.Жузжанов, В.И.Симаненков.– Алма-Ата: Казахстан, 1990.– 213 с.
6. Куташов В.А. Влияние личностных особенностей на формирование аффективных расстройств у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / В.А. Куташов// Прикладные информационные аспекты медицины.– 2001.– Т. 4, № 2.– С. 32–36.
7. Ольхов О.Г. Оценка психофизиологического состояния больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / О.Г.Ольхов, Т.А. Перцева, О.Н.Герасимчук, О.С.Хрусталева, О.В.Соколовский, Т.Е.Байбуз// Врач. дело.– 1996.– № 3–4.– С.120–122.
8. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии Е.С. Романова.– СПб.: Речь, 2002.– 416 с.
9. Собчик Л.Н. МЦВ – метод цветowych выборов: Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: Практ. рук. / Л.Н. Собчик. – СПб.:Речь: ПЭР СЭ, 2001.– 99 с.
10. Степанищева Л.А. Распространенность тревоги и депрессии у больных с язвенной болезнью различной локализацией / Л.А. Степанищева, А.С. Сарсенбаева, Н.В. Фаттахова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2014. – Вып. 111, №11. – С. 92.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЕНСКИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ: ОБЩЕЕ И ОСОБЕННОЕ**

Завгородняя И.В.

ФГБОУ ВО ВГУ, Воронеж, Россия

zavgorodnyai@mail.ru

Ключевые слова: репродуктивная психосоматика, репродуктивные заболевания, гиперпластические заболевания матки, миома матки, эндометриоз.

**PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF FEMALE REPRODUCTIVE DISEASES:
GENERAL AND SPECIAL**

Zavgorodnaya I.V.

FSBI HE VSU, Voronezh, Russia

zavgorodnyai@mail.ru

Keywords: reproductive psychosomatics, reproductive diseases, hyperplastic diseases of the uterus, uterine fibroids, endometriosis

В последнее время репродуктивное здоровье человека все чаще становится объектом особого внимания специалистов различных сфер, что связано с рядом обстоятельств. Во-первых, прослеживается омоложение и возрастание количества и вариативности заболеваний репродуктивной системы мужчин и женщин, в том числе приводящих к бесплодию. Во-вторых, сохраняется тенденция откладывать рождение ребенка на более поздние возрастные периоды, что увеличивает количество обращений к вспомогательным репродуктивным технологиям. В-третьих, увеличивается число самопроизвольных абортов (выкидышей), а также рождения недоношенных детей. При этом остается актуальной потребность в улучшении демографической ситуации в стране, что создает необходимость поддержания репродуктивного здоровья населения. В настоящее время первенство в решении проблем репродуктивного здоровья человека принадлежит репродуктивной медицине, которая ориентирована на поиск и устранение физиологических факторов нарушений репродуктивной функции у мужчин и женщин. Учитывая системный характер организации и функционирования репродуктивной функции человека, было бы неверным игнорировать психологические факторы репродуктивного здоровья. Их изучением занимается репродуктивная психосоматика, которая находится на стыке репродуктивной психологии и репродуктивной медицины [3]. Согласно репродуктивной психосоматике, личность

рассматривается как основа, центр возникновения, развития и терапии репродуктивных заболеваний.

Установлено, что у женщин психосоматические факторы репродуктивных нарушений прослеживаются чаще, чем мужчин, и наблюдаются, начиная уже с подросткового возраста [5]. Это объясняется наличием у женщин тесной связи между эндокринной и нервной системами, проявляющейся при функционировании целостной гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы в женском организме, что порождает телесные симптомы, не имеющие отношения к структурным органическим нарушениям. Анализ исследовательских работ [1, 4, 5] позволяет проследить ряд общих психологических особенностей женщин с репродуктивными заболеваниями. Так, в эмоциональной сфере присутствует эмоциональная лабильность, высокая личностная тревожность, трудности в осознании и выражении своих желаний и эмоций. В Я-концепции прослеживается искаженная полоролевая и возрастная идентичность, заниженная или неустойчивая самооценка, неуверенность в себе, трудности в регуляции дистанции с другими людьми и окружающим миром; наблюдается низкая стрессоустойчивость, переоценка реальных угроз с преобладанием неэффективных копинг-стратегий, проявляющихся в склонности к зависимому поведению, инфантильным реакциям; отмечаются неблагоприятные отношения с собственной матерью как в детстве, так и во взрослом возрасте, что отражается в негативном субъективном представлении о будущем собственном материнстве.

Однако общие психологические характеристики женщин с репродуктивными нарушениями позволяют выделить лишь основу для последующего более дифференцированного анализа психогенных факторов отдельных заболеваний. Диагностика психологических особенностей женщин при конкретных заболеваниях необходима для выявления базового внутреннего конфликта, который разрешает или маскирует психосоматический симптом. В частности, на примере женщин с миомой матки и эндометриозом несмотря на то, что данные заболевания относятся к одной группе репродуктивных нарушений (гиперпластические заболевания матки), можно выделить их специфические психологические особенности [1, 3, 6].

На символическом уровне матка представляет собой место для нахождения ребенка и создания благоприятных условий для его развития [5]. При наличии страха женщины не стать идеальной матерью, т.е. не справиться с обеспечением условий для развития ребенка, появляется субъективный «запрет на материнство», который, используя конверсионный механизм, приводит к выращиванию заменителя ребенка – миомы. Поскольку в ходе онтогенеза первый опыт материнской заботы девочка получает при взаимодействии с собственной мамой в раннем детстве и на протяжении последующей жизни [6], то

приоритетным для анализа при наличии миомы являются взаимоотношения женщины с ее мамой.

Эндометрий обеспечивает прикрепление внутриутробного ребенка к матке. Эндометрий, прежде всего, обеспечивает развитие плода питательными веществами. Символически, эта функция соответствует мужской фигуре (отец, мужчина) [5]. При гипоплазии (недостаток ресурсов от мужчины) или гиперплазии эндометрия (ориентации на самостоятельное восполнение недостающих ресурсов) у женщины прослеживается неудовлетворенность выполнением мужской функции. Следовательно, приоритет анализа при эндометриозе принадлежит взаимоотношениям с отцом или другой мужской фигурой (муж, партнер, дедушка).

Женщины с эндометриозом характеризуются нарушенной полоролевой идентичностью с преобладанием маскулинных черт (доминантность, агрессивность, соревновательность, гиперответственность) [1]. Таким женщинам свойствен трудоголизм с преобладанием мотивации избегания неудач. В межличностных отношениях они, как правило, характеризуются неудовлетворённостью своим положением, отличаются обособленностью, подозрительностью, но в то же время подчиняемостью, неуверенностью.

Женщины с миомой матки гораздо более женственны по сравнению с женщинами с эндометриозом, что подтверждается и гормональными характеристиками их организма [1, 3]. Такие женщины инфантильны, хотя могут быть успешны в разных областях, поскольку у них выражена потребность в достижениях. Они склонны брать на себя ответственность за окружающих, жертвовать собой ради других, открыто не прося никого о помощи самой себе. Однако сами женщины нуждаются в заботе и помощи, и делая это для других, они скрыто показывают, как им надо, чтобы позаботились о них.

Детско-родительские отношения женщин с миомой матки также имеют свою специфику. В детстве наблюдается недостаток принятия и поддержки дочери со стороны матери или недопонимание ее переживаний [1]. Мать воспринимается дочерью жертвенной, но с наличием властно-агрессивных проявлений. Отец либо мало включен в воспитание ребенка, либо старается действовать в интересах матери в воспитании дочери, занимая зависимое положение в семье. Во взрослом возрасте сохраняется тревожно-регулирующее отношение со стороны матери. Однако дочь стремиться выполнять опекающую функцию по отношению к матери, присутствует инверсия ролей с матерью, при которой мать воспринимается как ребенок.

У женщин с эндометриозом в детстве возникало ощущение недостаточного внимания со стороны родителей, переживание ненужности в том числе на фоне частых и длительных разлук с матерью [1]. Мать воспринимается властной, педантичной, недоверчивой,

поддерживающей дистанцию между собой и окружающими людьми. Прослеживается амбивалентное отношение к матери [3]. С одной стороны, присутствует чрезмерная ее идеализация с подавлением агрессии и обиды, а с другой стороны, нежелание быть как собственная мать. В образе отца преобладает положительное содержание, что способствует развитию маскулинных черт дочери.

Таким образом, понимание психологических факторов развития заболеваний репродуктивной системы у женщин и мужчин позволит выделить основу проявления симптоматики, что даст возможность осуществлять терапию возникшего нарушения не только на соматическом уровне, но и в более широком жизненном контексте человека.

Литература

1. Блох М. Е. Личностные и социально-психологические характеристики женщин репродуктивного возраста на этапе планирования беременности : дис... канд. психол. наук. – Санкт-Петербург, 2012. – 120 с.
2. Завгородняя И.В. Репродуктивная психосоматика : проблемы и перспективы исследований / И.В. Завгородняя // Вестник научной сессии факультета философии и психологии / отв. ред. Ю.А. Бубнов. – Вып. 22. – Воронеж : Издательский дом ВГУ, 2022. – С. 107–112.
3. Кулагина Н.В. Миома матки : иммунологическая и психосоматическая концепция развития, индивидуальный прогноз и тактика ведения : автореф. дис... д-ра мед. наук / Н.В.Кулагина. – Санкт-Петербург, 2008. – 49 с.
4. Ланцбург М.Е. Исследования психосоматических аспектов гинекологических и андрологических заболеваний и бесплодия : обзор современных зарубежных исследований / М.Е. Ланцбург, Т.В. Крысанова, Е.В. Соловьева // Современная зарубежная психология». – 2016. – Том 5, № 2. – С. 67–77.
5. Филиппова Г.Г. Развитие исследований по репродуктивной психологии на кафедре общей психологии и истории психологии московского гуманитарного университета / Г.Г. Филиппова // Научные труды московского гуманитарного университета. – 2018. – № 1. – С. 60–65.

ПИЛОТАЖНАЯ ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ШКАЛЫ СОМАТОСЕНСОРНОЙ АМПЛИФИКАЦИИ

Золотарева А.А

ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ, Москва, Россия

alena.a.zolotareva@gmail.com

Ключевые слова: соматосенсорная амплификация, психометрический анализ, психосоматическая медицина.

PILOT PSYCHOMETRIC EVALUATION OF THE RUSSIAN VERSION OF THE SOMATOSENSORY AMPLIFICATION SCALE

Zolotareva A.A.

FSAI HE NRU HSE, Moscow, Russia

alena.a.zolotareva@gmail.com

Keywords: somatosensory amplification, psychometric analysis, psychosomatic medicine.

Введение. Термин «соматосенсорная амплификация» (от лат. *amplificātiō* – усиливать, расширять) был предложен в 1988 году американским психиатром А. Барски, который описал этим термином склонность человека переживать соматические ощущения как тревожные, неприятные и интенсивные [1]. Позднее исследователи выделили три компонента соматосенсорной амплификации: 1) телесную гипертревожность, включающую повышенное самонаблюдение и пристальное внимание к неприятным телесным ощущениям; 2) склонность фокусироваться на определенных относительно слабых или нечастых соматических ощущениях; 3) склонность оценивать легкие или неоднозначные соматические и висцеральные ощущения как симптомы болезни вместо того, чтобы считать их нормальными сигналами работы организма [4]. Для диагностики соматосенсорной амплификации А. Барски разработал краткий инструмент Somatosensory Amplification Scale (SSAS) [2]. Современные специалисты утверждают, что SSAS помогает врачам лучше понять ситуации, в которых пациенты сообщают о соматических симптомах, не оправданных клинической картиной заболевания, и предлагают использовать шкалу при подборе психологической и фармакологической терапии для пациентов с психосоматическими заболеваниями, тревожными, депрессивными и соматоформными расстройствами, реакциями на стресс, тяжелую утрату и другие важные психосоциальные события, соматическими расстройствами в виде инфекционных заболеваний, сердечно-сосудистых заболеваний и др. [5]. В силу краткости, психометрической состоятельности и клинической ценности SSAS, а также отсутствия русскоязычных аналогов целью настоящего исследования стала пилотажная психометрическая оценка шкалы на русскоязычной популяционной выборке.

Метод. Приглашение к участию в онлайн-исследовании было разослано респондентам, зарегистрированным в базе компании «Анкетолог». Респонденты, откликнувшиеся на приглашение, заполнили онлайн-анкету и получили финансовое вознаграждение за участие в исследовании. Всего в исследовании приняли участие 300 респондентов, в том числе 105 (35%) мужчин и 195 (65%) женщин в возрасте от 21 до 75 лет ($M = 43,7$, $SD = 11,0$). Среди респондентов 227 (75,7%) отметили, что состоят в супружеских или романтических отношениях, 223 (74,3%) указали, что являются родителями, 238 (79,3%) сообщили о том, что

имеют высшее образование, и 241 (80,3%) обозначили, что имеют временную или постоянную работу.

Все респонденты заполнили русскоязычные версии SSAS и следующих диагностических инструментов: 1) шкала соматических симптомов (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8), оценивающая общую степень соматизации; 2) индекс Уитли (Whiteley Index-8, WI-8), оценивающий ипохондрию как тревогу о здоровье в диапазоне от легкого беспокойства до чрезмерной озабоченности; 3) опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), оценивающий тяжесть депрессивной симптоматики; 4) шкала генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7), оценивающая тяжесть тревожной симптоматики.

Результаты. Анализ факторной структуры русскоязычной версии SSAS указал на хорошее соответствие данным ($\chi^2(35) = 78,0, p < 0,001$; CFI = 0,928; TLI = 0,907; SRMR = 0,046; RMSEA = 0,064 [0,044-0,083]). Общий показатель по SSAS также показал хорошую внутреннюю надежность, установленную с помощью коэффициентов α -Кронбаха ($\alpha = 0,796$) и ω -Макдональда ($\omega = 0,798$). Показатели соматосенсорной амплификации были статистически значимо позитивно связаны с показателями соматизации ($r = 0,565, p < 0,001$), ипохондрии ($r = 0,566, p < 0,001$), тревоги ($r = 0,538, p < 0,001$) и депрессии ($r = 0,490, p < 0,001$). Кроме того, у женщин показатели соматосенсорной амплификации были статистически значимо выше, чем у мужчин (женщины: $M = 24,5, SD = 5,91$; мужчины: $M = 21,5, SD = 6,94$; $t(298) = 3,97, p < 0,001, d = 0,481$).

Обсуждение. Результаты настоящего исследования позволяют сделать несколько выводов о психометрических свойствах русскоязычной версии SSAS. Во-первых, адаптированная шкала надежна в силу приемлемых значений коэффициентов внутренней согласованности. Во-вторых, русскоязычная версия SSAS имеет однофакторную структуру, что соотносится с результатами факторизации других версий шкалы и подтверждает ее факторную валидность [3]. В-третьих, показатели соматосенсорной амплификации статистически значимо позитивно коррелировали с показателями соматизации, ипохондрии, тревоги и депрессии, что указывает на конвергентную валидность адаптированной шкалы [5]. В-четвертых, женщины сообщали о более высоких показателях по SSAS, чем мужчины, что повторяет результаты зарубежных исследований и клинических наблюдений за «женской» природой соматосенсорной амплификации и свидетельствует в пользу критериальной валидности русскоязычной версии SSAS [2].

Заключение. Русскоязычная версия SSAS надежна, валидна и может быть рекомендована для диагностики соматосенсорной амплификации в общей русскоязычной популяции. В клинических условиях ее использование должно быть ограничено до психометрических

испытаний с участием людей с психическими и соматическими заболеваниями.

Литература

1. Barsky A.J., Goodson J.D., Jane R.S., Cleary P.D. The amplification of somatic symptoms // *Psychosomatic Medicine*. 1988. Vol. 50. No. 5. P. 510–519.
2. Barsky A.J., Wyshak G., Klerman G.L. The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis // *Journal of Psychiatric Research*. 1990. Vol. 24. No. 4. P. 323–334.
3. Bridou M., Aguerre C. Validity of the French form of the Somatosensory Amplification Scale in non-clinical sample // *Health Psychology Research*. 2013. Vol. 1. No. 1. e11.
4. Duddu V., Isaac M.K., Chaturvedi S.K. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review // *International Review of Psychiatry*. 2006. Vol. 18. P. 25–33.
5. Nakao M., Barsky A.J. Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine // *BioPsychoSocial Medicine*. 2007. Vol. 1. P 17.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кошанская А.Г.

ФГБОУ ВО МГТУ, Майкоп, Россия

koangen@list.ru

Ключевые слова: сахарный диабет II типа, тяжесть течения заболевания, тревога, депрессия, алекситимия, эмоциональные схемы.

RELATIONSHIP OF EMOTIONAL STATE OF PATIENTSWITH DIABETES MELLITUS TYPE II AND THE SEVERITY OF THE COURSE OF THE DISEASE

Koshanckaya A.G.

FSBI HE MSTU, Maykop, Russia

koangen@list.ru

Key words: type II diabetes mellitus, disease severity, anxiety, depression, alexithymia, emotional patterns.

Введение. Сахарный диабет (СД) II типа является сложным заболеванием, относящимся к категории социально значимых неинфекционных заболеваний, которое распространяется эпидемическими темпами [5]. За последние 10 лет в мире численность больных диабетом увеличилась более, чем в два раза, и к концу 2021 года насчитывает 537 млн. человек. В Российской Федерации отмечен рост распространенности СД в основном за счет больных СД II типа. По данным федерального регистра СД в РФ на 01.01.2022 г. на диспансерном учете состоит 4 498 826 пациентов СД II типа, что составляет 92,3% всех больных диабетом. Опасными последствиями течения СД II типа являются повышение риска развития системных

сосудистых осложнений, являющихся основной причиной инвалидизации [1]. В современной диабетологии расширяются терапевтические возможности лечения СД II типа, но количество пациентов с компенсированным течением заболевания не становится больше [4]. Меры оптимизации медицинской помощи могут быть реализованы только при высокой личностной потребности пациентов к изменению образа жизни и соблюдению терапевтического режима [3]. На приверженность лечению могут оказывать влияние нарушения в эмоциональном состоянии больных СД II типа, способствуя снижению комплаентности и нарастанию тяжести течения заболевания [2, 7]. Поэтому раннее выявление эмоциональных нарушений при СД II типа и профилактическая работа с больными будет способствовать лучшей компенсации диабета.

Цель исследования: изучить взаимосвязь эмоционального состояния пациентов сахарным диабетом II типа с тяжестью течения заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 813 пациентов СД II типа, из них 255 мужчин и 558 женщин. Возраст испытуемых от 30 до 82 лет (средний возраст - $60,4 \pm 16,5$ года). В нашей выборке 65,9% (536 больных СД II типа) в форме инсулин независимого СД (ИНСД), принимающие сахароснижающие препараты в виде таблеток, 34,1% на терапии инсулином (277 пациента) – это форма инсулинпотребного СД (ИПСД), как проявление осложненного течения заболевания. Наши пациенты - это длительно болеющие лица с субкомпенсированным и декомпенсированным течением, средняя продолжительность заболевания $8,3 \pm 10,4$ года. В зависимости от тяжести течения заболевания пациенты СД II типа разделены на 2 группы: I группа – 451 больных с субкомпенсированным течением СД II типа (55,4 % всей выборки), из них 53,4% ИНСД и 46,6% ИПСД; II группа – 362 больных с декомпенсированным течением СД II типа (44,6% всей выборки), из них 41,2% ИНСД и 58,8% ИПСД..

Всем участникам исследования было проведено развернутое психологическое анамнестическое исследование, направленное на определение основных социально-демографических характеристик больных СД, отражения болезни в их субъективном мире, и в системе межличностных отношений. Для удобства статистического анализа полученных результатов была разработана информационная карта, включающая социально-демографический, медицинский, клинико-психологический и экспериментально-психологические блоки. Психологическая диагностика осуществлялась при помощи следующих **частных методик:**

1. Тест-опросник депрессии (BDI) А. Бека для выявления симптомов депрессивного расстройства.

2. Шкала А. Бека для самооценки уровня тревоги (BAI) для скрининга тревоги и оценки степени её выраженности.
3. Шкала безнадёжности А. Бека (BHS) способствует выявлению переживаний отчаяния или крайнего пессимизма по поводу будущего.
4. Торонтская алекситимическая шкала (TAS) для измерения и оценки уровня алекситимии.
5. Шкала эмоциональных схем Р. Лихи (LESS) [6] для выявления эмоциональными схем, то есть совокупности имплицитных интерпретаций, ожиданий, формирующихся у пациента в отношении собственных эмоций и эмоций других людей, а также какие поведенческие и межличностные стратегии он применяет в ответ на собственные эмоции и эмоции других.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы SPSS 20.0. Критическим принимался уровень значимости $p = 0,05$. При сравнении двух независимых выборок использовался критерий Манна – Уитни для количественных величин, при определении наличия взаимосвязей между категориальными качественными данными и оценкой достоверности различий использовался критерий Хи-квадрат Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение. В данном исследовании оценено прогностическое значение связи эмоционального состояния пациентов СД II типа с тяжестью течения заболевания. Полученные нами результаты демонстрируют высокое влияние на эмоциональное состояние психотравмирующих ситуаций. Ведущую роль в развитии дистресса играет переживания горя в связи с потерей близкого человека (44,8% всей выборки), болезни близких (37%) или конфликтные ситуации дома и на работе (23%). Отмечено, что наличие в анамнезе психотравмирующих ситуаций может являться пусковым механизмом, как начала заболевания, так и декомпенсированного течения СД II типа, что приводит к более раннему развитию осложнений. Больные с субкомпенсированным течением заболевания (46,3%) склонны субъективно оценивать свое отношение к болезни как спокойное, считая, что болезнь не вызывает у них выраженных негативных эмоций; 23,6% - игнорируют факт наличия заболевания, что может привести к уходу из-под терапевтического контроля диабета. 30,1% пациентов 1 группы настраиваются на борьбу с болезнью и утверждают, что стараются приспособливаться к новым обстоятельствам, вырабатывая такой стиль жизни, который, несмотря на ряд ограничений, позволяет им чувствовать себя более уверенно и спокойно. При декомпенсированном течении заболевания большинство (39,4%), так же как и при субкомпенсированном течении, относятся к заболеванию спокойно, 28,2% настроены на соблюдение терапевтического режима, а 27,6% имеют анозогностический тип отношения к болезни, и такие пациенты отрицают наличие возможности развития тяжелых осложнений,

вызываемых СД. 9,8% больных оценивают свое отношение к болезни как тревожное, утверждают, что слишком остро реагируют на изменения самочувствия, испытывают эмоциональное напряжение, связанное с болезнью, которая заставляет их постоянно тревожиться за свое будущее, 5% относятся к своей болезни пессимистически, считая, что ничего хорошего в будущем их уже не ждет, и, представляют дальнейшую жизнь как пассивное существование, постепенное угасание. Следует отметить, что по шкале А. Бека у данных пациентов выявлен высокий уровень депрессивного состояния ($p=0,048$).

Анализ клинических параметров из историй болезни имеет большое значение для исследования взаимосвязей эмоционального состояния и клинических характеристик в формировании психосоматических механизмов декомпенсации и осложненного течения СД II типа. Декомпенсированное течение СД II типа характеризуется высокими показателями гликированного гемоглобина, сочетающегося с высоким уровнем холестерина, липидов крови, индекса массы тела, фибриногена и мочевины, которые могут, особенно при ИПСД, являться неблагоприятными факторами, способствующими развитию патологии сосудов и тяжелому течению диабета.

Результаты по шкалам тревоги и депрессии А.Бека, показали, что у 54% пациентов с декомпенсированным течением заболевания преобладают средняя степень тревожного состояния, умеренная и выраженная степень (по 24,3%) проявления симптомов депрессивного расстройства, что указывает на повышенную вероятность клинического течения легкой или средней тяжести тревожно-депрессивного расстройства. По степени проявления депрессивного состояния в группе больных с декомпенсированным течением СД II типа симптомы тревоги более выражены по сравнению с пациентами I группы ($p=0,048$). В отличие от декомпенсированного течения заболевания в группе с субкомпенсированным течением СД II типа при легкой степени выраженности тревоги проявления депрессии могут быть как легкой степени (у 34,2%), так и выраженной степени (23,8%). Отрицают наличие депрессивной симптоматики 26,3% больных с субкомпенсированным течением и 29,7% с декомпенсированным течением СД II типа. Возможно, это связано с защитным механизмом психики в виде вытеснения тревоги, способствующего успешной адаптации и облегчению межличностных контактов для уменьшения воздействия на пациента возможных отрицательных сигналов окружения, обеспечивая, таким образом, высокую степень свободы поведения [8]. Отмечена взаимосвязь вышеописанного процесса ($p=0,05$) с нарушениями пищевого поведения в виде ожирения, являющегося одним из механизмов компенсации или «заедания стресса», то есть повторяющихся эпизодов переедания, особенно во время дистресса, с высоким темпом поедания пищи, приемом большого количества еды до неприятного ощущения тяжести без физического ощущения голода, повышающего индекс

массы тела. Следует отметить, что тяжелой депрессии и суицидальных тенденций в данной выборке не выявлено. По результатам шкалы безнадежности А. Бека значимых статистических различий в обеих группах нет ($p=0,366$). Как при субкомпенсированном ($35,67 \pm 10,694\%$), так и при декомпенсированном ($36,79 \pm 9,924\%$) течении СД II тип, а у большинства пациентов средний уровень проявления состояния безнадежности, высокого уровня безнадежности не выявлено.

Для анализа уровня алекситимии, как фактора, лежащего в основе психосоматических заболеваний, была использована Торонтская алекситимическая шкала и отмечено повышение данного показателя у больных с декомпенсированным течением СД II типа по сравнению с больными I группы ($p=0,032$). Больные СД II типа с высоким уровнем алекситимии (64,1%) высказывали жалобы на нарушения ночного сна в виде трудности при засыпании или многократных пробуждений в течение ночи, у 61,5% возникало беспокойство по незначительным поводам с повышением уровня тревожности, на что указывает корреляционная связь с показателями тревоги по Шкале Бека ($p=0,05$). По мере усиления депрессии повышается уровень алекситимии, отмечается нарастание расстройства пищевого поведения и возникают симптомы астенического круга с присоединением к ним ипохондрического компонента и снижения фона настроения, способствуя декомпенсированному течению СД II типа. Все вышеперечисленное, в свою очередь, вызывает обеспокоенность пациентов соматическим состоянием и, как результат приводит к осознанию ценности своего здоровья в связи с перспективой возникновения витальной угрозы, повышая выраженность тревожно-депрессивной симптоматики. При этом пациенты СД II типа обладают средним уровнем безнадежности, то есть не склонны переживать отчаяние или крайний пессимизм по поводу будущего или окружающей действительности, несмотря на разную степень выраженности депрессивного состояния, у них отсутствуют суицидальные тенденции.

Изучение эмоциональных схем по методике Р. Лихи позволило выявить, что общая напряженность эмоциональных схем в обеих группах обследуемых пациентов СД II типа выявлена по шкалам «Упрощенное представление об эмоциях» и «Склонность к рационализации чувств», указывая на то, что им тяжело проживать сложные чувства, они не переносят амбивалентность, считают, что рациональность предпочтительнее эмоционального опыта. Шкалы «Чувство вины за собственные эмоции» и «Низкая эмоциональная экспрессивность» отражают стремление скрывать проявление своих эмоций, считая, что их проявление может быть зазорным или неуместным. Пациенты боятся потерять контроль при переживании сильных эмоций, так как склонны делить эмоции на «хорошие» и «плохие», не позволяя себе ярко проявлять «плохие» эмоциональные реакции. В обеих группах пациентов

СД II типа меньше использовались схемы «Обесценивание эмоций» и «Прогнозируемая длительность эмоций». Это показывают, что пациенты с СД II типа в возникающих сложных жизненных ситуациях ориентируются за свои ценности, принимают собственный эмоциональный опыт и понимают, что эмоции не бесконечны и имеют определенный временной интервал, это не дает личности подкреплять чувство безнадежности. Значимые различия в группе респондентов выявлены по шкале «Эмоциональное оцепенение» ($2,910 \pm 1,0995$ балла и $2,378 \pm 0,7647$ балла соответственно; $p=0,014$) и при ИНСД и ИПСД ($2,802 \pm 0,9941$ балла и $2,029 \pm 0,5987$ балла соответственно; $p=0,003$). Они более выражены у пациентов с декомпенсированным течением и у получающих инсулинотерапию, что свидетельствует о подавлении эмоций. Нарушения в сфере осознания проявления эмоций при повышении уровня алекситимии в сочетании с тревожно-депрессивным расстройством происходит гиперактивация симпатико-адреналовой системы. Отмечена выраженная взаимосвязь высокого уровня алекситимии и содержания кортизола и катехоламинов в крови, что имеет патогенетическое значение в развитии СД II типа.

Заключение. Таким образом, эмоциональное состояние пациентов взаимосвязано с тяжестью течения СД II типа. При декомпенсированном течении СД II типа у пациентов чаще проявляются негативные эмоции в виде повышения уровня алекситимии, средней степени тревоги, умеренной и выраженной степени депрессивного состояния, которые рассматриваются ими как тягостные, поэтому они испытывают потребность подавлять их или контролировать, используя схемы «Упрощенное представление об эмоциях» и «Склонность к рационализации чувств». Высокие показатели тревожно-депрессивного состояния положительно взаимосвязаны со схемой «Эмоциональное оцепенение», высоким уровнем алекситимии и повышенным содержанием гликированного гемоглобина, индекса массы тела, содержанием фибриногена и холестерина в крови, позволяя предположить, что нарушения в эмоциональной сфере могут являться одними из неблагоприятных факторов, способствующих развитию декомпенсированного течения заболевания. Пациенты СД II типа отрицали наличие суицидальных намерений и чувства безысходности даже при выраженном депрессивном состоянии. Изучение взаимосвязи эмоционального состояния пациентов СД II типа с тяжестью течения заболевания поможет более эффективно разрабатывать индивидуальные психотерапевтические программы, делая акцент на тех свойствах эмоциональной сферы, которые в первую очередь нуждаются в коррекции.

Литература

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 10-й выпуск (дополненный). – М.; 2021. – 236 с.
2. Бобров А.Е., Володина М.Н., Агамамедова И.Н. и др. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа // РМЖ. – 2018. – №1(1). – С.28-33.

3. Валиева Д.А. Психоэмоциональные особенности пациентов с сахарным диабетом // Вестник современной клинической медицины. 2014. – №1. – С. 69-76.
4. Гурова О.Ю., Фадеев В.В., Малолеткина Е.С. Инъекционная терапия при сахарном диабете 2 типа: существуют ли эффективные способы повышения приверженности лечению? // Сахарный диабет. 2018. – Т. 21(6). – С. 524-533.
5. Дедов И. И., Шестакова М. В., Викулова О. К. и др. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клиничко-статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01.2021 // Сахарный диабет. 2021– 24 (3). – С.204-221.
6. Лихи Р. Терапия эмоциональных схем. – СПб.: Питер, 2019. – С.83-89.
7. Яркова Н.А., Боровков Н.Н. Приверженность к лечению больных сахарным диабетом 2-го типа и пути ее оптимизации. // Клиническая медицина. 2016. 94(9). С. 688-692.
8. Lustman PJ, Clouse RE. Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. J Diabetes Complications. 2005;19(2):113-22.

**К ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ
ПСИХИЧЕСКОГО НЕЗДОРОВЬЯ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ
(ОНКОПАТОЛОГИИ) У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Кравченко Н.Е., Суетина О.А.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

kravchenkone@mail.ru

oksanaanatolevna@yandex.ru

Ключевые слова: дети, подростки, онкопатология, психические расстройства.

**ON THE ISSUES OF DIAGNOSTIC QUALIFICATION OF MENTAL ILLNESS IN
SOMATIC DISEASES (ONCOPATHOLOGY) IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

Kravchenko N.E., Suetina O.A.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

kravchenkone@mail.ru

oksanaanatolevna@yandex.ru

Keywords: children, adolescents, oncopathology, mental disorders.

По нашим многолетним наблюдениям те или иные расстройства психического функционирования имеют место почти у всех несовершеннолетних, получающих лечение в условиях онкологического стационара. Оценочное суждение о состоянии психического здоровья является прерогативой психиатров. Между тем вводящаяся в клиническую практику МКБ-11, претендующая на диагностическую надежность, мультидисциплинарность и «глобальную применимость», подразумевает возможность использования этих

унифицированных методических рекомендаций в качестве инструмента не только психиатрами, но и представителями других, в том числе немедицинских специальностей для установления диагноза [4]. Можно сказать, что собственно клиническая психиатрия потеряла свою значимость и даже на каком-то этапе развития «стала посмешищем медицины» [5], а представления об этиологии и патогенезе большинства болезней в психиатрической науке остаются весьма несовершенными и являются лишь рабочими гипотезами [6]. Прискорбным фактом оказывается и отношение многих молодых психиатров к МКБ как к методологической базе, определяющей клиническое и научное мышление [3]. Между тем верификация того или иного наблюдаемого феномена с возможным его причислением к симптому психического расстройства не может быть занятием формализованным, к тому же диагностический вес разных симптомов не одинаков [2]. Именно в процессе врачебной практики и постепенного накопления опыта формируется клиническое мышление психиатра, позволяющее ему трансформировать феноменологическую информацию в диагностическую [1]. Это положение справедливо и в клинико-диагностической работе врача психиатра в соматических учреждениях, в частности – в онкопедиатрических, целью которой является обнаружение и лечение нарушений психического здоровья у детей и подростков с тяжелым соматическим заболеванием. В большинстве случаев сопровождающие онкопатологию нарушения психического здоровья у несовершеннолетних это легкие расстройства непсихотического уровня, среди которых наиболее часты стрессогенно обусловленные состояния. Вместе с тем нередко среди врачей онкологов бытует отношение к нетяжелым проявлениям психической патологии, как к само собой разумеющимся и «нормальным» при тяжелом соматическом страдании. Кроме того, в связи с высокой загруженностью онкопедиатров, недостаточной информированностью о собственно психической патологии у детей и недооценкой влияния актуального психического состояния на процесс лечения тяжелого соматического недуга этим нарушениям психического здоровья не всегда уделяется необходимое внимание. На клиническую оценку и значимость того или иного феномена или симптома существенное влияние могут оказывать обыденные предубеждения, например, миф о том, что психиатр может признать больным даже здорового человека. Несомненно, ложноположительная диагностика психической патологии этически не оправдана. Но и несерьезное отношение к психопатологическим проявлениям, подлежащим лечению и весьма затрудняющим жизнь и процесс лечения маленького пациента, тоже не соотносится с этическими принципами медицины. Действительно, некоторые обусловленные ситуацией госпитализации (многочисленные обследования, ограничения некоторых потребностей, проведение медицинских манипуляций) особенности реагирования детей могут быть весьма схожими с симптомами психического расстройства, не являясь ими по своей клинической сути. Именно

разделение понятных психологических феноменов и требующих лечебной коррекции симптомов, связанных с расстройством психического здоровья, является одной из задач, которые решает детский психиатр-консультант в онкологическом стационаре. Например, сниженное настроение в трудной ситуации (в частности, при онкологическом заболевании) может относиться как к понятной и адекватной психологической реакции, так и быть проявлением психогении (депрессивной реакции), или же тимическим компонентом депрессивной триады при развитии депрессивного эпизода. В качестве другого примера можно привести расстройства поведения. Они сами по себе не относятся к какой-либо нозологической категории и могут иметь место и у здоровых психически подростков. Но при наблюдении подобных нарушений у детей с онкологической патологией обнаружение тех или иных психологических механизмов развития поведенческих девиаций позволяет понять их генез— в одних случаях это психогенно спровоцированные нарушения адаптации у маленьких детей в виде непослушания, истеро-демонстративного поведения, они обусловлены состоянием тревоги, стремлением изменить актуальную ситуацию, убежать от страха и эмоционального дискомфорта; в других —гетеро- и аутоагрессия, гневливость на фоне тоскливо-злобного настроения «генетически» связаны с применением кортикостероидов, часто использующихся при лечении онкогематологических заболеваний; а в некоторых случаях протестное поведение с отказом от лечения, нарушением режима и соблюдения врачебных предписаний оказываются проявлением полиморфного реактивного депрессивного состояния у подростков (с отвержением ситуации болезни, игнорированием возможных тяжелых последствий). Клиническое мышление в онкопедиатрической практике необходимо психиатру и при решении вопроса о дифференциации не только психологических и психопатологических, но и некоторых соматических симптомов. Так, упорная тошнота, рвота, категорический отказ от приема пищи могут быть обусловлены чисто соматическими причинами, связанными с развитием мукозита (часто развивающимся осложнением химиотерапии), но также могут оказаться симптомами спровоцированной этим осложнением нозогенной невротической реакции, в клинической картине которой преобладают расстройства пищевого поведения.

Таким образом, понимание психопатологического смысла того или иного клинического феномена или симптома не может быть получено формальным путем (при заполнении шкалы, опросника, ответов на тест), но рождается в процессе клинического размышления специалиста соответствующей квалификации, т.е. психиатра.

Литература

1. Красильников Г.Т., Косенко В.Г., Селезнев С.Б., Агеев М.И., Косенко Н.А. О понятиях «феномен» и «симптом» в современной психиатрии и медицинской психологии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 3(44). – С. 2 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 21.06.2022).
2. Циркин С.Ю. Симптомы и синдромы в клинической диагностике // Независимый психиатрический журнал. – 2009. – № 2. – С. 26–30.
3. Шевченко Ю.С., Северный А.А. Клиническая оценка детской психической патологии в современных классификациях // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. - Т.19, №4. - С.29-33
4. Ayuso-Mateos J. L. Прототипная диагностика психопатологических синдромов и МКБ-11 // World Psychiatry (на русском) 2012. - Том 11, номер 1, с.32-33
5. Frances A. Прототипная диагностика: станет ли этот реликт прошлого волной будущего? // World Psychiatry (на русском) 2012. - Том 11, номер 1, с.27-28
6. Jablensky A. Прототипы, синдромы и дименсии в психопатологии: открытое поле для исследований // World Psychiatry (на русском) 2012. - Том 11, номер 1, с.23-24

РУССКОЯЗЫЧНАЯ АДАПТАЦИЯ ПЕРТСКОГО ОПРОСНИКА АЛЕКСИТИМИИ

Ларионов П. М.¹, Хохлова О. Ю.², Яковлева М. В.³

¹ Университет Казимира Великого, Быдгощ, Польша

² Университет Мидлсекс, Дубай, ОАЭ

³ ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

pavel@ukw.edu.pl

Ключевые слова: адаптация, алекситимия, негативные эмоции, позитивные эмоции, психометрические свойства.

A RUSSIAN ADAPTATION OF THE PERTH ALEXITHYMIA QUESTIONNAIRE

Larionow P.¹, Khokhlova O. Yu.², Iakovleva M. V.³

¹ Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland

² Middlesex University Dubai, Dubai, UAE

³ FSBI HE SpbSU, St. Petersburg, Russia

pavel@ukw.edu.pl

Keywords: adaptation, alexithymia, negative emotions, positive emotions, psychometric properties.

Введение. Алекситимия — это личностная особенность, состоящая из трех компонентов: (1) трудности с идентификацией (определением) собственных чувств, (2) трудности с описанием чувств и (3) внешне-ориентированное мышление (Преесе и др., 2018). Алекситимия является фактором риска целого ряда аффективных и психосоматических расстройств по причине негативного влияния на регуляцию эмоций (Ларионов, 2021), что неудивительно, если принимать во внимание ведущую роль эмоциональных факторов в развитии

психосоматической патологии (Щелкова, 2012).

Наиболее часто используемым диагностическим инструментом для оценки алекситимии является 20-пунктная Торонтская шкала алекситимии (*Toronto Alexithymia Scale*, TAS-20; Bagby и др., 1994). Несмотря на то, что в целом TAS-20 является хорошим опросником для измерения алекситимии, он характеризуется некоторыми психометрическими проблемами, в том числе проблемой с дискриминантной валидностью по отношению к дистрессу или негативному аффекту (Kooimani др., 2002). Кроме того, TAS-20 не был разработан для получения информации по каждому из трех компонентов алекситимии. Ряд исследователей отметили низкую внутреннюю согласованность подшкалы внешне-ориентированного мышления. В связи с этим разработчики TAS-20 рекомендуют использовать в качестве показателя алекситимии только общий балл (Bagby и др., 2007). Более того, в русскоязычной версии TAS-20 низкую внутреннюю согласованность имеет также подшкала трудностей с описанием чувств (Старостина и др., 2010), что значительно ограничивает использование опросника в клинических условиях.

Для преодоления обозначенных выше проблем был разработан 24-пунктный Пертский опросник алекситимии (*Perth Alexithymia Questionnaire*, PAQ; Preece и др., 2018), который позволяет не только измерить все компоненты алекситимии, но и отдельно оценить трудности с идентификацией и описанием чувств по отношению к негативным и позитивным эмоциям. PAQ включает в себя общий балл и пять подшкал: (1) трудности с идентификацией негативных чувств (N-DIF; 4 пункта, например, «Когда я чувствую себя *плохо*, я не могу определить, грущу ли я, злюсь или боюсь»), (2) трудности с идентификацией позитивных чувств (P-DIF; 4 пункта, например, «Когда я чувствую себя *хорошо*, я не могу понять смысл этих чувств»), (3) трудности с описанием негативных чувств (N-DDF; 4 пункта, например, «Когда я чувствую себя *плохо* (испытываю неприятные эмоции), я не могу найти подходящие слова, чтобы описать эти чувства»), (4) трудности с описанием позитивных чувств (P-DDF; 4 пункта, например, «Когда я чувствую себя *хорошо*, я не могу говорить об этих чувствах очень глубоко и подробно») и (5) внешне-ориентированное мышление (G-EOT; 8 пунктов, например, «Обычно я стараюсь не думать о том, что я чувствую»). В настоящее время данный опросник активно используется в зарубежных исследованиях. Например, представлены испанская (Весетта и др., 2021) и польская (Lagionow и др., 2022) версии PAQ, которые обладают очень хорошими психометрическими свойствами, в том числе хорошей конвергентной, дивергентной и дискриминантной валидностью, а также высокой внутренней согласованностью. Таким образом, опросник PAQ является валидным психометрическим инструментом. В настоящее время не существует его русскоязычной версии. Цель исследования — разработать русскоязычную версию PAQ и описать ее психометрические

свойства.

Материал и методы. Исследование было проведено онлайн в 2022 г. среди русскоязычного населения. В нем приняли участие 229 человек (196 женщин и 33 мужчины) в возрасте от 18 до 60 лет ($M = 28,59$, $SD = 9,41$). Респонденты заполняли следующие русскоязычные опросники: Пертский опросник алекситимии (PAQ), Торонтскую шкалу алекситимии (TAS-20; Старостина и др., 2010), Опросник здоровья (*Patient Health Questionnaire-4*, PHQ-4) для измерения симптомов депрессии и тревоги, Шкалу воспринимаемого стресса (*Perceived Stress Scale*, PSS-10; Абабков и др., 2016), Краткую форму Пертской шкалы эмоциональной реактивности (*Perth Emotional Reactivity Scale-Short Form*, PERS-S; Ларионов и др., 2021) и Шкалу субъективной диспозиционной витальности (*Subjective Vitality Scale*, SVS; Александрова, 2014).

Результаты и их обсуждение. С помощью конфирматорного факторного анализа было выявлено, что оптимальным решением является 5-факторная модель, которая отражает предполагаемую факторную структуру опросника. Таким образом, русскоязычная версия PAQ обладает теоретически конгруэнтной факторной структурой. Внутренняя согласованность (альфа Кронбаха и омега МакДональда) всех подшкал опросника и общего балла была высокой ($\geq 0,82$).

С целью оценки конвергентной и дивергентной валидности были рассчитаны корреляции PAQ с TAS-20, PHQ-4, PSS-10, PERS-S и SVS. Все подшкалы и общий балл PAQ сильно и положительно коррелировали с баллами TAS-20 (r от 0,50 до 0,86). Показатели PAQ сильно и отрицательно коррелировали с общей реактивностью позитивных эмоций (r от -0,41 до -0,62), тогда как P-DDF и подшкалы PAQ с негативной валентностью (т. е. N-DIF и N-DDF) умеренно и положительно коррелировали с общей реактивностью негативных эмоций (r от 0,24 до 0,33). Положительно-валентные подшкалы PAQ (т. е. P-DIF и P-DDF) умеренно и положительно коррелировали с симптомами тревоги и общим баллом PHQ-4 (r от 0,25 до 0,26), причем, что удивительно, все баллы PAQ статистически значимо не коррелировали с депрессивными симптомами. В целом, подшкалы PAQ (кроме G-EOT) и общий балл PAQ умеренно и положительно коррелировали со стрессом (r от 0,32 до 0,44), а P-DIF и общий балл PAQ умеренно и отрицательно коррелировали с витальностью ($r = -0,25$ и $-0,23$ соответственно).

Помимо этого, проведенный множественный регрессионный анализ показал, что баллы PAQ являются значимыми предикторами симптомов тревоги [$beta$ P-DIF = 0,33, $beta$ G-EOT = -0,23; $F_{(2, 78)} = 4,903$, $p = 0,010$, $R^2 = 8,9\%$], стресса [$beta$ P-DDF = 0,44; $F_{(1, 79)} = 18,585$, $p < 0,001$, $R^2 = 18,0\%$], а также витальности [$beta$ P-DDF = -0,28; $F_{(1, 79)} = 6,950$, $p = 0,010$, $R^2 = 6,9\%$]. Баллы PAQ не были статистически значимыми предикторами симптомов депрессии.

Результаты указывают на особую роль положительно-валентных компонентов алекситимии (т. е. P-DIF и P-DDF) в развитии психопатологических симптомов и снижении витальности. В свою очередь, это подчеркивает клиническую релевантность выделения положительно-валентных и негативно-валентных подшкал PAQ.

Выводы. Цель исследования заключалась в изучении психометрических свойств русскоязычной версии опросника PAQ. Эмпирически показано, что опросник характеризуется оригинальной 5-факторной структурой, что согласуется с выводами, представленными в других валидационных исследованиях (Весергаи др., 2021; Larionowi др., 2022). Внутренняя согласованность всех пяти подшкал и общего балла PAQ была хорошей.

Конвергентная и дивергентная валидность PAQ также были эмпирически подтверждены. В целом, подшкалы PAQ и общий балл высоко положительно коррелировали с TAS-20, были значимо отрицательно связаны с общей реактивностью позитивных эмоций и положительно — с общей реактивностью негативных эмоций, что согласуется с предыдущими исследованиями (Весергаи др., 2021; Larionowi др., 2022). Положительно-валентные подшкалы P-DIF и P-DDF положительно коррелировали с симптомами тревоги и общим баллом PHQ-4, а также отрицательно — с витальностью. Все показатели PAQ (кроме G-EOT) были положительно связаны со стрессом, что подтверждает хорошую конвергентную и дивергентную валидность русскоязычной версии PAQ, а также клиническую значимость выделения положительно-валентных и негативно-валентных подшкал данного опросника.

Наши данные согласуются с выводами, полученными в других валидационных исследованиях (Весергаи др., 2021; Larionowi др., 2022; Preece и др., 2018), подтверждая хорошие психометрические свойства и кросс-культурную валидность опросника PAQ. Таким образом, русскоязычная версия PAQ является кратким и отличным опросником для комплексного измерения конструкта алекситимии по отношению к негативным и позитивным эмоциям. В настоящее время нами проводится русскоязычная валидизация краткой 6-пунктовой версии PAQ (*Perth Alexithymia Questionnaire-Short Form*, PAQ-S; Preece и др., 2023), которая может быть применена в различных исследовательских и клинических условиях.

Литература

1. Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33–40.
2. Bagby, R. M., Taylor, G. J., Quilty, L. C., Parker, J. D. (2007). Reexamining the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: commentary on Gignac, Palmer, and Stough. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 258–264.
3. Becerra, R., Baeza, C. G., Fernandez, A. M., Preece, D. A. (2021). Assessing Alexithymia: Psychometric Properties of the Perth Alexithymia Questionnaire in a Spanish-Speaking Sample. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 710398.
4. Kooiman, C. G., Spinhoven, P., Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia: a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1083–1090.

5. Larionow, P., Preece, D. A., Mudło-Głagolska, K. (2022). Assessing alexithymia across negative and positive emotions: Psychometric properties of the Polish version of the Perth Alexithymia Questionnaire. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1047191.
6. Preece, D., Becerra, R., Robinson, K., Dandy, J., Allan, A. (2018). The psychometric assessment of alexithymia: Development and validation of the Perth Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 132, 32–44.
7. Preece, D. A., Mehta, A., Petrova, K., Sikka, P., Vjureberg, J., Chen, W., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K., Gross, J. J. (2023). The Perth Alexithymia Questionnaire-Short Form (PAQ-S): A 6-item measure of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 325, 493–501.
8. Абабков, В. А., Барышникова, К., Горбунов, И. А., Капранова, С. В., Пологаева, Е. А., Стуклов, К. А. (2016). Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10». *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*, 2, 6–15.
9. Александрова, Л. А. (2014). Субъективная витальность как предмет исследования. *Психология. Журнал Высшей Школы Экономики*, 11, 133–163.
10. Ларионов, П. М. (2021). Ключевые проблемы исследования алекситимии и ее взаимосвязь с когнитивными стратегиями регуляции эмоций, эластичностью копинга и эмоциональными нарушениями. *Консультативная психология и психотерапия*, 29(1), 44–65.
11. Ларионов, П. М., Агеенкова, Е. К., Белашина, Т. В. (2021). Психометрические свойства русскоязычной версии краткой формы Пертской шкалы эмоциональной реактивности. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 13(2), 26–33.
12. Старостина, Е. Г., Тэйлор, Г. Д., Квилти, Л. К., Бобров, А. Е., Мошняга, Е. Н., Пузырева, Н. В., Боброва, М. А., Ивашкина, М. Г., Кривчикова, М. Н., Шаврикова, Е. П., Бэгби, Р. М. (2010). Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных. *Социальная и клиническая психиатрия*, 20(4), 31–38.
13. Щелкова, О. Ю. (2012). Основные направления научных исследований в Санкт-Петербургской школе медицинской (клинической) психологии. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*, 1, 53–90.

СПЕЦИФИКА КОПИНГИ-СТРАТЕГИЙ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Мелёхин А.И.

Москва, Россия

clinmelehin@yandex.ru

Ключевые слова: копинг-стили, синдром раздраженного кишечника, копинг-стратегии.

THE SPECIFICS OF COPING STRATEGIES IN WOMEN WITH CHRONIC FUNCTIONAL DISORDERS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Melehin A.I.

Moscow, Russia

clinmelehin@yandex.ru

Keywords: coping styles, irritable bowel syndrome, coping strategies.

Введение. Синдром раздраженного кишечника (СРК) на данный момент является наиболее

частым диагнозом функциональных расстройств ЖКТ, одним из наиболее трудно поддающихся лечению заболеваний и оказывающее значительное инвалидизирующее влияние на качество жизни пациентов. Генетические и эпигенетические факторы, психологический накопленный макро-, микростресс, изменения в психологическом и когнитивном функционировании (нейротизм, алекситимия, соматизация аффекта, катастрофизация, тревога о здоровье), неблагоприятные жизненные события, желудочно-кишечная инфекция, нарушение иммунной регуляции при гиперчувствительности к пище, дисбиотическая микробиота кишечника и сбой в оси мозг-кишечник (изменения в висцеральной interoцепции) вовлечены в патогенез СРК. У пациентов присутствует спектр внекишечных соматических проявлений: головная боль, скелетно-мышечная боль, симптомы учащенного мочеиспускания, депрессия, тревога и хроническая усталость [4]. Вопрос патофизиологических механизмов СРК по сей день является открытым и включают в себя учет наличия у пациента «аномального» функционирования перистальтики кишечника; висцеральной гиперчувствительности; дисфункцию оси «микробиота-кишечник-мозг»; нарушение в целостности эпителиального барьера, вызывающие аномальное изменение в проницаемости кишечника; аномальной энтероэндокринной передачи сигналов, а также дисбиоза кишечной микробиоты из-за изменений в эмоциональной регуляции [1]. Несмотря на значительное количество доступных фармакологических и немедикаментозных вариантов лечения, ведение пациентов с СРК является сложной задачей, поскольку требуется индивидуальный подход. Согласно биопсихосоциальной модели СРК Д.А. Дроссмана [4], взаимодействие нервной системы и кишечника подразумевает, что физиологические нарушения при СРК связаны с психологическим стрессом, подразумевая, что существует комбинированное влияние аномального функционирования моторной, сенсорной, центральной нервной систем и желудочно-кишечного тракта (энтеральной нервной системы). Психологический стресс (перенесенный и актуальный) оказывает значительное влияние на состояние ЖКТ с точки зрения чувствительности, подвижности, секреции и проницаемости. Эти психобиологические процессы могут лежать в основе взаимосвязи между психологическими процессами или состоянием желудочно-кишечного тракта. В рамках биопсихосоциальной модели ряд психологических процессов были изучены в исследованиях автора (например, алекситимия, нейротизм, проблемно-ориентированный личностный тип, эмоциональная дисрегуляция) [1, 2], в то время как другим, включая копинг-стратегии, как когнитивным или поведенческим стратегиям для управления конкретными внутренними и/или внешними источниками психологического стресса, уделялось относительно мало внимания как в зарубежной [3], так и российской клинической психологии и нейрогастроэнтерологии. Важность копинг-стратегий отражается в их включении в модели

стресса и когнитивно-поведенческой концептуализации болезни (в том числе и СРК). Копинг-стратегии в отношении СРК определяются как когнитивные и поведенческие усилия, которые пациенты используют в ситуациях, которые они считают стрессовыми (ситуации-вызовы). На совладание влияют события ранней жизни пациента, биологические, психологические и социокультурные факторы. Высокий уровень интенсивности и катастрофизации боли, нарушения функциональности, тревога или депрессия выступают в качестве факторов, препятствующих адаптации к симптомам ЖКТ. Стратегии преодоления, ориентированные на решение проблем (поиск информации, планирование и постановка целей, а также напористая конфронтация), предназначены для изменения стрессовой ситуации. Стратегии преодоления, ориентированные на эмоции (поиск эмоциональной поддержки, расслабление или медитация, принятие желаемого за действительное), имеют дело с эмоциональным стрессом, связанным с ситуацией. Преодоление избегания включает психологические (когнитивное дистанцирование) и поведенческие (отстранение себя от ситуации) стратегии вытеснения стрессовой ситуации. Именно то, как пациент справляется со стрессом, реагирует на неопределенность, повседневные ситуации-вызовы, а не стресс как таковой, влияет на его психологическое и соматическое благополучие. Различия в копинг-стратегиях могут отличать тех, кто учится эффективно справляться со стрессовыми реакциями, и тех, кто поддается их воздействию и развивает соматические функциональные симптомы (склонность к соматизации). Роль, которую копинг-стратегии (копинг профиль пациента) играют в развитии синдрома раздраженного кишечника, является важной проблемой настоящего исследования. Пациенты с СРК по-разному интерпретируют стрессовые ситуации и используют разные стратегии совладания. Использование пассивных стратегий совладания со стрессом связано с более высокой тяжестью симптомов СРК и плохим качеством жизни. Неадаптивные стратегии совладания в стрессовых ситуациях у данных пациентов вызывают интернализацию стресса и приводят к психическим расстройствам, таким как тревога или депрессия. Плохо адаптивный стиль совладания влияет на выздоровление пациентов с желудочно-кишечными заболеваниями функционального типа.

Цель - изучить специфику копинг-стратегий, которые используют пациенты с синдромом раздражённого кишечника с рефрактерным течением, т.е. у которых симптомы стали хроническими, и они на протяжении 9–12 месяцев лечения не реагировали на соматотропное гастроэнтерологическое лечение.

Материал и методы. Методики исследования: COPE Inventory (адаптация: Т. О. Гордеева, Е. Н. Осин, Е. А. Рассказова). Участники исследования:

1) Основная группа состояла из 100 женщин, средний возраст составлял 35 лет в диапазоне от 18 до 51 года, с СРК (К.58) в соответствии с Римскими диагностическим

критериям IV, прошедшие полное обследование у врача-гастроэнтеролога с проведением колоноскопического обследования и направленных к клиническому психологу для психологического обследования и психотерапии. Средняя длительность заболевания $35,1 \pm 40,9$ месяцев, что говорит о рефрактерном СРК. Участники исследования на момент исследования не принимали ни соматотропную и психотропную терапию.

2) Контрольная группа – 100 женщин (средний возраст $41,5 \pm 12,2$ года, посещавшие профилактически врача-гастроэнтеролога без наличия функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследования. Пациенты с СРК используют широкий спектр копинг-стратегий и стилей (проблемно-ориентированный и избегающий), которые могут иметь последствия для их психологического благополучия. Использование различных копинг-стратегий различаются у пациентов с СРК по сравнению с контрольной группой. Пациенты с СРК используют больше проблемно-ориентированные копинг-стратегии, которые не всегда могут быть адаптивными. Пациенты, участвовавшие в исследовании, чаще проявляли тревогу, раздражение, терпеливость, гнев, игнорирование усталости. Сами пациенты часто отмечают, что проблема с кишечником воспринимается ими как «квест, который нужно пройти, сделать все возможное чтобы им управлять». Пациенты больше используют чрезмерно активные стратегии преодоления проблем (особенно когнитивную репетицию) и избегание, чем стратегии, ориентированные на то, чтобы разобраться в собственных эмоциях и психическом благополучии. Таким образом, данными пациентами используются стратегии, направленные на отвлечение себя от собственного психического функционирования, стрессора и/или связанных с ним эмоций. Ряд исследований показывают, что преобладание проблемно-ориентированного стиля совладания в значительной степени связано с рисками развития соматических симптомов (соматизации) за счет дисфункционального повышенного чувства контроля.

Пациенты с СРК больше используют планирование для того, чтобы, с одной стороны, быть максимально продуктивным, с другой стороны, чтобы максимально спрогнозировать и не потерять контроль над симптомами. В связи с этим пациенты чрезмерно обдумывают то, как действовать в отношении «своего кишечника», возможного появления симптомов, которые они не могут предсказать в той или иной жизненной ситуации (свидание, рабочая встреча, отсутствие туалетов, перелет). Они концентрированы на негативных эмоциях (беспомощность, страдание, тревога, неудовлетворенность), которая сопровождается суетливостью, катастрофизацией, когнитивной и соматической гипермобилизацией, изменениями в понимании как собственных психических состояний, так и других людей (ментализации). Следует отметить наличие низких показателей по позитивному

переформулированию и личному росту у пациентов с СРК в отличие от контрольной группы, что говорит о негативном когнитивном смещении при восприятии информации. Эти стратегии поддерживают уровень мобилизации, тревоги и депрессии у данной группы пациентов. Преобладает активное совладание, т.е. построение, просчитывание активных шагов или прямых действий, направленных на борьбу с симптомами, перестраховка от их появления в той или иной ситуации. Пациентам свойственна маркировка своего поведения, приема пищи, что «уместно» и/или «опасно». При возникновении симптомов, или прогнозировании их у пациентов с СРК актуализируется стратегия подавления конкурирующей деятельности, которая сопровождается поведенческими способами отвлечения себя уходом в работу, в бытовые дела, избыточные физические нагрузки или, наоборот, замирание. Мысленный и поведенческий уход от проблем, симптомов, а также использование «успокоительных» лекарств (лоперамид, смекта, спазмолитики, слабительные) выше у пациентов с СРК в отличие от контрольной группы. Известно, что такое копинг-поведение было вовлечено в развитие других расстройств, таких как мигрень и сердечно-сосудистые расстройства. Стратегии преодоления, ориентированные на эмоции, такие как отвлечение внимания и подавление поведения, в значительной степени по ряду исследований связаны с соматизацией и депрессивным аффектом. Этот тип совладающего поведения также был связан с усилением самообвинения и плохим исходом выздоровления СРК, рисками развития рефрактерного течения. У пациентов с СРК наблюдается повышенный поиск социальной поддержки (как инструментальной, так и эмоциональной).

Литература

1. Мелёхин А. И. Специфика эмоциональной дисрегуляции у женщин с различными типами синдрома раздражённого кишечника // *Неврологический вестник*. 2022. № 1. С. 31–45.
2. Мелёхин А. И. Роль желудочно-кишечной специфической тревоги и алекситимии как предикторов выраженности синдрома раздражённого кишечника у женщин // *Неврологический вестник*. 2021. Т. 53, № 1. С. 34–41.
3. David L., Fadgyas Stanculete M., Bolba A.R. Coping Strategies and Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. // *J Gastrointest Liver Dis*. 2021. Vol. 8. № 3. P. 485-494
4. Elwing J.E, Atassi H., Rogers B.D, Sayuk G.S. Emerging therapies in the management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). // *Expert Opin Emerg Drugs*. 2022. 27. Vol. 1. P 55-73.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СВОЕМ ТЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ С ЮНОШЕСКИМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ

Плахотниченко М.М., Чирухина В.И.

ФГБОУ ВО ТвГУ, Тверь, Россия

Plakhotnichenko.MM@tversu.net

Ключевые слова: юношеский идиопатический сколиоз, подростки, представление о своем теле.

FEATURES OF TEENAGERS BODY-IMAGE WITH IDIOPATHETIC SCOLIOSIS

Plakhotnichenko M.M., Chirukhina V.I.

¹ FSBI HE TvSU, Tver, RussiaPlakhotnichenko.MM@tversu.net**Keywords:** juvenile idiopathic scoliosis, teenagers, body image.

Введение. На протяжении многих лет сколиоз является одной из наиболее распространенных форм деформации позвоночника среди детей и подростков. Для данной патологии позвоночного столба характерно сочетание изменений его ротации в трех плоскостях: наблюдается боковое искривление во фронтальной плоскости, осевое вращение - в горизонтальной, а также отмечаются отклонения в сагиттальной плоскости. При этом сколиоз по мере физического развития ребёнка и подростка может иметь прогрессирующее течение [1].

Проблема этиологии трёхплоскостной деформации позвоночника является актуальным дискуссионным вопросом среди ортопедов, неврологов и вертебрологов. Постановка диагноза «идиопатический сколиоз» свидетельствует о неясной причине развития данного патологического процесса. Идиопатическая форма сколиоза по распространенности охватывает 2-5% в популяциях населения разных регионов мира [1].

А.П. Горбач, О.М. Сергеенко, Е.Н. Щурова [1] выделяют несколько направлений теорий о возникновении и развитии сколиоза. К генетической теории относятся исследования изменения активности генов во время роста и деления клеток, а также возможных хромосомных аномалий и мутаций генов. Нейрогенный аспект сколиоза описывают в исследованиях структурных изменений головного мозга пациентов со сколиозом. Также ученые выделяют группу биомеханических факторов и теорию дефекта костной и мышечной тканей, связанных с особенностями развития опорно-двигательного аппарата в целом. Ряд исследований был посвящен гормонам, влияющим на костную систему, а также особенностям метаболизма костной ткани. Факторы образа жизни (здоровое питание, физическая активность) в сочетании с экологической обстановкой региона также могут явиться причинами развития сколиоза. Наконец, в рамках эволюционной теории специалисты характеризуют сколиоз как «оплату за прямохождение» [2].

Сколиоз в зависимости от возраста возникновения и постановки диагноза различают, как инфантильный (соответствует периоду раннего детства до трёх лет), ювенильный (захватывающий период младшего дошкольного и младшего школьного возраста от 4 до 9

лет), юношеский (старше 10 лет) [1].

Начало сколиотического искривления часто совпадает с периодами скачков роста и полового созревания у подростков. Следует отметить, что в подростковом возрасте наиболее интенсивные перемены физического «Я» сочетаются с выстраиванием гендерной идентичности, формированием самосознания, «Я»-концепции и образа тела [3].

Возникающие физические изменения находят отражение в восприятии подростком своего тела. При этом следует учесть, что сколиотическое искривление позвоночника может быть выражено не только внешним нарушением осанки (вплоть до формирования рёберного горба), но и сопровождаться ощущением боли в области спины, а последствия могут быть выражены в дисфункции дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Таким образом, возникает необходимость в исследовании представления о себе и своем теле у подростков с юношеским идиопатическим сколиозом, что является целью данного исследования.

Материал и методы. Для реализации цели был подобран комплекс психодиагностических методик: методика «Q-сортировка» для исследования представлений о себе в контексте группового взаимодействия, «Опросник ситуативной неудовлетворенности телом» в контексте различных ситуаций (SIBID), «Опросник представлений о внешности» (ASI-R).

В исследовании приняли участие 25 подростков (15 девочек и 10 мальчиков) в возрасте 12-17 лет, проходящих физическую реабилитацию в ГБУЗ «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» (г. Тверь) в связи с диагнозом «юношеский идиопатический сколиоз» (с соответствующим кодом М41.1 по МКБ-10). Из участников исследования 6 подростков имеют первую степень сколиоза, у 10 подростков отмечается вторая степень, 6 подростков страдают третьей степенью сколиоза и у троих подростков выставлена четвертая степень данного заболевания.

Предметом исследования являются особенности восприятия себя и своего тела у подростков с юношеским идиопатическим сколиозом.

Результаты и их обсуждение. Средний показатель удовлетворенности образом тела в социальных ситуациях у подростков с юношеским идиопатическим сколиозом равен 39,5 балла (min=10, max=78), что соответствует средней степени удовлетворенности своим телом. При этом по процентному соотношению данного показателя отмечается, что лишь 4% подростков отмечают высокую удовлетворённость своим телом, остальные 96% не удовлетворены представлением о своем теле. В целом, подростки с юношеским идиопатическим сколиозом проявляют застенчивость и скованность в таких ситуациях, как примерка одежды в магазине, оценивают свою внешность положительно только в случае, если находятся среди других лиц, вызывающих у них симпатию, также оценивают себя менее привлекательно при просмотре фотографий с более привлекательными фигурами. Таким

образом, подростки недостаточно удовлетворены привлекательностью своей внешности, большинство социальных ситуаций вызывают дискомфорт в связи с их восприятием своего физического «Я».

Исследование представления подростков с юношеским идиопатическим сколиозом о своей внешности с помощью методики ASI-R представлено следующими результатами. Средний показатель равен 59,4 балла (min=32, max=80), что соответствует частично искаженному представлению о своем теле. В данном случае на первый план выходит значимость внешности в жизни подростка и влияние ощущения собственной привлекательности на эмоциональный фон. Большинство подростков (96%) испытывают беспокойство, если их внешность оценивают негативно, у 4% подростков отмечается искаженное восприятие внешности, что выражается в излишней идеализации и значимости роли внешности в их жизни.

Тенденции поведения подростков с юношеским идиопатическим сколиозом в группе исследовано с помощью методики «Q-сортировка». Получены следующие средние показатели по амбивалентным тенденциям: «зависимость» (12,6 баллов) и «независимость» (7,3 балла); общительность (13,7 баллов) и необщительность (6,2 баллов); «принятие борьбы» (7,9 баллов) и «избегание борьбы» (12 баллов).

Таким образом, подростки с юношеским идиопатическим сколиозом стараются принимать ценности группы и принятые в ней правила. Они достаточно контактные и стремятся устанавливать связи с ровесниками, в спорах и конфликтах предпочитают компромисс, избегают негативного взаимодействия и стремятся сохранить нейтралитет. При анализе распределения поведенческих тенденций в группе участников отмечаются следующие соотношения. У 84% подростков отмечается тенденция к зависимому поведению в группе относительно принятия групповых стандартов и ценностей, лишь у 16% участников преобладает обратная тенденция, что выражено в отстаивании собственного мнения, предъявлении различий в своих взглядах и поведении от группы ровесников.

В рамках тенденций «общительность – необщительность» преобладающее число респондентов (88%) стремятся устанавливать новые контакты и эмоциональные связи с окружающими людьми, и лишь у 12% обнаружен внутренний конфликт между потребностью в общении и стремлением ограничить круг общения.

Большинство подростков с юношеским идиопатическим сколиозом (71%) хотели бы сохранить нейтральную позицию в конфликтных ситуациях. Внутриличностный конфликт между стремлением сохранить нейтральную сторону и принять активное участие в групповой жизни отмечается у 80% подростков. Стремление добиться более высокого статуса в межличностных отношениях выявлено у 20% подростков.

По коэффициенту корреляции Спирмена установлены достоверные прямые сильные и умеренные взаимосвязи между показателями: «степень сколиоза» и «ситуативная неудовлетворенность образом тела» ($r=0,553$, $p<0,01$), «степень сколиоза» и «представления о внешности» ($r=0,417$, $p<0,05$). Подростки, страдающие юношеским идиопатическим сколиозом, при более выраженной степени заболевания нуждаются в систематическом ношении корсетов, которые трудно скрыть под одеждой, им необходимо регулярно выполнять упражнения лечебной физкультуры, в связи с более выраженной деформацией позвоночного столба и накладываемых ограничений они испытывают больший дискомфорт и ситуативную неудовлетворенность образом своего тела. Также у подростков с более выраженным сколиозом искажается представление о внешности.

Заключение. Таким образом подростки, страдающие юношеским идиопатическим сколиозом, склонны испытывать дискомфорт в связи с внешностью и воспринимают своё физическое «Я» как недостаточно привлекательное. С увеличением степени сколиотического искривления показатели удовлетворенности своей внешностью и образом тела снижаются. Тема телесности представляется для них эмоционально значимой и большинство подростков с юношеским идиопатическим сколиозом испытывают волнение в связи с оценением их внешности.

Литература

1. Горбач А.П., Сергеев О.М., Щурова Е.Н. Идиопатический сколиоз как мультифакторное заболевание: систематизированный обзор современной литературы // Хирургия позвоночника. 2022. Т. 19. № 2. С. 19–32.
2. Дудин М.Г., Михайловский М.В., Садовой М.А., Пинчук Д.Ю., Фомичев Н.Г. Идиопатический сколиоз: кто виноват и что делать? // Хирургия позвоночника. 2014. № 2. С. 8–20.
3. Черепанова И.В., Дорохов В.В. Половые различия Я-концепции подростков со сколиозом // Право. Экономика. Психология. 2021. №3 (23). С. 100-104.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Янушевич О.О., Шалина О.С.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

shalinaya@yandex.ru

Ключевые слова: качество жизни, подростковый возраст, соматические заболевания.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS WITH CHRONIC SOMATIC DISEASES

Yanushevich O.O., Shalina O.S.

FSBI HE «A.I. Yevdokimov MSMSU MOH», Moscow, Russia

shalinaya@yandex.ru

Keywords: quality of life, adolescence, somatic diseases.

Введение. Во всем мире наблюдается увеличение частоты аутоиммунных заболеваний, в частности – хронических воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) [2]. Пик диагностики заболевания приходится на 15-35 лет [1, 3]. ВЗК выражено снижают качество жизни пациентов своим непредсказуемым течением, специфическими методами дифференциальной диагностики и протоколом лечения, многочисленными осложнениями [2]. Зачастую подростки с ВЗК имеют тяжелые депрессивные эпизоды и проявляют высокую тревожность, что может негативно сказываться на приверженности к лечению, на социальной адаптации в целом [5, 6]. Качественные психодиагностические обследования пациентов в период стационарного лечения и реабилитации, психологическое исследование их особенностей, клиничко-психологическое сопровождение на всех этапах лечения помогут контролировать психическое здоровье и уровень качества жизни подростков. Внедрение в госпитальную практику психодиагностических методов исследования уровня качества жизни, приверженности к лечению и методов психологического мониторинга депрессивных и тревожных тенденций позволят вовремя обеспечить психологическую помощь подросткам с хроническими заболеваниями, снижающими качество их жизни [4, 5].

Материалы и методы. В 2021-2023 гг. на базе РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова проведено эмпирическое исследование особенностей качества жизни и совладающего поведения у подростков с хроническими соматическими заболеваниями по сравнению с группой условно здоровых сверстников. Исследование было проведено с помощью методик: Авторская госпитальная анкета, SF-36, Эмоциональный тест Д.В. Люсина, Госпитальная шкала тревоги и депрессии Бека, Опросник способов копинга в адаптации Е.В. Битюцкой. В исследовании участвовала одна экспериментальная группа (32 респондента с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника, ВЗК) и три группы контроля. В первую группу контроля вошли подростки с синдромом раздраженного кишечника (СРК), во вторую подростки с сахарным диабетом 1-го типа (СД-1). В третью группу контроля вошли респонденты без хронических соматических заболеваний. В каждой группе контроля по 16 респондентов.

Гипотезы: 1. Подросткам с хроническими ВЗК по сравнению с условно здоровыми сверстниками присущи более низкие показатели качества жизни, более выраженные депрессивные и тревожные тенденции, а также более низкий уровень эмоционального интеллекта. 2. Подростки с хроническими соматическими заболеваниями, приводящими к значимым ограничениям повседневной жизни и требующими коррекции функционирования организма с помощью внешних средств (инъекции инсулина при СД-1 и выведение кишечной стомы при ВЗК), будут значимо отличаться по психологическим показателям качества жизни от условно здоровых сверстников и подростков с относительно менее значимыми ограничениями, накладываемыми хроническим заболеванием (подростки с СРК). 3. Значимым фактором снижения уровня качества жизни подростков является не само по себе заболевание, а именно ограничения в ведущей деятельности, присущей конкретному возрасту. Для подростков это сокращение коммуникации и социального взаимодействия со сверстниками, ограничения учебной деятельности (пропуски занятий, индивидуальный план обучения и др.), хобби, общее снижение ежедневной активности

Результаты и их обсуждение. Проведен корреляционный анализ показателей качества жизни в каждой группе. В группе подростков с ВЗК прослеживается взаимосвязь ролевого-эмоционального состояния с планомерным решением проблем ($0,4 \text{ } p < 0,05$), психического здоровья с фантазированием ($-0,372 \text{ } p < 0,05$), тревогой ($-0,355 \text{ } p < 0,05$) и депрессией ($0,5 \text{ } p < 0,05$). В группе подростков с СРК выявлены значимые корреляции по ролевому-эмоциональному состоянию с межличностным эмоциональным интеллектом ($-0,570 \text{ } p < 0,05$), тревогой ($-0,582 \text{ } p < 0,05$) и депрессией ($0,56 \text{ } p < 0,05$). Значимые взаимосвязи выявлены в группе подростков с СД-1: психического здоровья с уходом/избеганием ($-0,74 \text{ } p < 0,05$), фантазированием ($-0,76 \text{ } p < 0,01$) и самоконтролем ($0,658 \text{ } p < 0,01$), а также с тревогой ($-0,823 \text{ } p < 0,01$) и депрессией ($-0,724 \text{ } p < 0,01$). В контрольной группе подростков без хронических заболеваний выявлена взаимосвязь психического здоровья с самоконтролем ($0,516 \text{ } p < 0,01$), позитивной переоценки с тревогой ($-0,935 \text{ } p < 0,01$), противостояния с депрессией ($0,569 \text{ } p < 0,01$). По результатам дисперсионного анализа подтверждены различия между группами испытуемых. В группе подростков без хронических заболеваний показатели качества жизни значимо выше, чем в группах сверстников с хроническими заболеваниями, кроме переживания болевых ощущений. Однако, группа контроля с СРК «приблизены» к группе условно здоровых подростков по ряду показателей, в частности, по показателям социального, физического и ролевого функционирования, ряду показателей эмоционального интеллекта.

Сравнение групп с применением критерия Краскила-Уоллеса также показало неоднозначное отличие условно здоровых подростков от сверстников с соматическими заболеваниями. Наиболее значимые различия выявлены по показателям качества жизни

(ролевое функционирование, психическое здоровье и др.), в структуре эмоционального интеллекта, по уровню тревожных и депрессивных тенденций. Ожидаемо, показатели условно здоровых детей более благополучные, однако именно группа подростков с СРК «приближается» к ним, а показатели подростков с СД-1 и ВЗК ниже.

Кластеризация данных по группам показателей (по методикам) позволила увидеть, в какие группы объединяются респонденты вне контекста нозологии. Выделено пять кластеров, которые в свою очередь могут быть объединены в два больших кластера. В группе подростков с ВЗК, большинство респондентов которой вошли в один кластер, явно отличается сниженными показателями по всем компонентам качества жизни, в отличие от показателей кластера 5, куда входят все условно здоровые подростки, а также большая часть подростков с СРК, некоторые подростки с СД-1. Дискриминантный анализ позволил оценить, насколько различимы исследуемые группы по сочетанию исследованных показателей. Включение в анализ максимального числа шкал (принудительное включение) позволяет верно отнести к группам 92,5% выборки, причем группа нормы определяется безошибочно, точно. Метод пошагового отбора дает точность отнесения к группе 85% (68 из 80 наблюдений). Только часть ошибок при двух вариантах анализа совпадает, то есть классификация дает неустойчивый результат, что говорит о сходстве клинических групп (ВЗК, СК и СД-1). Все три клинические группы могут определяться сходным образом, часть пациентов с СРК и СД-1 определяются как пациенты с ВЗК, а при ВЗК возможно отнесение пациентов к СРК. Ошибочное отнесение к группе нормы наблюдается только для СРК и СД, что может свидетельствовать об их близости к группе нормы. Критерии различения связаны, в первую очередь, с общим состоянием и уровнем физического функционирования, во вторую очередь – с сочетанием переживания боли и тревожностью, и, наконец, с сочетанием тревоги и копингами самообвинения и дистанцирования. Понимание эмоций в межличностном общении связано со всеми тремя параметрами. Использованная социально-психологическая анкета позволила сопоставить всех подростков «вне» нозологических друг по показателям социальных отношений, ощущения психологического благополучия в семье, удовлетворённостью жизнью. Так, отчётливо разделились подростки, имеющие друзей и переживающие одиночество; живущие в благополучных и часто конфликтующих семьях; с высокой самооценкой и низкой; имеющие планы на будущее и не видящие перспектив. Эти переменные оказались значимо связаны с соответствующими показателями эмоционального интеллекта и качества жизни.

Таким образом, было показано, что у подростков с хроническими соматическими заболеваниями уровень качества жизни существенно ниже, чем у подростков без хронических заболеваний, а также имеются выраженные тревожные и депрессивные тенденции, снижены

показатели эмоционального интеллекта (понимание своих и чужих эмоций, контроль экспрессии). У условно здоровых подростков и подростков с заболеваниями, не накладывающих существенных ограничений на ежедневную активность, психологические показатели уровня качества жизни выше, чем у подростков с инвалидизирующими заболеваниями (физическое, ролевое и социальное функционирование, общее состояние, позитивная переоценка, показатели эмоционального интеллекта). При этом, помимо собственно заболевания, особенностей его течения значимыми факторами общего психологического благополучия и качества жизни являются социально-психологические показатели: наличие друзей, самооценка, частота конфликтов в семье, наличие планов на будущее.

Выводы. Полученные в ходе исследования данные позволяют сфокусировать внимание специалистов на оказании психологической помощи в условиях госпитализации подросткам с ВЗК для улучшения показателей качества жизни. Стоит обратить внимание на процесс адаптации подростка к изменениям в своем теле после хирургических операций или же к постепенной адаптации к изменению режима дня, питания и необходимости постановки инъекций, например, при социализации подростков с сахарным диабетом 1-го типа. Но особенно важно то, что заболевание не всегда «напрямую» определяет качество жизни подростка, его благополучие, но степень сохранности социальной ситуации его развития, возможность реализации ведущей деятельности, характеризующей этот возраст. Значит, одной из мишеней клинико-психологического сопровождения подростков с соматическими заболеваниями должны быть именно социально-психологические компоненты возраста.

Литература

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. М., 2001.
2. Анушенко А.О., Потапов А.С., Цимбалова Е.Г., Гордеева О.Б. Анемия при воспалительных заболеваниях кишечника у детей. - 2016 г., 128-140 с.
3. Белоусова Е.А. Рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона. Фарматека. 2009. No 13. С. 38-44.
4. Фёдорова В.Л. Психологические механизмы формирования внутренней картины болезни и совладающего со стрессом поведения у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. Автореф. дис. канд. психол. наук. - СПб. - 2009. 23с.
5. Brian E & Lacy, Fermin Mearin, Lin Chang, William D. Chey. Diagnostic Groups Bowel. ISSUE 6, P1393-14407. E5, May 01, 2016.
6. Dignass, A. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. / A.Dignass, G.Van.

РАЗДЕЛ 9. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Бабарахимова С.Б., Файзуллаева К.Р., Мирворисова З.Ш.

ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

sayorababaraximova2010@gmail.com

Ключевые слова: параноидная шизофрения, расстройства пищевого поведения, гендерные различия.

OPTIMIZATION OF PSYCHOTHERAPY OF EATING DISORDERS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Babarakhimova S.B., Fayzullayeva K.R., Mirvorisova Z.Sh.

TashPMI, Tashkent, Uzbekistan

sayorababaraximova2010@gmail.com

Keywords: paranoid schizophrenia, eating disorders, gender differences.

Актуальность проблемы исследования расстройств пищевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией является одной из важнейших задач практического здравоохранения [1, 3, 7]. В литературе научных работ, посвящённых дигестивным нарушениям у пациентов шизофренического профиля, очень мало, и в основном они исследуют клинические проявления данного явления, не акцентируя внимания на гендерные различия и своеобразии клинических различий в синдромологическом аспекте [2, 6]. В настоящее время дискуссионным вопросом в практической психиатрии остаётся эффективность проведения психотерапевтического вмешательства у пациентов с параноидной шизофренией, коморбидной с расстройствами пищевого поведения [4, 5].

Цель исследования: изучить эффективность применения арт-терапии у пациентов с расстройствами пищевого поведения, встречающимися в клинической картине параноидной шизофрении, для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 37 пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Среди них - 19 женщин и 18 мужчин с расстройствами пищевого поведения. В ходе

исследования использованы клинико-психопатологический и катamnестический методы исследования. Из психометрических методов использованы Шкала Calgary, Шкала PANSS, EAT-40 - тест отношения к приему пищи (диагностика анорексии и булимии), а также ретроспективный анализ историй болезней пациентов. Всем пациентам проводилась психокоррекционная работа в виде групповых сеансов арт-терапии в комбинации с рациональной психотерапией и музыкотерапией.

Результаты и обсуждение. В группе - 37 обследованных больных - у 65% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 35% обследованных - параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. По результатам тестирования с помощью Шкалы Calgary выявлено наличие депрессивных расстройств различной степени выраженности более, чем у половины пациентов. Было отмечено наличие депрессии средней степени выраженности у 55% пациентов, у 36% обследуемых – депрессия лёгкой степени и у 10% пациентов регистрировалась депрессия тяжёлой степени. В клинической картине параноидной шизофрении у пациентов преобладали в основном специфические симптомы дефицитарного, негативного ранга - апатия, абулия и аутизация. Гендерные особенности дигестивных нарушений у женщин преимущественно были представлены склонностью к избыточному перееданию, формированию метаболического синдрома. У мужчин нарушения пищевого поведения чаще всего проявлялись отказами от еды, употреблением биологически активных пищевых добавок, способствующих похуданию, что приводило к снижению комплайенса и рецидиву эндогенного процесса. Основным методом психотерапевтического вмешательства явилась арт-терапия с использованием антистресс-раскрасок трафаретов «Еда». До проведения арт-терапии у всех обследуемых пациентов был установлен уровень тяжести депрессивной симптоматики. Большинство пациентов мужского пола с удовольствием выполняли задания психотерапевта, в основном использовали яркие теплые краски в ходе проведения арт-терапии. Пациенты мужского пола в большинстве случаев предпочитали раскрашивать трафареты мясной продукции, фаст-фуда, причём у мужчин наблюдалось применение натуральных, естественных цветов палитры красок акварели и гуаши. В отличие от пациентов женского пола, мужчины в арт-терапевтическом сеансе редко использовали мозаику, аппликацию, украшение трафаретов рисунков бисером. Лица женского пола с удовольствием раскрашивали трафареты, отражающие кондитерские изделия - торты, пирожное, конфеты, хлебобулочные выпечки. В отличие от мужчин, лица женского пола выбирали холодные цвета палитры красок для раскрашивания картинок с едой, мотивируя свой выбор отвращением к пище и отсутствием аппетита. Пациентки в большинстве случаев сочетали раскрашивание акварельными красками трафаретов с оформлением мозаики, аппликации, наклеиванием на рисунки зёрен

риса, гречки, фасоли. Комбинированное использование методов арт-терапии женщины объясняли более эффективным воздействием релаксирующего компонента психокоррекционного вмешательства. После групповых сеансов арт-терапии отмечалось значительное снижение тяжести депрессивной патологии и редукция расстройств пищевого поведения. Данные исследования позволяют оптимизировать комплексный подход к терапии дигестивных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией, сократить количество госпитализаций, продлить сроки ремиссии и предотвратить возможные соматические осложнения.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты способствуют улучшению планирования фармакотерапии в комбинации с психотерапией. Используемые интегративные методы психотерапии для пациентов с параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей в условиях психиатрических больниц помогут оптимизировать реабилитацию пациентов с ограничительным пищевым поведением, сократить количество госпитализаций и максимально продлить период ремиссии.

Литература

1. Антохин Е.Ю. Гендерные аспекты психогенных депрессий: особенности клиники, подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. - №2. - С.52-60
2. Бабарахимова С.Б., Шаханская О.В., Искандарова Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни // Сборники конференций НИЦ Социосфера 2013. – №21. – С.109-112.
3. Бабарахимова С.Б., Мирворисова З.Ш., Файзуллаева К.Р. Особенности психокоррекции расстройств пищевого поведения у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей // Материалы международной научно-практической конференции «Интеграция науки и практики в медицине: достижения и перспективы», Кемерово, 2022. - С.236-242.
4. Демидова, Т. Ожирение проблема всех возрастов и всех стран / Т. Демидова // Диабет. Образ жизни. - 2000. - № 2. - С. 38—41.
5. Ромацкий, В. В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения: аналитический обзор литературы, часть II / В. В. Ромацкий, И. Р. Семин // Бюллетень сибирской медицины. 2006. - №4. - С. 83.
6. Neumarker, K. Perspectives of eating disorders from the Charite Hospital in Berlin / K. Neumarker, A. Bartsch // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 2003. -V. 12.-P. 14—19.
7. Matveeva A.A., Sulstonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. 2020. VOL 3, No 5 pp. 24-27

**ПИЩЕВОЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Куликов А.В.,
Блинова Т.Е., Шалина Н.С.

ФГБНУ «НЦПЗ», Москва, Россия

balakirevalena@yandex.ru

nwzvereva@mail.ru

koval-zaytsev@yandex.ru

nikitina.svt@mail.ru

tstakul@mail.ru

blinova.tania2015@yandex.ru

shalinans@yandex.ru

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, нарушение пищевого поведения, кататония.

**DYSONTOGENESIS OF EATING BEHAVIOR AMONG CHILDREN WITH AUTISM
SPECTRUM DISORDER**

Balakireva E.E.¹, Zvereva N.V.¹, Koval-Zaytsev A.A.¹, Nikitina S.G.¹, Kulikov A.V.¹, Blinova
T.E.¹, Shalina N.S.¹

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

balakirevalena@yandex.ru

nwzvereva@mail.ru

koval-zaytsev@yandex.ru

nikitina.svt@mail.ru

tstakul@mail.ru

blinova.tania2015@yandex.ru

shalinans@yandex.ru

Keywords: autism spectrum disorder, eating behavior, catatonia.

Актуальность. Развитие пищевого поведения является составной частью онтогенеза и оказывает непосредственное влияние на качество жизни как детей, так и их родителей [1, 2]. Поскольку нарушения пищевого поведения (НПП) широко распространены среди пациентов с РАС, является актуальным изучение «пищевого дизонтогенеза» в данной когорте с целью

выявления общих закономерностей развития аномалий пищевого поведения у детей с разными вариантами РАС [1, 3].

Цель исследования. Изучение пищевого дизонтогенеза при различных вариантах течения РАС с преобладанием гипердинамических, кататонических, кататоно-регрессивных расстройств.

Материалы и методы. Работа выполнена в ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор проф. Т.П. Ключник), в отделе детской психиатрии (и.о. зав. отделом к.м.н. Балакирева Е.Е.). В исследование включены 180 пациентов (110 девочек, 70 мальчиков) в возрасте от 2 лет до 5 лет (средний возраст – 4 года). Критерии включения: соответствие диагнозам (по МКБ-10) «Детский аутизм F84.02», «Атипичный аутизм F84.1», «Синдром Аспергера F84.5»; наличие в клинической картине нарушений приема пищи при гипердинамических, кататонических и кататоно-регрессивных вариантах расстройств; возраст от 2 до 5 лет на период первичного обследования. Критерии невключения: сопутствующее тяжелое органическое поражение ЦНС; верифицированные генетические заболевания, включающие аутистический синдром.

Методы исследования: клинико-психопатологический, патопсихологический, клинико-динамический, катанестический.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования были выделены клинические варианты приступов у пациентов с РАС, сопровождавшихся нарушениями пищевого поведения: кататонические (n=81, 45%), кататоно-регрессивные (n=75, 42%), и гипердинамические (n=24, 13%).

При выявлявшемся наиболее часто (45%) кататоническом типе течения отмечалась задержка развития без выраженного регресса, сопровождавшаяся нарушениями пищевого поведения, как правило, ограничительного характера. В разгар болезни, на высоте кататонического возбуждения, отмечался непродолжительный отказ от еды. Быстро возникала избирательность в еде, пациенты требовали пищу определенной текстуры, цвета, товарной марки. Как правило, экстремальное ограничение рациона было не характерно. Выборочность в еде, по имеющимся литературным данным, сопровождалась общими расстройствами сенсорики [6, 7]. При данном типе течения отмечались часто возникающие расстройства стула (хронические запоры, поносы), связанные как с особенностями диеты, так и с кататонической симптоматикой. Проявления дизонтогенеза пищевого поведения были выражены не так грубо, как при кататоно-регрессивном варианте расстройств. При патопсихологическом обследовании отмечалась задержка психического развития с проявлением различных дефицитов оцениваемых функций без выраженного их регресса, что соответствовало дефицитарному виду когнитивного дизонтогенеза.

При выявлявшемся несколько реже (42%) кататоно-регрессивном типе течения болезни отмечалась выраженная задержка развития, сопровождавшаяся грубой полиморфной симптоматикой с явлениями регресса, в том числе с выраженными стойкими нарушениями пищевого поведения, которые сохранялись длительное время и приводили к вторичной хронической соматической патологии. В первый приступ болезни больные теряли навыки жевания, начинали поперхиваться пищей и водой, отказывались от использования столовых приборов, требовали, чтобы их кормили с ложки. Больные зачастую пищу не жевали, заглатывали кусок целиком, запрокидывая голову, либо удерживали пищевой комок за щекой. Отмечались случаи поедания несъедобного, резкого психомоторного возбуждения с агрессией при попытках накормить, регулярное срыгивание или вызывание рвоты, манипуляции с каловыми массами. Была выражена пищевая избирательность, в крайних случаях достигавшая степени ограничения пищевого рациона двумя-тремя продуктами. Такие симптомы можно определить, как регресс, характеризующий становление пищевого поведения (по формам осваиваемых вариантов приема и качества пищи, а также по снижению коммуникативной стороны, не получающей необходимой поддержки, в том числе, и в пищевом взаимодействии со взрослым). Подтверждением такому пониманию служит и то, что при патопсихологическом обследовании выявлялась выраженная задержка развития с формированием регрессивно-дефектирующего вида когнитивного дизонтогенеза.

У части пациентов (13%) при гипердинамическом типе течения отмечалась временная задержка развития, а нарушения приема пищи были характерны в разгар заболевания. По мере роста и развития ребенка, с преодолением задержки развития, постепенно расширялся пищевой рацион. Отличительной особенностью было то, что проявления дизонтогенеза пищевого поведения становились очевидными только на высоте остроты состояния ребенка, а при патопсихологическом обследовании выявлялась временная задержка развития с формированием искаженного вида когнитивного дизонтогенеза [1,4,5].

Заключение. Дизонтогенез пищевого поведения рассматривался в плане искажения формулы развития и снижения роли коммуникативного аспекта взаимодействия матери и ребенка на его последующее развитие. Когнитивный дизонтогенез определялся у всех обследованных больных с РАС, как особый тип развития, характеризующийся асинхронией, ретардацией и отклонениями темпов развития отдельных компонентов психических функций. Патопсихологическое обследование показало наличие искаженного, дефицитарного и регрессивно-дефектирующего видов когнитивного дизонтогенеза. Наиболее выражены НПП были при кататоно-регрессивном типе течения болезни, и именно при этом типе течения у больных отмечалась выраженная задержка развития с формированием регрессивно-дефектирующего вида когнитивного дизонтогенеза. Сочетание разных сторон

дизонтогенетического развития способствует утяжелению течения расстройств, усиливая проявления как асинхронии развития, так ретардации и регресса.

Литература

1. Балакирева, Е. Е. Нарушения пищевого поведения у детей и подростков. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2020;22(4):38-41.
2. Зверева Н.В. и др. Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. Спецвыпуски. 2018;118(5-2):3-11.
3. Зинченко С.Н. и др. Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста. *Современная педиатрия*. 2016;5:139-144.
4. Павловская Е.В. Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста: современные подходы к диагностике и коррекции. *Медицинский совет*. 2021;17:32-39.
5. Симашкова Н.В. и др. Диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра. *Психиатрия*. 2021;19(1):45-53.
6. Mari-Bauset S, et al. Food selectivity in autism spectrum disorders: a systematic review. *J Child Neurol*. 2014;29(11):1554-1561.
7. Prajapati M. et al. Eating and Weight Behaviors Among Children with Autism Spectrum Disorder and Weight Concerns: Parents' Perspectives. *J Nutrition Education and Behavior*. 2022;54(7):53-54.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Сокуренок Е.Е. Мешкова Т.А.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

eel.selivanova@gmail.com

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, семейные взаимоотношения.

FEATURES OF FAMILY RELATIONSHIPS IN EATING DISORDERS ACCORDING TO FOREIGN STUDIES

Sokurenko E.E., Meshkova T.A.

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

eel.selivanova@gmail.com

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, family relationships.

Расстройства пищевого поведения (РПП) – это расстройства, характеризующиеся отчетливым и длительным нарушением привычек в питании или поведении, сформированных для контроля массы и формы тела, не являющиеся следствием других психических или соматических расстройств [1]. РПП характеризуются серьезными нарушениями пищевого поведения и изменениями массы тела, либо чрезмерной озабоченностью весом [15]. В

классификации расстройств пищевого поведения выделяют три характерных диагноза - нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание.

Феномен нарушений пищевого поведения не теряет своей актуальности. Несмотря на возросший интерес к указанной проблеме, статистические показатели распространенности РПП не уменьшаются. Расстройства этой группы выявлены не менее чем у 9% населения во всем мире [14], при этом зафиксирована повышенная вероятность смертельного исхода, особенно у пациентов с диагностированной нервной анорексией [2].

Проблема семейных взаимоотношений в качестве одного из важных факторов, влияющих на формирование и течение РПП, остается дискуссионной. С одной стороны, признается существенное влияние семьи на нарушения, связанные с питанием, с другой стороны, семейные взаимоотношения являются лишь одной из многих причин, способствующих развитию и прогрессированию данной группы нарушений, а в некоторых случаях сложности в семейных взаимоотношениях являются следствием заболевания.

Исследования показывают, что члены семьи с ребёнком с РПП могут проявлять чрезмерную сплоченность и недостаточную гибкость при дефиците эмоционального выражения [19]. Родители при взаимодействии с дочерьми-подростками с РПП демонстрируют непоследовательность в отношениях в сочетании с низкими уровнями взаимности и эмоциональной гармонии [13]. Наблюдаются также некоторые различия между типами расстройств пищевого поведения в отношении различных элементов функционирования семьи: например, сплоченность и ориентация на достижения были хуже в семьях с анорексией по сравнению с семьями с булимией [8].

Члены семей с плохой сплоченностью, низкой аффективной экспрессией и чрезмерной межличностной зависимостью между собой имеют более высокий риск развития патологического пищевого поведения [7]. Подростки с РПП сообщают о высоком уровне неудовлетворенности семьей [10], указывая на недостаток родительского принятия (семейное тепло, сочувствие, эмоциональная поддержка) и зависимость от членов семьи [9]. В свою очередь родители пациентов с РПП, особенно страдающих нервной анорексией, сообщают о переживании стресса, депрессии и об участившихся семейных конфликтах [16].

В целом семейное функционирование в клинических группах характеризуется более низким качеством, чем в контрольных, однако отдельные компоненты функционирования семьи, такие как эмоциональная вовлеченность, коммуникация и организация демонстрируют неоднозначные результаты [3]. Хотя ухудшение функционирования семьи является решающим элементом, до сих пор не получено эмпирических доказательств существования специфической дисфункциональной модели для семей с РПП, как в целом, так и для отдельных диагностических категорий РПП [11, 18]. Необходимость заботиться о ребенке с

РПП, который проявляет плохие навыки ментализации, ненадежную привязанность и нарушение эмоциональной регуляции, вызывает дистресс и формирует семейную дисфункцию в семьях без постоянной психосоциальной патологии [6].

Современная научная литература отвергает идею о том, что семья является единственной причиной (в этиологическом плане) или основным фактором риска РПП [4]. Влияние семьи в большей степени связано с развитием индивидуально-психологических структур, обуславливающих предрасположенность к РПП, но не является непосредственным предиктором развития заболевания [17]. Академия расстройств пищевого поведения [12] заявляет, что любая обобщенная модель расстройства пищевого поведения, включающая семью в качестве основной причины, должна быть отвергнута, поскольку она неизбежно подразумевает обвинение родителей в болезни их детей. Согласно этой позиции, предполагается, что этиопатогенез расстройств пищевого поведения следует рассматривать как многофакторную причину, связанную с генетическими, психологическими, нейроэндокринными, социокультурными и семейными факторами [5].

Литература

1. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.
2. Arcelus J. et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies //Archives of general psychiatry. 2011. Т. 68. №. 7. С. 724-731.
3. Emanuelli F. et al. Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions //Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2004. Т. 9. №. 1. С. 1-6.
4. Errii M., Cimino S., Cerniglia L. The role of family relationships in eating disorders in adolescents: A narrative review //Behavioral Sciences. 2020. Т. 10. №. 4. С. 71.
5. Garfinkel P.E., Garner D.M. Anorexia nervosa: A multidimensional perspective, Brunner/Mazel //Inc., New York. 1982.
6. Giles E. M. et al. Disturbed families or families disturbed: a reconsideration //Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2022. Т. 27. №. 1. С. 11-19.
7. Goossens L. et al. The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents //Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2012. Т. 41. №. 4. С. 445-457.
8. Kog E., Vandereycken, W. Family interaction in eating disorder patients and normal controls //International Journal of Eating Disorders. 1989. Т. 8. №. 1. С. 11-23.
9. Laghi F. et al. Development and validation of the efficacious self-presentation scale //The Journal of genetic psychology. 2011. Т. 172. №. 2. С. 209-219.
10. Laghi F. et al. Family functioning and eating disorders in adolescence Funzionamento familiare e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza // Counseling. 2012. №. 5. С. 55-69.
11. Langdon-Daly J., Serpell L. Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research //Journal of eating disorders. 2017. Т. 5. №. 1. С. 1-15.
12. Le Grange D. et al. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders //International Journal of Eating Disorders. 2010. Т. 43. №. 1. С.
13. Paciello M. et al. Moral dilemma in adolescence: The role of values, prosocial moral reasoning and moral disengagement in helping decision making //European Journal of Developmental Psychology. 2013. Т. 10. №. 2. С. 190-205.
14. Preti A. et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project //Journal of psychiatric research. 2009. Т. 43. №. 14. С. 1125-1132.
15. Schmidt U. et al. Eating disorders: the big issue //The Lancet Psychiatry. 2016. Т. 3. №. 4. С. 313-315.
16. Sim L.A. et al. Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa //International Journal of Eating Disorders. 2009. Т. 42. №. 6. С. 531-539.
17. Suarez-Albor C.L., Galletta M., Gómez-Bustamante E.M. Factors associated with eating disorders in

adolescents: A systematic review //Acta Bio Medica: Atenei Parmensis. 2022. Т. 93. №. 3.

18. Wooldridge T. et al. An overview of anorexia nervosa in males //Current Findings on Males with Eating Disorders. 2013. С. 37-47.

19. Zucker N. et al. Emotions and empathic understanding: capitalizing on relationships in those with eating disorders //A collaborative approach to eating disorders. 2013. С. 52-61.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ДЕВУШЕК И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ПРОХОДИВШИХ И НЕ ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Сокуренок Е.Е., Мешкова Т.А.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

eel.selivanova@gmail.com

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, эффекты лечения, общая семейная тревога.

FEATURES OF FAMILY RELATIONSHIPS OF ADOLESCENT GIRLS AND YOUNG WOMEN WHO HAVE BEEN AND HAVE NOT BEEN TREATED FOR EATING DISORDERS

Sokurenko E.E., Meshkova T.A.

FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, treatment effects, general family anxiety.

Введение. Проблема семейных взаимоотношений в качестве одного из основных факторов, влияющих на формирование и течение расстройств пищевого поведения (РПП), остается дискуссионной. Часть исследований показывают связь между семейным контекстом в целом и РПП [3, 5, 9], другая часть работ говорит о противоречивости данной связи и зависимости результатов от конкретного диагноза и рассматриваемых особенностей семейного взаимодействия [4, 7]. Целью настоящего исследования был сравнительный анализ восприятия семейного контекста и семейной тревоги в связи с симптоматическими проявлениями РПП в двух группах девушек и молодых женщин, которые проходили и не проходили лечение по поводу РПП (оценивалось по результатам самоотчета).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 60 респонденток 12-26 лет ($M=18,7\pm 3,92$) из разных регионов России. Данные собирались с помощью социальных сетей и интернет-сообществ, связанных с опытом переживания РПП и их лечения. Сравнивались две

подгруппы (каждая по 30 человек): проходившие и не проходившие лечение по поводу РПП. Использовались методики русскоязычная версия «Теста пищевых установок» (EAT-26) [1]; шкала удовлетворенности телом (BAS-II) в переводе Т.А. Мешковой при участии эксперта (США) [10]; опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ) [2], шкала Госпитальной тревоги и депрессии (HADS) [11]. Анализ данных проводился в программе IBM SPSS Statistics 26.0.0.0 с использованием U-критерия Манна-Уитни для независимых выборок и ранговой корреляции г-Спирмена.

Результаты. Сравнение подгрупп, проходивших и не проходивших лечение, по критерию Манна-Уитни показало, что между ними нет статистически значимых различий по показателям EAT-26 и BAS-II, однако для группы, не проходивших лечение, имеется тенденция к более высоким значениям по шкалам «Увлечение диетами» и «Булимия» ($p=0,028$ и $p=0,012$, соответственно). Значения семейной тревоги (чувство вины, напряжённость в семье, тревожность в семейном контексте) также наиболее выражено проявляются в группе, не проходивших лечение (средний ранг 38,58 против 22,42 для проходивших лечение, $p<0,001$). Показатели личностной тревоги (шкала HADS) также выше в группе не проходивших лечение (средний ранг 36,33 против 24,67, $p<0,01$).

Результаты корреляционного анализа демонстрируют значительные различия между подгруппами в паттернах корреляций (табл.1). Обращает внимание преобладание большого количества высоких значимых корреляций с показателями семейной тревоги в группе проходивших лечение, тогда как для не проходивших лечение значимыми оказались лишь два коэффициента. Все значимые коэффициенты подтверждают положительную и довольно сильную взаимосвязь между уровнем семейной тревоги и симптоматикой РПП. Отрицательная взаимосвязь обнаружена лишь для показателя позитивного отношения к телу, что вполне объяснимо. Таким образом, в группе проходивших лечение имеют место вполне закономерные взаимосвязи, подтверждающие, что высокая семейная тревога не способствует улучшению состояния при симптомах РПП. Почему такая закономерная картина не характерна для не проходивших лечение, в настоящий момент объяснить довольно трудно. Очевидно, требуется расширение выборок и дополнительный анализ.

Таблица 1.

Корреляции между симптомами РПП, удовлетворенностью телом, общей семейной тревогой и личностной тревогой в группах девушек и молодых женщин, проходивших и не проходивших лечение по поводу РПП

	Проходили лечение	Не проходили лечение
--	-------------------	----------------------

	Семейная тревога (ACT)	
Суммарный балл EAT-26	0,753***	0,389*
Увлечение диетами	0,748***	-
Булимия	0,724***	0,479**
Оральный контроль	0,573***	-
Удовлетворенность телом BAS-II	-0,695***	-
Личностная тревога HADS	0,668***	-

Примечание: *** - $p < 0,001$; ** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$

Резюме. Полученные данные позволяют предположить, что лечение РПП способствует снижению семейной и личностной тревоги и в некоторой степени уменьшает симптоматику РПП, однако мало сказывается на степени удовлетворенности телом. Вместе с тем, симптоматические проявления РПП, которые не являются редкостью после лечения [6], прямо связаны с семейной тревогой, которая, в свою очередь, коррелирует с личностной. В случае отсутствия лечения наблюдаются более высокие показатели, связанные с диетами и булимической симптоматикой, а также более высокие показатели семейной и личностной тревоги. Наблюдается также неоднозначная картина взаимосвязи между симптоматикой РПП и показателями семейной и личностной тревоги, что может свидетельствовать о том, что нарушенные семейные взаимоотношения являются лишь частью многофакторной системы, приводящей и закрепляющей деструктивные формы отношений с питанием, что соотносится с ведущей в настоящее время тенденцией мирового научного сообщества [8].

Ограничением настоящего исследования является тот факт, что данные о прохождении или непрохождении лечения по поводу РПП были получены лишь по результатам самоотчета участниц. Также мы не располагаем сведениями о длительности и особенностях лечения обследованных.

Литература

1. Мешкова Т.А. Опыт применения теста пищевых аттитюдов (EAT-26) на выборке студенток Москвы / Т. А. Мешкова, Н. О. Николаева // Психиатрия, 2017. № 1(73). С. 34-41.
2. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. - 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : Питер, 2008. 668 с.
3. Crittenden P. Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders / P. Crittenden // European Eating Disorders Review the Journal of the Eating Disorders Association, 2007. № 15. С. 119-130.
4. Emanuelli F. et al. Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions // Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2004. Т. 9. №. 1. С. 1-6.
5. Goossens L. et al. The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2012. Т. 41. №. 4. С. 445-457.

6. Herzog D.B. et al. Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1999. Т. 38. №. 7. С. 829-837.
7. Langdon-Daly J., Serpell L. Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research //Journal of eating disorders, 2017. Т. 5. №. 1. С. 1-15.
8. Le Grange D. et al. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders //International Journal of Eating Disorders. – 2010. – Т. 43. – №. 1. – С. 1.
9. Lyke J., Matsen J. Family functioning and risk factors for disordered eating //Eating behaviors, 2013. Т. 14. №. 4. С. 497-499.
10. Tylka T.L., Wood-Barcalow N.L. The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation //Body image, 2015. Т. 12. С. 53-67.
11. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale //Acta psychiatrica scandinavica, 1983. Т. 67. №. 6. С. 361-370.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА У ДЕВУШЕК, БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Фанталова Е.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

elenafantal@yandex.ru

Ключевые слова: нервная анорексия, эмоционально-личностная сфера, методы исследования.

EMOTIONAL AND PERSONAL SPHERE IN GIRLS WITH ANOREXIA NERVOSA

Fantalova E.B.

FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

elenafantal@yandex.ru

Keywords: anorexia nervosa, emotional and personal sphere, research methods.

Актуальность настоящего исследования определяется ростом заболеваемости нервной анорексией, ее большой распространенностью, а также трудностями диагностики и лечения этого заболевания. Активная пропаганда стройного тела средствами массовой информации часто становится причиной чрезмерной увлеченности подрастающего поколения похудением и стремлением к «идеальной фигуре». В современном обществе для большинства девушек худоба является синонимом красоты, и в процессе достижения своего идеала некоторые из них переходят в состояние болезненного истощения, требующего специализированного клинико-психологического вмешательства.

Пик нервной анорексии приходится на возраст от 12 до 15 лет. Именно в подростковом возрасте происходит значительные изменения в развитии ребенка, как на эмоционально-

личностном уровне, так и на физиологическом. При этом именно эмоции определяют ведущий уровень реагирования на требования окружающей среды. В норме эмоции способствуют эффективной работоспособности подростка и являются главным источником положительной мотивации, в то время как в условиях нервной анорексии происходит сдвиг мотива на цель, в результате которого запускается самостоятельная деятельность по похуданию, приводящая к постепенному уходу в болезнь.

Выбор темы данной работы продиктован необходимостью лучшего понимания эмоционального состояния больных нервной анорексией, попыткой найти пути оптимальной психологической помощи на основании полученных результатов исследования.

Настоящая работа под нашим руководством была выполнена студенткой Д.С. Дементьевой на базе Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой (НПЦ ПЗДП ДЗМ). Контингент исследования – девушки, больные нервной анорексией (15 человек) в возрасте от 13 до 18 лет (экспериментальная группа, ЭГ), а также девушки без психических расстройств (15 человек), также в возрасте от 13 до 18 лет (контрольная группа, КГ) . Общее число испытуемых - 30 человек.

Цель работы - сравнительный анализ особенностей эмоционально-личностной сферы у девушек, больных нервной анорексией, и здоровых девушек.

Объект исследования - эмоционально-личностная сфера.

Предмет исследования - особенности эмоционально-личностной сферы у девушек, больных нервной анорексией.

Гипотеза настоящего исследования заключается в том, что для эмоционально-личностной сферы девушек, больных нервной анорексией, будут характерны специфические особенности (отличия) по сравнению с эмоционально-личностной сферой здоровых девушек, проявляющиеся в повышенном уровне тревожности, а также в преобладании негативных эмоциональных состояний.

Методы исследования.

1. Анализ анамнестических данных больных.
2. Наблюдение за больными (нестандартизированное).
3. Клинико-психологическая беседа.
4. Проективный рисуночный тест Гудинаф-Харриса «Я - в трех проекциях» (адаптация и подсчет содержательного различия между рисунками Е.Б. Фанталовой) [6-7].
5. Проективный рисуночный тест «Четыре персонажа» [4].
6. Шкала Спилбергера-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности [5]
7. Опросник Изарда «Основные эмоциональные черты» [1, 2, 3].

Полученные данные обрабатывались на электронном ресурсе :URL <http://www.psychol-ok.ru/statistics/mann-whitney/>. В качестве метода математической статистики использовался U-критерий Манна-Уитни.

Результаты. Было обнаружено, что у девушек с нервной анорексией (ЭГ) отмечается достоверно более высокий уровень показателей реактивной и личностной тревожности по сравнению со здоровыми девушками (КГ)

1. Согласно методике Гудинаф- Харриса «Я – в трех проекциях», между ЭГ и КГ отмечаются достоверно значимые различия по субъективной оценке содержательного значения рисунков по 10-балльной шкале (сравнения рисунков (1/2, 2/3, 1/3), где рисунок 1- «Я социальное», рисунок 2- «Я реальное», рисунок 3 – «Я идеальное»). Итоговые показатели достоверно выше у ЭГ по сравнению с контрольной.

2. Согласно методике «Четыре персонажа», в ЭГ отмечается более высокий уровень переживаний и эмоций, чаще встречается негативный эмоциональный фон по сравнению с КГ, где эмоциональный фон положительный и встречается много рисунков с улыбающимся выражением лица, с позитивными высказываниями.

Согласно методике Изарда «Основные эмоциональные черты» для ЭГ и КГ следует отметить как сходные, так и различающиеся данные. Выявляется, что наибольшего количества баллов в обеих выборках достигло такое эмоциональное состояние как сочувствие - сострадание. По этому показателю можно судить, что девушки, больные нервной анорексией, так же, как и здоровые девушки, способны проявлять сочувствие и сострадание по отношению к другим людям и животным. Было обнаружено, что в ЭГ наиболее выраженными эмоциональными состояниями являются такие как горе-страдание, стыд-застенчивость, интерес-возбуждение, гнев-ярость, страх, сочувствие-сострадание. удивление, отвращение, эмоциональная возбудимость, радость, презрение-неуважение. Эмоциональным состоянием, выраженным у наибольшего количества испытуемых в КГ, также является сочувствие-сострадание, радость и эмоциональная возбудимость. У девушек КГ более ярко выражены положительно окрашенные эмоциональные состояния. Негативные эмоциональные состояния также присутствуют, но в меньшем количестве.

Таким образом, на основании полученных результатов исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. Анализ результатов проведенной работы позволяет говорить о частичном подтверждении гипотезы. По данным проведенного исследования обнаружено, что для эмоционально-личностной сферы девушек, больных нервной анорексией, характерны специфические особенности, такие как повышенная тревожность, не критичность к своему состоянию и фиксация на неудовлетворенности своей фигурой.

2. Результаты, полученные при проведении методики самооценки тревожности Спилбергера-Ханина, показывают, что уровень личностной и реактивной тревожности у девушек, больных нервной анорексией выше, чем у здоровых. Возможно, на эти результаты повлиял тот факт, что девушки из ЭГ на момент проведения методик находились в больнице. Пребывание в психиатрической больнице может являться фактором, повышающим уровень тревожности.

3. Выяснилось, что наиболее значимые различия наблюдаются только между такими эмоциональными состояниями как эмоциональная возбудимость и радость, то есть для девушек, больных нервной анорексией, характерными являются сниженный уровень этих эмоциональных состояний. Но между остальными эмоциональными состояниями не было выявлено значимых различий.

4. По результатам методики «Я - в трех проекциях» было выявлено, что для ЭГ характерен высокий балл расхождения между первым рисунком («Каким меня видят другие») и третьим («Каким я хочу быть»). Преобладает изображение своего тела, несовершенного на первом рисунке и заметно худого на втором. У КГ балл расхождения между этими рисунками также высок, но менее выражен. Исходя из этих данных можно судить, что для девушек, больных анорексией, характерна заниженная самооценка, несоответствие между действительным и желаемым, фиксация внимания на неудовлетворенности своей внешностью, заметна более критичная оценка своей внешности по сравнению с контрольной группой.

5. По результатам методики «Четыре персонажа» можно сделать вывод о том, что общий эмоциональный фон у девушек ЭГ снижен в сравнении с КГ. В отличие от КГ для ЭГ характерно преобладание рисунков, выражающих тревогу, печаль, неудовлетворенность собой и текущей ситуацией.

Литература

1. Вилюнас В.К. Основные проблемы психологической теории эмоций. – М.: Педагогика, 1988.
2. Изард К.Э. Психология эмоций. – СПб: Питер, 1999. С. 5-68
3. Ильин Е.И. Эмоции и чувства. – СПб.: Питер, 2001. – С. 633–634.
4. Лосева В.К., Луныков А.И. Рассмотрим проблему...Диагностика переживаний детей и взрослых по их речи и рисункам. Выпуск 3. Москва, 1995. - 49 с.
5. Спилбергер Ч.Д., Ханин Ю.Л. Методика субъективной оценки ситуативной и личностной тревожности. Речь, 2004. - 80 с.
6. Фанталова Е.Б. Аннотированный указатель методов психологической диагностики. Учебно-методическое пособие. — Москва : МГСУ «Союз», 1997. — с. 35—36.
7. Фанталова Е.Б. Методическое обеспечение тренировки обратной связи при общении в процессе обучения студентов-психологов // Актуальные проблемы современного образования: материалы II – ой межрегиональной научно-методической конференции/ под общей редакцией Мельниковой Р.И. – Воронеж: ВИЭСУ, ЦНТИ, 2010. с. 9 - 12.

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Чапала Т.В., Илич М.

ТГУ, Тольятти, Россия

cha_psy@mail.ru,

ilich.mariya@mail.ru

Ключевые слова: депрессивные состояния, пищевое поведение, гастроэнтерологические заболевания.

DEPRESSIVE STATES AND EATING BEHAVIOR OF PATIENTS WITH GASTROENTEROLOGICAL DISEASES

Chapala T.V., Ilich M.

Togliatti State University, Togliatti, Russia

cha_psy@mail.ru,

ilich.mariya@mail.ru

Keywords: depressive states, eating behavior, gastroenterological diseases.

Введение. Проблема распространения гастроэнтерологических заболеваний является актуальной на протяжении последних десятилетий, Современными исследователями отмечается, что возраст людей, подверженных болезням желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) стремительно снижается. Выявлены основные причины возникновения и распространения заболеваний ЖКТ: социальные (низкая материальная обеспеченность и низкое качество жизни); пищевые привычки (нерегулярные приемы пищи, чрезмерное употребление блюд быстрого приготовления); наследственные (генетические); психологические (частые стрессы и эмоциональные потрясения, которые человек испытывает при негативных жизненных обстоятельствах) [2; 3].

Болезни ЖКТ часто относят к психосоматическим заболеваниям, так как в результате психологического неблагополучия могут возникают соматические симптомы. Взаимодействие психофизиологических детерминантов, проявляющееся на соматическом уровне, происходит под влиянием психогенных факторов [2]. Как правило, пациенты с соматическими жалобами наблюдаются у врачей на протяжении длительного периода времени. Однако, лечение часто может быть малоэффективным, так как в основе заболевания скрыты психологические причины.

Изменение соматического здоровья всегда сопровождается повышенным беспокойством и озабоченностью. В зависимости от длительности течения заболевания и степени проявления соматических симптомов, у больных с заболеваниями ЖКТ могут наблюдаться депрессивные проявления. Для пациентов даже с невыраженной патологией, характерны депрессивные тенденции (апатия, пессимизм, уныние, беспокойство). С нарастанием соматических симптомов депрессия может достигать высокого уровня при которой прогрессирует когнитивная заторможенность, суицидальные мысли и поведение, различные аффективные состояния. По данным научной литературы, негативными эмоциональными состояниями, женщины с заболеваниями ЖКТ, страдают в два раза чаще мужчин с такими же болезнями, что возможно, обусловлено психосоциальными аспектами жизни [1; 4].

Современные зарубежные исследователи пишут о том, что у людей с заболеваниями ЖКТ в пищевом поведении могут наблюдаться отклонения от нормы, которые формируются из-за негативного эмоционального фона [3; 5].

Ученые, изучающие этиологию гастроэнтерологических заболеваний, подчеркивают, что при исследовании заболеваний ЖКТ всегда нужно учитывать пищевые предпочтения больных, так как это может быть фактором формирования заболевания. Несмотря на то, что при заболеваниях ЖКТ больным сложно скорректировать рацион питания, пациентам необходимо соблюдать принципы сбалансированного и дробного приема пищи, так как от этого зависит частота обострения болезни и ее течение [5].

Из обзора научных исследований, посвященных эмоциональному состоянию и пищевому поведению людей с заболеваниями ЖКТ можно сделать вывод: у больных могут наблюдаться негативные эмоциональные состояния, которые проявляются как депрессивность и трудность соблюдения пищевого режима и которое характеризуется как негативное пищевое поведение.

Цель исследования: изучить уровень проявления депрессии и пищевое поведение у мужчин и женщин с заболеваниями ЖКТ во время стационарного лечения.

Материалы и методы. Исследование проведено на гастроэнтерологическом отделении «Тольяттинской городской клинической больницы № 5», в городе Тольятти в Самарской области. Процедура эмпирического исследования одобрена этическим комитетом при Самарском государственном медицинском университете (Протокол № 202 от 09.10.2019). В исследовании приняли участие 36 человек с заболеваниями ЖКТ: 29 женщин и 7 мужчин разных клинических форм, во время стационарного лечения (за исключением заболеваний ЖКТ алкогольной этиологии). Средний возраст испытуемых – $M=55.9$; $SO=14.46$ [4]. В работе применялись следующие психологические диагностические методы: шкала исследования

депрессии А. Бека (BDI) и опросник пищевого поведения Татьяны ван Стриен (DEBQ). Для оценки различия средних значений двух выборок (мужчин и женщин с заболеваниями ЖКТ) применялся t-критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Результаты психологической диагностики депрессивных проявлений у людей с заболеваниями ЖКТ показали следующее:

Сравнением уровня значения баллов по общей шкалы определения уровня депрессии было выявлено: тяжелая депрессия – у 27,7 % женщин, у мужчин не определялась; умеренная депрессия – у 34,4 % женщин и у 42,8 % мужчин; легкая депрессия – у 27,7 % женщин и у 28,6 % мужчин; отсутствие признаков депрессии – у 10,3 % женщин и у 28,6 % мужчин. Женщины с заболеваниями ЖКТ при сравнении с мужчинами более склонны к депрессивным проявлениям ($t=2,067$, при $p \leq 0,05$).

Уровень значения баллов по субшкале когнитивно-аффективных проявлений депрессии установлен сравнением уровней значения баллов у женщин ($M=12.86$; $SO=6.88$) и мужчин ($M=9.28$; $SO=7.34$) с заболеваниями ЖКТ. При статистической обработке данных значимые различия не выявлены ($t=1,219$, при $p \leq 0,05$), следовательно, когнитивные и аффективные проявления депрессии одинаково могут проявляться как у женщин, так и мужчин.

В процессе сравнения значений результатов по субшкале соматических проявлений депрессии у женщин ($M=10.24$; $SO=4.41$) и мужчин ($M=4.71$; $SO=3.45$) с заболеваниями ЖКТ, были выявлены различия среднего значения баллов ($t=3,081$, при $p \leq 0,05$); у женщин могут чаще наблюдаться и проявляться соматические признаки депрессии в сравнении с мужчинами.

Результаты психологической диагностики пищевого поведения людей с заболеваниями ЖКТ показали следующее:

Соотношением результатов по шкале ограничительного пищевого поведения между женщинами и мужчинами с заболеваниями ЖКТ получены следующие данные: норма – 27,6 % женщины и 71,4 % мужчины; группа риска – 72,4 % женщины и 28,6 % мужчины. Женщины с заболеваниями ЖКТ более склонны ограничивать себя в питании, чем мужчины ($t=1,972$, при $p \leq 0,05$).

Сравнение данных по шкале эмоциогенного пищевого поведения, между женщинами и мужчинами с заболеваниями ЖКТ, выявило следующие результаты: норма – 58,6 % женщины и 71,4 % мужчины; группа риска – 41,4 % женщины и 28,6 % мужчины. Как у женщин, так и мужчин с заболеваниями органов пищеварения, могут изолированно от других состояний, проявляться признаки эмоциогенного пищевого поведения ($t=1,488$, при $p \leq 0,05$).

Результаты по шкале экстерналичного пищевого поведения: в пределах нормы – у 27,6 % женщин и у 57,2 % мужчин, в группу риска вошли 72,4 % женщин и 42,8 % мужчин. Сравнением результатов по шкале экстерналичного пищевого поведения определены различия

($t=1,976$ при $p \leq 0,05$). Женщины более выражено реагируют на внешние стимулы при выборе пищи.

Выводы. Исследование депрессивных состояний и пищевого поведения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями показало:

1. У женщин при сравнении с мужчинами чаще наблюдается тяжелая форма депрессии с выраженными соматическими проявлениями. Женщины больше беспокоятся о своем здоровье, и у них могут сильнее выражаться соматические симптомы заболевания, на фоне негативных эмоциональных состояний.

2. Исследование пищевого поведения показало, что женщины с заболеваниями ЖКТ при сравнении с мужчинами, чаще лишают себя полноценного приема пищи и ограничивают себя в питании (ограничительное пищевое поведение). Женщины обладают низкой адаптацией к рекомендованному режиму питания для больных с заболеваниями ЖКТ, у них высокая реактивность на внешние стимулы пищи – экстернальное пищевое поведение.

3. Для подтверждения полученных результатов исследования требуется продолжения исследовательской работы с расширением выборки. Однако, представленные результаты могут иметь высокую практическую значимость в практической деятельности психологов.

Литература

1. Болучевская В.В., Губина Т.Д., Кириченко А.А. Особенности эмоциональной сферы пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Серия: Гуманитарные и экономические науки. 2018. Т. 14, № 2. С. 148-153.
2. Психология гастроэнтерологических расстройств / Сост. М.Л. Мельникова: Науч. ред. С.Ф. Сироткин; УГУ. Ижевск: ERGO, 2009. 64 с.
3. Скворцов В.В., Тумаренко А.В. Клиническая гастроэнтерология: краткий курс. СПб.: СпецЛит; 2015.
4. Чапала Т.В., Илич М. Эмоциональное состояние и пищевое поведение людей с заболеваниями гастроэнтерологического профиля // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2022. Т. 10, № 2(37). С. 121-133.
5. Sato Y., Fukudo S. Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders // Clinical Journal of Gastroenterology. 2015. Vol. 5, № 8. P. 255-263. doi:10.1007/s12328-015-0611-x

НЕРАВНОМЕРНОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ДИНАМИКИ ПСИХИЧЕСКОЙ РИГИДНОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ТЕЛУ В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Шевеленкова Т.Д., Сальникова М.М.

ФГБОУ ВО РГГУ, Москва, Россия

shevelenkova@gmail.com

Ключевые слова: психическая ригидность, отношение к своему телу, нервная анорексия.

IRREGULARITY OF INDIVIDUAL DYNAMICS OF MENTAL RIGIDITY AND ATTITUDE TO THE BODY DURING TREATMENT IN ADOLESCENT GIRLS WITH ANOREXIA NERVOSA

Shevelenkova T.D., Salnikova M.M.

FSBI HE RSUH, Moscow, Russia

shevelenkova@gmail.com

Keywords: mental rigidity, attitude towards one's body, anorexia nervosa.

Введение. Одной из основных черт нервной анорексии является когнитивная ригидность, проявляющаяся в первичных симптомах этого заболевания, таких как диетические ограничения и искажение образа тела [1]. Ригидное поведение, постоянные ритуалы и трудности с переключением установок хорошо известны в феноменологии нервной анорексии. Точно так же сохранение или даже увеличение физической активности на протяжении болезни может привести к неспособности изменить поведение в соответствии с изменяющейся окружающей средой. Кроме того, когнитивная ригидность также может способствовать объяснению стремления к активности при нервной анорексии, описываемой как потеря произвольного контроля над компульсивным стремлением к упражнениям. Многие исследования уже продемонстрировали высокую распространенность перфекционизма и особенно повышенную когнитивную ригидность у лиц с нервной анорексией [7]. Также нарушения образа тела являются отличительной чертой нервной анорексии (хотя оно не всегда ведет к нервной анорексии), а оценка формы, веса и контроль за ними были предложены в качестве «основной психопатологии» клинических расстройств пищевого поведения. Образ тела был концептуализирован как многогранная конструкция, в которой сосуществуют аффективные, когнитивные и поведенческие компоненты [9]. Существует большое число исследований нервной анорексии [3, 4, 5; 6, 8, 10, 11, 12], раскрывающих некоторые аспекты отношения к своему телу и ригидности (в основном, когнитивной) при нервной анорексии, но многие вопросы все же остаются открытыми. На данный момент не хватает лонгитюдных исследований, затрагивающих именно динамику психологических особенностей в ходе лечения нервной анорексии. Как правило при оценке эффективности лечения по истечению месяца у пациенток отмечается прежде всего коррекция веса, улучшение физического состояния, но остается открытым вопрос, произошли ли у пациенток положительные изменения в психике: понизился ли уровень психической ригидности, а отношение к телу изменилось ли в сторону положительного полюса.

Целью исследования явилось изучение динамики психической ригидности и отношения к

своему телу в ходе лечения у пациенток, страдающих нервной анорексией, а также – выявление неравномерности индивидуальной динамики в ходе лечения у данных пациенток. Было выдвинуто предположение о том, что в конце стационарного лечения будут выявлены группы пациенток с положительной динамикой (значимо снизилась когнитивная ригидность, а отношение к телу изменилось от негативного полюса в сторону позитивного), с неравномерной динамикой (исследуемые показатели в ходе лечения не изменились), а также с отрицательной динамикой (показатели когнитивной ригидности и исходно негативное отношение к своему телу усугубились).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Центра изучения расстройств пищевого поведения (ЦИРПП) в городе Москва с 27 ноября 2021 года по 10 сентября 2022 года. В нем приняли участие 20 девочек-подростков в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст участников исследования составил $15,15 \pm 1,14$ лет) с диагнозом нервная анорексия. В исследовании был применен вариант лонгитюдного метода. Пациентки, страдающие нервной анорексией, проходили исследование в два этапа: в начале стационарного лечения и в конце – через месяц после его начала. На обоих этапах исследования пациенткам предлагалось принять участие в диагностической процедуре, использующей следующие методики: Классический тест Дж. Р. Струпа; упрощенная версия Томского опросника ригидности Г.В. Залевского; опросник когнитивной флексибельности (адаптация С.С. Кургиняна и Е.Ю., Осаволук); методика «Отношение к своему телу» (Т.Д. Шевеленкова, Ж.А. Волжина); авторская проективная методика «История моего тела»¹ (Т.Д. Шевеленкова, М.М. Сальникова), основанная на представлениях Д. Пайнз и Ф. Дольто об образе тела.

Результаты и их обсуждение. Результаты сравнительного исследования показателей *групповой динамики* ригидности и флексибельности в начале и конце пребывания в клинике: выявлены значимые различия в уровне когнитивной ригидности, актуальной ригидности, а

¹ Участникам исследования предлагалось ответить в развернутой форме на четыре вопроса в начале стационарного лечения и на пять – в конце. Предоставлялась следующая инструкция: «Расскажите историю своего тела, как если бы Вы описывали историю жизни какого-либо человека. Вы можете говорить от собственного лица или от лица Вашего тела. Рассказывая историю своего тела, включите, пожалуйста, ответы на вопросы, которые я задам позже. Попробуйте отвечать на каждый вопрос не менее чем пятью предложениями. Если Вам захочется добавить что-то о своем теле, помимо ответов на вопросы, то тоже рассказывайте. Художественное оформление и грамотность речи не оцениваются. Здесь нет правильного и неправильного – рассказывайте, как Вам захочется. Надеюсь, что это будет интересное и полезное занятие». В начале стационарного лечения предлагалось ответить на следующие вопросы: (1). Попробуйте охарактеризовать, как менялось Ваше тело в течение жизни? (2). Менялась ли Ваша жизнь в связи с изменениями Вашего тела? (3). Как Вы ощущаете свое тело сейчас? (4). Как Вы думаете, что будет с Вашим телом через 5 лет? Через месяц после начала лечения (перед выпиской) участникам исследования предлагалось ответить на те же самые вопросы и на еще один: (5). Что произошло с Вашим телом за последний месяц (с начала лечения в ЦИРПП)? Каждая история качественно интерпретировалась посредством контент-анализа по ряду параметров.

также в таких показателях когнитивной флексибельности как «контроль» и «интегративный показатель когнитивной флексибельности» у девушек-подростков, страдающих нервной анорексией, в начале и в конце лечения. В конце стационарного лечения *в целом по группе* уровень когнитивной и актуальной ригидности у пациенток стал значимо ниже, чем в начале. Уровень когнитивной флексибельности, соответственно, повысился.

Результаты сравнительного исследования отношения к телу у девушек-подростков с нервной анорексией в начале и конце лечения также показали значимый сдвиг негативного отношения к телу в сторону положительного полюса (по группе в целом). Статистически значимые сдвиги негативного отношения к телу в ходе лечения в сторону положительного полюса в целом по группе произошли по шкалам: «Интегративный показатель негативного отношения к своему телу», «Оценка способности отождествлять себя со своим телом», «Оценка способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом», «Оценка привлекательности своего тела для себя», «Оценка привлекательности своего тела для других», «Оценка умения управлять своим телом». Изменения произошли (как тенденция) и в «негативной оценке физического состояния», которая стала более положительной. К концу стационарного лечения не изменились показатели по таким шкалам, как «Значимость телесного здоровья» и «Значимость красоты собственного тела», которые остались прежними, негативными.

Результаты качественного анализа по методике «История моего тела» у пациенток в целом по группе от начала к концу лечения показали, что изменилась мотивация похудения: снизилась как внешняя, так и внутренняя негативная мотивация, но повысилось нежелание говорить на эту тему; снизилось в целом количество вторичных выгод от похудения; снизилось количество пациенток с фиксацией на внешнем виде; резко снизилось количество пациенток с негативным и амбивалентным отношением к своему телу. Появились пациентки с ощущением нормального (не конфликтного) воплощения своего тела; повысилось число пациенток с позитивным отношением к будущему (но появились пациентки и с явно негативным отношением); исчезло представление, что идеал будущего – худоба, но выросло и количество пациенток с переживанием, что будущего нет.

После определения динамики исследуемых показателей от начала к концу лечения по группе в целом на основе анализа индивидуальной динамики показателей (психической ригидности, когнитивной флексибельности и отношения к своему телу) было выделено три группы пациенток: группа пациенток с положительной динамикой, с неравномерной динамикой и с отрицательной динамикой.

Сравнение групп пациенток с положительной и неравномерной динамикой. Группа пациенток с положительной динамикой и группа с неравномерной динамикой статистически

значимо не различаются, однако качественно различия присутствуют: респонденты из первой группы твердо уверены в своем будущем, причем оно представляется им в позитивном ключе, также у них нет фиксации на внешнем виде, тогда как респонденты из второй группы выражают неоднозначное отношение к своему будущему и у них сохраняется фиксация на внешнем виде в конце стационарного лечения.

Сравнение групп пациенток с положительной и отрицательной динамикой. Группа пациенток с положительной динамикой и группа пациенток с отрицательной динамикой статистически значимо различаются по следующим показателям: «оценка привлекательности своего тела для себя» ($U=0,030$; $p=0,05$); «оценка способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом» ($U=0,017$; $p=0,05$); «оценка способности отождествлять себя со своим телом» ($U=0,030$; $p=0,05$); «интегративный показатель отношения к своему телу» ($U=0,017$; $p=0,05$); актуальная ригидность ($U=0,030$; $p=0,05$); сенситивная ригидность ($U=0,017$; $p=0,05$); вербальность ($U=0,030$; $p=0,05$). Пациентки с положительной динамикой более позитивно относятся к своему телу, чем пациенты из группы с отрицательной динамикой, что выражается в оценке привлекательности своего тела для себя, в оценке способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом, в оценке способности отождествлять себя со своим телом и в положительном отношении к своему телу в целом. Пациентки из группы с положительной динамикой менее ригидны, чем пациентки из группы с отрицательной динамикой, что выражается в показателях актуальной и сенситивной ригидности. Также у пациенток из группы с положительной динамикой более высокие показатели вербальности, что означает, что у них более высокая мера автоматизации познавательных функций в сравнении с пациентками из группы с отрицательной динамикой. Группа пациенток с положительной динамикой и группа с неравномерной динамикой статистически значимо не различаются, однако качественно присутствует существенное различие: пациентки из первой группы твердо уверены в своем будущем, причем оно представляется им в позитивном ключе, также у них нет фиксации на внешнем виде, тогда как пациентки из второй группы выражают неоднозначное отношение к своему будущему и у них сохраняется фиксация на внешнем виде в конце стационарного лечения.

Сравнение групп пациенток с неравномерной и отрицательной динамикой. Группа пациенток с неравномерной динамикой и группа пациенток с отрицательной динамикой статистически значимо различаются по следующим показателям: «оценка привлекательности своего тела для других» ($U=0,036$; $p=0,05$); «оценка привлекательности своего тела для себя» ($U=0,005$; $p=0,05$); «оценка способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом» ($U=0,026$; $p=0,05$); «оценка способности отождествлять себя со своим телом» ($U=0,012$; $p=0,05$); «интегративный показатель отношения к своему телу» ($U=0,012$; $p=0,05$);

«альтернативы ($U=0,050$; $p=0,05$); «вербальность» ($U=0,050$; $p=0,05$). Пациентки из группы с неравномерной динамикой более когнитивно гибки, поскольку у них более развита способность давать несколько вариантов объяснения жизненным событиям и проявлениям поведения человека, а также предлагать множество разных способов разрешения трудных ситуаций. Пациентки из группы с неравномерной динамикой лучше, то есть более положительно, относятся к своему телу, чем пациентки из группы с отрицательной динамикой, что выражается в оценке привлекательности своего тела для других и для себя, в оценке способности устанавливать и поддерживать контакт со своим телом, в оценке способности отождествлять себя со своим телом и в положительном отношении к своему телу в целом.

Характеристика группы пациенток с положительной динамикой (25% пациенток).

Данная группа характеризуется улучшением результатов хотя бы по одной из переменных из 12 по тестовым методикам и, самое главное, отсутствием фиксации на внешнем виде и наличием положительно оцениваемого будущего в конце стационарного лечения по проективной методике «История моего тела».

Характеристика группы пациенток с неравномерной динамикой (45% пациенток).

Данная группа характеризуется как улучшением, так и усугублением (хотя бы по 1 переменной из 12) результатов по тестовым методикам, а также неоднозначностью будущего и оставшейся фиксации на внешнем виде в конце стационарного лечения.

Характеристика группы пациенток с отрицательной динамикой (30% пациенток).

Данная группа характеризуется усугублением результатов хотя бы по одной переменной из 12 по тестовым методикам и/или отсутствием будущего как такового или видением будущего в негативном ключе, а также оставшейся фиксацией на внешнем виде в конце стационарного лечения.

Выводы. Все пациентки из группы с отрицательной динамикой характеризуются оставшейся фиксацией на внешнем виде, негативным восприятием будущего или отсутствием восприятия будущего как такового; к концу стационарного лечения у пациентов из группы с отрицательной динамикой остается конфликтное воплощение тела, а одной из главных тем является «ненависть к себе». В конце стационарного лечения 33% пациенток характеризуют свое состояние как болезненное (группа с отрицательной динамикой), уходят от темы болезни 67% пациенток из этой группы. Пациентки из группы с положительной динамикой характеризуются избавлением от фиксации на внешнем виде, положительным восприятием будущего, неконфликтным процессом воплощения тела, при этом значимыми темами для всех них являются осознание своего состояния как болезненного и принятие себя.

Таким образом, предположение о том, что в конце стационарного лечения будут

выявлены группы пациенток с положительной, неравномерной, а также с отрицательной динамикой, подтвердилось. Также можно сделать вывод о том, что, по результатам методики «История моего тела», ключевыми мишенями для психотерапевтической работы могут служить восприятие будущего, телесное воплощение, образ тела, а также работа с темами «принятие себя» и «ненависть к себе», «осознание своего состояния как болезненного».

Литература

1. Коркина М.В., Цивилько М.А., Кареева М.А. и др. Клинико-психопатологические корреляции психической ригидности при нервной анорексии // Журн. невропатол. психиатр. им. С.С.Корсакова. 1990. № 10. С. 86–88.
2. Abbate-Daga G, Buzzichelli S, Amianto F, Rocca G, Marzola E, McClintock SM, Fassino S. Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: a pilot study. *BMC Psychiatry*. 2011 Oct;11:162. doi: 10.1186/1471-244X-11-162. PMID: 21982555. PMCID: PMC3199238.
3. Brockmeyer T, Feby H, Leiteritz-Rausch A, Wunsch-Leiteritz W, Leiteritz A, Friederich HC. Cognitive flexibility, central coherence, and quality of life in anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2022 Feb;10(1):22.
4. Cholet J, Rousselet M, Donnio Y, Burlot M, Pere M, Lambert S, Rocher B, Chirio-Espitalier M, Eyzop E, Grall-Bronnec M. Evaluation of cognitive impairment in a French sample of patients with restrictive anorexia nervosa: two distinct profiles emerged with differences in impaired functions and psychopathological symptoms. *Eat Weight Disord*. 2021 Jun;26(5):1559-1570.
5. Dalhoff AW, Romero Frausto H, Romer G, Wessing I. Perceptive Body Image Distortion in Adolescent Anorexia Nervosa: Changes After Treatment. *Front Psychiatry*. 2019 Oct 15; 10:748.
6. Dann KM, Hay P, Touyz S. Everyday flexibility and functional milestones in anorexia nervosa: survey results from a mixed community sample. *Eat Weight Disord*. 2022 Jun;27(5):1641-1650. d
7. Di Lodovico L, Gorwood P. The relationship between moderate to vigorous physical activity and cognitive rigidity in anorexia nervosa. *Psychiatry Res*. 2020 Feb; 284:112703.
8. Legenbauer T, Radix AK, Naumann E, Blechert J. The Body Image Approach Test (BIAT): A Potential Measure of the Behavioral Components of Body Image Disturbance in Anorexia and Bulimia Nervosa? *Front Psychol*. 2020 Jan 31;11:30.
9. Marzola E, Panero M, Cavallo F, Delsedime N, Abbate-Daga G. Body shape in in patients with severe anorexia nervosa. *Eur Psychiatry*. 2020 Jan 31;63(1):e2.
10. Moccia L, Conte E, Ambrosecchia M, Janiri D, Di Pietro S, De Martin V, Di Nicola M, Rinaldi L, Sani G, Gallese V, Janiri L. Anomalous self-experience, body image disturbance, and eating disorder symptomatology in first-onset anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2022 Feb;27(1):101-108.
11. Tchanturia K, Davies H, Roberts M, Harrison A, Nakazato M, Schmidt U, Treasure J, Morris R. Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS One*. 2012 Jan;7(1):e28331.
12. Tchanturia K, Harrison A, Davies H, Roberts M, Oldershaw A, Nakazato M, Stahl D, Morris R, Schmidt U, Treasure J. Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *PLoS One*. 2011 Jun;6(6):e20462.

ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ТРИ

ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДА

Шлойдо Д.Е.

ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

dina.shloydo@gmail.com

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нарушения пищевого поведения, образ

тела, профилактика, превентивные программы.

PREVENTION OF EATING DISORDERS: A REVIEW OF THREE EVIDANCE-BASED METHODS

Shloido D. E.

FSBI HE SPbSU, St. Petersburg, Russia

dina.shloydo@gmail.com

Keywords: eating disorders, disordered eating, prevention, prevention programs.

Введение. Расстройства пищевого поведения (РПП) часто встречаются среди девушек и молодых женщин, но при этом могут наблюдаться среди всех категорий населения. Их распространенность представляет собой серьезную проблему, затрагивающую психическое здоровье людей в странах по всему миру. РПП связаны со следующими рисками и потерями для благополучия населения: частые соматические осложнения, повышенная вероятность развития других психических расстройств (депрессия, тревожные расстройства и др.) в будущем, высокие затраты на лечение и реабилитацию, нарушения социального функционирования, риск развития нетрудоспособности, повышенные показатели летальности (в том числе, повышенный риск суицида) [3]. В связи этим, проблема профилактики РПП стоит очень остро. Дать конкретный и точный ответ на вопрос «Как предотвратить развитие расстройства пищевого поведения?» непросто. Цель работы состоит в том, чтобы приблизиться к пониманию ответа на поставленный вопрос. Для этого рассмотрено современное состояние области, описаны характеристики трех превентивных методов с доказанной эффективностью.

Материал и методы. Аналитический обзор источников литературы, опубликованных в период с 2005 г. по 2021 г. ($n > 60$). Поиск источников производился в базах данных Web of Science, Google Scholar.

Результаты и их обсуждение. Сформулированы следующие выводы. 1) Профилактика РПП может быть безопасной и эффективной только при соблюдении нескольких важных принципов [2]. а) Превентивные программы должны основываться на этиологических теориях развития РПП, описывающих механизмы формирования РПП (например, используется социокультурная модель развития РПП). б) Действие методов должно быть направлено прицельно на факторы риска, установленные в исследованиях (например, цель многих эффективных программ – снизить значения показателя «интериоризация идеала худобы» (усвоение стандарта внешности)). в) Эффективность методов должна быть проверена в

рандомизированных контролируемых испытаниях на выборке большого размера с повторными наблюдениями и применением валидных психодиагностических методов. Она должна быть измерена как в искусственно созданных условиях (ведущий – автор метода), так и в естественных условиях (ведущие – учителя, психологи). d) Эффективные и безопасные программы профилактики по своей сути не являются просветительскими – участникам не сообщается информация об РПП и их симптомах. В связи с этим, лекции, проводимые девушками, переболевшими РПП, также неэффективны. Подростки могут романтизировать РПП и пытаться пойти тем же путем, что и девушка, переболевшая РПП.

2) Были выделены следующие три метода с доказанной эффективностью: программа Media Smart [5], программа Body Project [2], программа Student Bodies [4]. Программа Media Smart предназначена для подростков возраста от 12 до 14 лет и проводится в школах учителями. На занятиях школьники учатся более осознанно потреблять информацию, распространяемую в интернете и социальных сетях (в том числе, активно транслируемые послания, касающиеся идеала красоты). В России в рамках Проекта Dove по повышению самооценки распространяется краткий адаптированный вариант программы (ссылка на руководство на русском языке - [6]). Программа Body Project была создана ученым из Стэнфордского университета Э. Стайсом. Ее аудитория - девушки из группы риска (неудовлетворенные внешностью) возраста от 15 до 22 лет, ведущие - психологи или специально обученные сверстники. В основе программы - явление когнитивного диссонанса. На занятиях девушки в небольших группах (5-10 человек) активно обсуждают и критикуют существующий идеал женской фигуры в письменной и устной форме, в форме поведенческих упражнений. В результате у них возникает когнитивный диссонанс (расхождение) между их старыми убеждениями (о необходимости соответствовать идеалу) и новыми убеждениями, приобретаемыми в ходе обсуждения, что мотивирует их менять свои взгляды. В программу было вовлечено более 3,5 миллионов женщин и девушек из разных стран. В России она также применяется в рамках Проекта Dove по повышению самооценки (ссылка на руководство на русском языке - [7]). Третья программа, Student Bodies, разработана группой ученых, также относящихся к Стэнфордскому университету. Она используется среди девушек-студенток с очень высоким риском развития РПП (с симптомами РПП) и базируется на принципах эффективного метода лечения РПП - когнитивно-поведенческой терапии. Student Bodies реализуется в онлайн-формате, в последнее время для ее проведения используются чат-боты. В России, к сожалению, не применяется.

3) Профилактика РПП – комплексная задача, она не ограничивается применением превентивных программ. Необходимы профилактические меры, которые будут осуществляться на самых разных уровнях – изменение среды в школах и детских садах,

массовая диагностика РПП в школах, более реалистичный образ женщины в рекламе, изменение политики социальных сетей и так далее.

Заключение. Таким образом, существует несколько методов профилактики РПП с подтвержденной эффективностью. Более широкое применение этих методов на практике, а также более подробное их изучение, включая измерения эффективности русскоязычных адаптаций, помогут снизить распространенность расстройств пищевого поведения и предотвратить морально-психологический, социальный, экономический ущерб, связанный с этими заболеваниями.

Литература

1. Шлойдо Д.Е. Профилактика расстройств пищевого поведения: обзор программ с подтвержденной эффективностью // Психология. Психофизиология. 2022. Т. 15, № 3. С. 56–69.
2. Dakanalis A., Clerici M., Stice E. Prevention of eating disorders: current evidence-base for dissonance-based programmes and future directions // Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2019. Vol. 24. №. 4. P. 597-603
3. Keski-Rahkonen A., Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors // Current opinion in psychiatry. 2016. Vol. 29. №. 6. P. 340-345
4. Taylor C. B. et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women // Archives of general psychiatry. 2006. Vol. 63. №. 8. P. 881-888
5. Wilksch, S. M. School-based eating disorder prevention: a pilot effectiveness trial of teacher-delivered Media Smart // Early intervention in psychiatry. 2015. Vol. 9. №.1. P. 21-28
4. Taylor C. B. et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women // Archives of general psychiatry. 2006. Vol. 63. №. 8. P. 881-888
6. Руководство по проведению адаптированной версии Media Smart на русском языке -
7. <https://www.dove.com/ru/DSEP/school-workshops-on-body-image-confident-me.html>
8. Руководство по проведению программы Body Project на русском языке –
9. <https://www.dove.com/ru/DSEP/self-esteem-resources-for-youth-groups.html> («Откровенный разговор»)

РАЗДЕЛ 10. ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ НАКОПИТЕЛЬСТВО: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ

ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Бауэр Е.А.

Медицинский центр доктора Кауша, Кельн, Германия

rsmirr@mail.ru

Ключевые слова: патологическое накопительство, МКБ-11, критерии и методы диагностики, психотерапия.

COMPULSIVE HOARDING: SOME ASPECTS OF DIAGNOSIS AND PSYCHOTHERAPY

Bauer E.A.

Dr. Kausch'S Medical Center, Cologne, Germany

rsmirr@mail.ru**Keywords:** compulsive hoarding, ICD-11, criteria and methods of diagnostics. psychotherapy.

Диагноз «патологическое накопительство» включен в Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра (МКБ-11). В отличие от МКБ-10 речь идет о самостоятельном диагнозе в разделе «Обсессивно-компульсивные или связанные расстройства» (код 6B24). При этом различают «Патологическое накопительство с удовлетворительной или сохранной критичностью» и «Патологическое накопительство со снижением или отсутствием критичности» [7]. Согласно международным метаисследованиям, распространенность данного заболевания, имеющего различные аспекты, как например, собирательство животных, цифровое накопительство составляет 2,5 % [4]. Эта проблема затрагивает часто также семью и окружение человека и нередко приводит к стигматизации. К основным диагностическим критериям диагноза «патологическое накопительство» в МКБ-11 относятся:

1. Накопление вещей из-за их чрезмерного приобретения или трудностей с их выбрасыванием независимо от их фактической ценности.
2. Чрезмерное приобретение характеризуется повторяющимися побуждениями или поведением, связанным с накоплением или покупкой предметов.
3. Сложность выбрасывания характеризуется мыслями о необходимости сохранять предметы и переживаниями при необходимости отказаться от них.
4. Накопление приводит к захламлению жилых помещений до состояния, когда в них становится небезопасно находиться.
5. Симптомы приводят к существенному дистрессу или значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других важных сферах функционирования [8].

Что касается коморбидности, то можно выделить расстройства настроения, социальную фобию, генерализированное тревожное расстройство и другие [5]. В отличие от ритуальности при навязчивых состояниях, патологическое накопительство часто связано с положительными эмоциями обладания и собирания предметов.

Для проведения дифференциальной диагностики необходимо рассматривать следующие заболевания и синдромы: деменция; заболевания и травмы головного мозга; генетические

нарушения, например синдром Прадера-Вилли; синдром Диогена; шизофрения; депрессия; биполярное расстройство; ананкастное расстройство личности [3]. Для проведения диагностики используются следующие диагностические инструменты: Hoarding Rating Scale, Clutter Image Scale, Saving Inventory – Revised [1,2].

Одной из моделей, описывающих процесс возникновения патологического накопительства, является мультимодальная когнитивно-бихевиоральная модель, рассматривающая 4 проблемных аспекта, часто приводящих к развитию патологического накопительства: проблемы в обработке информации; дисфункциональные представления о приобретении и хранении вещей; чрезмерная эмоциональная привязанность к вещам и стратегии избегания, например при расхламлении. Именно на этих аспектах и фокусируется эффективная терапевтическая модель Steketee und Frost, состоящая из 26 сессий и рассчитанная на 6 месяцев [5]. Отметим основные этапы и содержание работы с пациентами:

1. работа над проблемами в обработке информации - тренинг планирования и организации, развитие систем сортировки и хранения вещей;
2. изменение чрезмерной эмоциональной привязанности к вещам, проработка причин интенсивной привязанности к ним и систематический тренинг сопротивления желанию приобретать новые вещи;
3. изменение дисфункциональных убеждений о вещах путем когнитивного реструктурирования;
4. ослабление стратегий избегания, например при расхламлении, градуированная экспозиция по отношению к авersiveм чувствам, возникающим при расхламлении.

Данная терапевтическая модель помогает пациентам облегчить симптомы расстройства и улучшить качество жизни. Несмотря на тяжесть данного расстройства и негативные последствия, в том числе для семьи и окружающих, страдающие патологическим накопительством из-за чувства стыда или по незнанию существующих способов психотерапевтического лечения часто не обращаются за помощью к специалисту. Поэтому очень важна поддержка и помощь близких и применение эффективных психотерапевтических методов и подходов при лечении данного расстройства.

Литература

1. Frost, R. O., Steketee, G. and Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1163–1182.
2. Frost, R. O., Steketee, G., Tolin, D. F. and Renaud, S. (2008). Development and validation of the clutter image rating. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 193–203.
3. Külz Anne Katrin (2021). Pathologisches Horten als neue Diagnose in der ICD-11: Charakteristika und Behandlung. *Psychotherapeutenjournal*, ISSN 1611-0773, 16. Juni 2021, 126-133.
4. Postlethwaite, A., Kellett, S. & Mataix-Cols, D. (2019). Prevalence of Hoarding Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 256, 309–316.
5. Steketee, G. & Frost, R. O. (2014). *Treatment for hoarding disorder. Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

6. Stevens, M. C., Levy, H. C., Hallion, L. S., Wootton, B. M. & Tolin, D. F. (2020). Functional Neuroimaging Test of an Emerging Neurobiological Model of Hoarding Disorder. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, 5 (1), 68–75.
7. World Health Organization (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th revision (ICD-11)*, World Health Organization, Geneva.
8. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. 2-е издание, переработанное и дополненное. - М.: «КДУ», «Университетская книга» - 2022. -432с. -DOI:10.31453/kdu.ru.91304.0172. ISBN 978-5-91304-985-8

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ «ПИКТОГРАММА» ПРИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Горячева Т.Г.^{1,2}

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

goriatcheva_tg@mail.ru

Ключевые слова: нейropsychологическая коррекция, межполушарное взаимодействие, пиктограмма.

USING THE METHOD PICTOGRAM IN NEUROPSYCHOLOGICAL CORRECTION IN CHILDHOOD

Goryacheva T.G.^{1,2}

¹ FSAEI NE Pirogov RNRMU, Moscow, Russia

² FSBI NE MSUPE, Moscow, Russia

goriatcheva_tg@mail.ru

Keywords: neuropsychological correction, interhemispheric interaction, Pictogram technique.

Любая психическая деятельность человека осуществляется при участии и взаимодействии разных отделов головного мозга. При этом достаточно важной является связь обоих полушарий мозга. Если эта связь не сформирована или недостаточно сформирована, наблюдаются затруднения с координацией движений, взаимодействием рук и ног (например, при выполнении действий двумя руками, при ходьбе). На более высоком уровне страдает процесс переработки информации, отстают в формировании или не формируются связи между вербальными и невербальными функциями, так как хорошо известно, что у правшей левое полушарие главным образом участвует в реализации речевых процессов, а правое полушарие – в образном восприятии, невербальном мышлении. При этом передние отделы левого

полушария связаны с реализацией произвольной регуляцией деятельности, что позволяет планировать деятельность и вербализовать то, что предстоит выполнить. Участие правого полушария в целостной психической деятельности позволяет осуществить ее, не опираясь на речь, с эмоциональным переживанием действий и деятельности. В классической нейропсихологии известно, что правое полушарие участвует реализации непроизвольного уровня психической активности. При несформированности или нарушении межполушарного взаимодействия связь между речевой и неречевой сферой снижается или осуществляется недостаточно. В этом случае при нейропсихологической диагностике ребенка наблюдается нарушение общей моторной координации, трудности содружественных движений двумя руками и ногами, несформированность реципрокной координации, сложности осознания объектов, попадающих в левое поле зрения (левостороннее игнорирование), трудности осмысления собственных переживаний и, конечно, отчетливое отставание формирования опосредствованной памяти.

С учетом вышесказанного автор предлагает использовать методику «Пиктограмма» в нейропсихологической коррекции для формирования межполушарного взаимодействия у детей наряду с сенсомоторной программой и вербализацией эмоциональных состояний.

В отечественной клинической психологии «Пиктограмма» относится к наиболее широко используемым методикам диагностики опосредствованной памяти, мыслительной деятельности и эмоционально-личностной сферы. Для данной методики характерна многозначность стимульного материала и высокая степень свободы испытуемого в процессе диагностики. Первоначально данная экспериментально-психологическая методика была направлена на изучение опосредованного запоминания. К настоящему времени эта процедура достаточно широко применяется в патопсихологии именно для исследования мыслительной деятельности. Кроме того, в процессе ее проведения можно получить сведения, касающиеся не только особенностей мышления, но и особенностей эмоционально-волевой сферы. Сущность методики заключается в передаче какого-либо вербально обозначенного понятия через его образ, что делает возможным использование ее в нейропсихологической коррекции для формирования межполушарных связей, например, у детей школьного возраста.

Процедура проведения. Ребенку на коррекционных занятиях предлагается запомнить определенное количество слов или выражений от 5 в самом начале коррекционной работы до 10 в конце курса коррекции, при этом для каждого слова нужно нарисовать любое изображение или знак. В качестве стимулов в начале коррекционного курса используются конкретные понятия и самые простые по степени обобщения (например, конкретные - стул, мяч, дом; простые по возможности обобщения - ночь, свист, игра). На дальнейшем этапе коррекционной работы понятия усложняются и приобретают более сложный смысл, то есть

такие, непосредственное изображение которых у ребенка может вызывать затруднения (например, «каникулы», «теплый ветер», «обман», «справедливость», «дружба» и т.п.).

Инструкция испытуемому: «Я буду говорить слова, а тебе нужно нарисовать что-нибудь такое, что потом поможет вспомнить каждое слово. Можно рисовать, как получается, лишь бы это помогло тебе вспомнить слово. Только нельзя писать ни буквы, ни цифры». По прошествии некоторого времени (30 минут – 1 час), ребенка просят вспомнить нарисованное слово, опираясь на его изображение. Следующая инструкция: «Посмотри на свой рисунок. Для какого слова ты его нарисовал? Вспомни это слово».

В пилотажном исследовании участвовали 24 ребенка 8-10 лет, имеющих трудности в обучении, в анамнезе - задержку речевого развития, проблемы с пересказами и рассказами по картинкам. При нейропсихологическом обследовании у них отмечены следующие особенности. У данных детей поздно сформировались или еще недостаточно сформировались латеральные предпочтения (какой рукой что-то делать, каким глазом смотреть и каким ухом слушать). Доминантность по руке у них (в 9-10 лет) была недостаточно сформирована, что отражалось на почерке. Реципрокная координация была недоступна или ограниченно доступна. В рисунках и письме наблюдалось множество зеркальных ошибок, они часто копировали рисунок и буквы справа налево, раскладывали картинки и составляли рассказ по ним также справа налево. У этих детей возникали большие трудности при вербализации нарисованного, образного материала и рисования по словесной инструкции, а также при переводе словесного образа в графический. У них отмечалась недостаточная сформированность фонематического слуха, что особенно отчетливо проявлялось на следах памяти. При этом наблюдались трудности соотнесения букв со звуками. Следует отметить феномен игнорирования левой стороны пространственного поля: ребенок рисовал, писал с правой стороны листа, оставляя пустой левую сторону. При этом все рисунки и тексты оказывались сдвинутыми вправо. Наиболее заметно это было в школьных тетрадях в линейку. Важно подчеркнуть, что могла иметь место мозаичность симптоматики и множество вторичных дисфункций.

Коррекционная работа с детьми продолжалась в течение 6 месяцев по два раза в неделю. Методика «Пиктограмма» использовалась в программе сенсомоторной коррекции. (Горячева Т.Г., Султанова А.С.). Повторное исследование детей показало значительное улучшение, в первую очередь, непосредственной и опосредствованной памяти, улучшение рассказа по одной картинке и серии картинок, рисования по словесной инструкции.

Выводы. Опыт использования методики «Пиктограмма» в программе сенсомоторной коррекции позволяет говорить о том, ее можно применять для формирования связи между вербальным стимулом и его образом, улучшения памяти, повышения усвояемости учебного

материала у детей с функциональной несформированностью межполушарных связей.

РАЗВИТИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В СРЕДНЕЙ АЗИИ

Демильханова А.М.

Pro Platform, Бишкек, Кыргызстан

gelya1981@gmail.com

Ключевые слова: психотерапия, психология, Средняя Азия.

THE DEVELOPMENT OF PSYCHOTHERAPY IN CENTRAL ASIA

Demilkhanova A.M.

Pro Platform, Bishkek, Kyrgyzstan

gelya1981@gmail.com

Keywords: psychotherapy, psychology, Central Asia.

В самом широком смысле психотерапия — это один из видов помощи другому человеку. На рубеже 19 и 20 столетий этот вид помощи приобретает особую форму после того, как австрийский врач Зигмунд Фрейд, создавая психоанализ, заложил и подробно описал, как может происходить помощь другому человеку в специально заданных условиях. Не будем вдаваться в концептуальное различие понятий психоанализ и психотерапия. Для данного сообщения скорее имеет значение, что этот особый вид помощи другому человеку, который имеет целью избавление его от страданий, или, по крайней мере, облегчение переживаний и невыносимой душевной боли, которую человек испытывает и с которой не может справиться самостоятельно.

В настоящее время в начале в 21 столетия существует множество школ, направлений и подходов в психотерапии. Нет смысла говорить о том, какой из подходов или какая из школ лучше, так как все они достаточно эффективны по-своему, поскольку суть психотерапевтического взаимодействия зависит от личности самого человека, который эту помощь оказывает, а также от того, какое особое «лечебное» пространство отношений создается между терапевтом и пациентом или клиентом. Википедии дает нам следующее определение психотерапии: Психотерапия - (от др.-греч. ψυχή «душа, дух» + θεραπεῖα «<врачебный> уход, лечение») — система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных и т. п.).

Проводится, как правило, специалистом-психотерапевтом путём установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путём бесед и обсуждений), а также применением различных когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик. Однако такое определение не является полным [1].

В рамках сообщения имеет значение то, что это вид помощи другому человеку, в основе которого, как справедливо в свое время заметил швейцарский психиатр, основоположник одного из направлений глубинной психологии — аналитической психологии Карл Юнг: «Психотерапия — это лечение души, лечение души душой» [2]. С этой точки зрения, психотерапия — это процесс помощи другому человеку, которую может оказывать человек, получивший специальную подготовку в рамках какого-либо психотерапевтического подхода. Такой вид помощи существует уже более 100 лет и придуман он был в Европе, сейчас же получил распространение по всему миру.

В целом на территории Средней Азии развитие психотерапии было заложено в рамках психиатрии, когда на территорию Средней Азии прибыли профессора из России. Например, в Кыргызстане, рождение службы психического здоровья начинается с создания кабинета по предоставлению консультационных услуг в 1936 г. в городе Фрунзе (бывшее название столицы Кыргызской Республики). Кабинет был временно размещен в здании Городской поликлиники и не пользовался особой популярностью у городских жителей. До 1960-х гг. медицинская психология не выделялась как отдельная дисциплина в Советском Кыргызстане, а термины «психолог» и «психиатр» рассматривались как синонимы (из устной беседы с врачом- психиатром А.Ф. Желонкиной) [3].

В Узбекистане основы психотерапии были заложены профессором Федором Федоровичем Детенгофом, который в конце 20-х годов XX столетия в составе большой группы ученых прибыл в Ташкент и долгие годы возглавлял кафедру психиатрии Ташкентского Государственного медицинского института [4]. В целом же частная психологическая практика была запрещена. Психотерапевтические подходы развивались только через личный интерес врачей – психиатров, которые работали с пациентами и их окружением.

Если же говорить об особенностях центральноазиатского пространства, следует отметить определенные специфические черты культуры. В силу того, что здесь довольно сильны социальные связи, люди обращаются за помощью к специалисту с психологическим образованием крайне редко. Либо в тех случаях, когда требуется уже психиатрическое вмешательство больше, чем психологическая помощь. Существует также традиция обращения за помощью к священнослужителям (мулла – Узбекистан), ясновидящим – коз-эче (Кыргызстан), домулло и табибам, изгонятелям «демонов» (Таджикистан) и т.п. Особенность

Средней Азии такова, что люди привыкли справляться с трудностями посредством социальных связей и подобных взаимодействий.

Хотя за последние десятилетия профессия психолога стала более популярной и востребованной, у многих коллег, друзей, знакомых каждого из нас уже есть опыт обращения к психологу. Также в силу событий последних лет (мировая пандемия, военные события и прочее) к подобной помощи – психотерапии - люди стали обращаться все больше и больше. Из личной беседы с психиатром А.Ф. Желонкиной: «Конц 50-начале 60-х гг. называли пробуждающейся весной – это касалось в основном духовной жизни страны, поэзии, литературы, много появилось педагогических направлений. Что касается психотерапии, тогда существовало понятие рациональная психотерапия, которая использовалась во всех медицинских дисциплинах. Это попытка разъяснить причины заболевания, течение, возможные исходы и способы адаптации, это были индивидуальные и групповые беседы на отдельные темы». По мнению А.Ф. Желонкиной, психиатры выполняли роль исповедников, работая не только с самим пациентом, но и с его родственниками, близкими. «Это исповедь, которой так не хватало человеку в то время. Поговорить, рассказать о своих мыслях, ощущениях, переживаниях, о своем ужасе перед той бедой, которая возникла в семье» (из личной беседы).

Большое распространение среди врачей получил психоанализ. Врачи интересовались сами, переводили работы психоаналитиков. Психологи в это время в основном занимались вопросами спорта высоких достижений, эффективного обучения, деятельности на производстве, военной, космической психологией и т.п. Сфера психотерапии оставалась в основном за врачами. Частная практика появилась с началом перестройки и тогда же интерес к психотерапии увеличился среди психологов, появились т.н. психологи консультанты. Стали открываться частные кабинеты. Появилось огромное количество предложений и обучающих программ на территории Средней Азии.

На современном этапе психотерапия в Средней Азии представлена разными школами и подходами. При этом школы представлены неравномерно, в основном подходами и школами, истоки которых были заложены в Европе. В Таджикистане психотерапия продолжает существовать сегодня в основном в рамках психиатрии. Представленность психотерапевтических школ и подходов незначительна, часто в рамках психодинамического подхода (Фируза Фирзоева). В Казахстане существует большое разнообразие школ. Например, представлены школы юнгианского анализа (Шевелева Елена), гештальт-терапии (Куликова Людмила), логотерапии (Алексеева Олеся), телесно-ориентированной психотерапии (Кузубова Мария) и др. Существуют несколько институтов, обеспечивающих европейскую сертификацию специалистов в рамках конкретной психотерапевтической

школы. В Кыргызстане представлены такие школы как телесно-ориентированная психотерапия (Соловьева Марина), транзактный анализ (Коржова Ольга), экзистенциальная терапия (Демильханова Ангелина), гештальт-терапия (Никонова Валерия). В Узбекистане - логотерапия (Салиева Дильшода), гуманистический подход (Баринов Виктор), гештальт-терапия (Пак Инна) и пр.

В психиатрии все еще сохраняются традиции рациональной терапии, гипнотерапии. Также широкое распространение во всех среднеазиатских странах получил гештальт-подход. Это может быть связано с широкой доступностью обучения, представляемого представителями данного подхода для людей без высшего психологического образования, а также популярностью подхода во всем мире.

По нашему мнению, оптимальным для стран Средней Азии будет являться терапевтический подход на основе экзистенциальной школы. Потому как в данном регионе все еще сильны традиции, например, тенгрианства, в рамках которого до сих пор существует очень тесная связь с миром природы, большое внимание уделяется пониманию и присутствию духовного измерения, одухотворению мира природы. Довольно интересной и перспективной в рамках этой парадигмы является школа, развиваемая в Кыргызстане на основе соединения идей экзистенциальной терапии и восточных философских учений (Демильханова А.).

Литература

1. Психотерапия. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F>
2. Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени. М.: АСТ, 2022
3. Нелюбова Тамара Алексеевна, Зарифьян Анэс Гургенович, Галако Татьяна Ивановна, Кадырова Тамила Мукашевна, Тен Владимир Илларионович, Молчанова Елена Сергеевна. История развития медицинской психологии в Кыргызской Республике // Медицинская психология в России. 2015. №1 (30). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-razvitiya-meditsinskoy-psihologii-v-kyrgyzskoy-respublike> (дата обращения: 15.02.2023).
4. Зильберштейн Адольф. Некоторые страницы истории психотерапии в Узбекистане. /Ташкент/ URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=67441>

РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Ибодуллаев Б.Б.

Ургенчский филиал ТМА, Ургенч, Узбекистан

Ключевые слова: РЭПТ, сахарный диабет 2 типа, психоэмоциональные расстройства.

RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY FOR CORRECTION OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN TYPE 2 DIABETES

Ibodullaev B.B.

Urgench branch of TMA, Urgench, Uzbekistan

Keywords: rational emotive behavior therapy, psychoemotional disorders, diabetes.

Введение. Сегодня увеличивается количество заболеваний, которые стали социальной и глобальной проблемой в нашем регионе, одним из них является сахарный диабет. По данным ВОЗ вторым типом этого заболевания страдает 8,8% населения земного шара. Болезнь является не только медико-социальной проблемой, но и медико-психологической проблемой. 80% больных страдают той или иной формой психопатологических расстройств (депрессия, тревога, стресс и др.).

Цель: исследовать значение рационально-эмотивно-поведенческой терапии для коррекции структуры психоэмоциональных расстройств при сахарном диабете второго типа.

Материал и методы. Проведено наблюдение за 116 пациентами, пролеченными с диагнозом сахарный диабет 2 типа. Для диагностики формирования структуры психоэмоциональных расстройств у больных использован опросник DASS, пациенты случайным образом разделены на две группы. Первая группа (58 больных), получавшая в дополнение к стандартному лечению рациональную эмоционально-поведенческую психотерапию, и 58 пациентов 2-й группы сравнения получали только базовое лечение.

Результаты. Результаты исследования до психотерапии пациентов 1-й группы (n=58) показали, что по опроснику DASS депрессивные расстройства наблюдались у 46,6% (n=27), нарушения дыхания у 6,9% (n=4), стрессовые расстройства у 22,4% (n=13). Депрессивные расстройства во 2-й группе отмечались у 5,2% (n=3), нарушения дыхания у 5,2% (n=3), стрессовые расстройства у 1,7% (n=1). После лечения по данным опросника DASS у 29,3 % (8,5+0,17) пациентов в 1-й группе депрессия отсутствовала, у 46,6 % (12,4+0,14) была легкая депрессия, у 36,2% (6,7+0,16) не было нарушений дыхания. У 22,4% (13,0+0,25) был умеренный стресс, у 1,7% (17,0+0,0) отмечался сильный стресс, 31,0% (12,2+0,35) не имели стресса, 46,6% (16,1+0,25) имели легкие, 17,2% (20,0+0,26) средние, 5,2% (24,3+1,7) тяжелые стрессовые расстройства ($p < 0,05$). Во 2-й группе отмечено, что эти показатели по сравнению с показателями до лечения различались в меньшей степени.

Выводы. Из полученных результатов можно сделать вывод о высоком уровне психоэмоциональных расстройств у больных сахарным диабетом 2 типа. В основной группе больных после психотерапевтического лечения значительно уменьшились показатели

депрессивных, тревожно-стрессовых расстройств по сравнению с пациентами 2-й группы, не получавшими курса психотерапии.

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕОРИИ ЗАЩИТНОГО МЕХАНИЗМА И
СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ
БРЕДА**

Кузнецова Ю.В.^{1,2}, Гуткевич Е.В.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО ТГУ, Томск, Россия

² ФГБУ НИИ Томский НИМЦ, Томск, Россия

iulalia@yandex.ru

Ключевые слова: психологическая защита, совладающее поведение, когнитивный конструкт, бред.

**POSSIBILITIES OF APPLYING THE THEORY OF DEFENSE MECHANISM AND
COPING BEHAVIOR IN THE PSYCHOLOGICAL STUDY OF DELIRIUM**

Kuznetsova U.V.^{1,2}, Gutkevich E.V.^{1,2}

¹ FSBI HE TSU, Tomsk, Russia

² FSBI RIMH Tomsk NIMC, Tomsk, Russia

iulalia@yandex.ru

Keywords: psychological protection, coping behavior, cognitive construct, delusion.

Проблема психологической защиты как ответной реакции психики на негативное воздействие внешней среды стала актуальной в середине XX века во многом благодаря научным изысканиям З. Фрейда, А. Фрейд, N. Хаан, R.S. Lazarus, I. Paulhan, L.I. Pearlin, а также множеству более поздних исследований Р. Плутчик, К.С.Белоусовой, А.Н. Гарбер и пр. В конфликте с социальными, внешними требованиями общества личность выбирает вариант снятия внутреннего напряжения, своего рода адаптации к изменяющейся ситуации. Данный процесс З. Фрейд назвал психологической защитой, однако в процессе развития психологической науки данное явление стало оцениваться негативно как тормозящее развитие личности [7]. Все это привело к потребности в возникновении нового понятия, которое могло бы снять существующие противоречия, отражало не только внутреннее переживание, но и последовавшее за ним внешнее осознанное действие самого субъекта. Таковым понятием стало совладающее поведение. Во второй половине XX века Н. Хаан рассматривает

психологическую защиту как действие бессознательных механизмов психики, как ригидную форму вытеснения травмирующего переживания, в то время как под совладающим поведением (копинг) предлагает понимать целенаправленный процесс, за которым следуют признанные актуальными и целесообразными действия по совладанию со стрессом [15]. Так, для совладающего поведения характерна сознательность, осознанность переживания, гибкость при выборе стратегии поведения. Л. Перлин и К. Шулер [16] считают, что совладающее поведение может решать три возможных задачи: изменить условия возникновения проблемы, изменить переживания личности по поводу данной проблемы, ограничить последствия возникновения данной проблемы в эмоциональной сфере личности [5].

На современном этапе развития интереса к совладающему поведению оно рассматривается в нескольких плоскостях. Л.Ю. Субботина предполагает, что первоначально возникающая в организме психологическая защита как бессознательная реакция с элементами сознательных оценок имеет своим продолжением сознательную работу по совладанию с психотравмирующей ситуацией [10]. Существует также точка зрения (Е.П. Белинская, И.Р. Абитов), согласно которой психологическая защита является одним из этапов совладающего поведения, [1, 2], то есть психологические защиты позволяют сохранить личности состояние относительного эмоционального комфорта, основаны на бессознательных реакциях, предполагают искажение психотравмирующей ситуации. Анализ и осознание защитных механизмов формирует совладающее поведение [8]. И. Хажуев, исследовавший психологические защиты, избираемые личностью с психопатологическими реакциями в условиях длительного воздействия стрессового фактора (активные военные действия), пришел к выводу, что для испытуемых характерна проекция негативных установок, регрессия, а также гиперкомпенсация. Применение указанных видов психологической защиты способствует снижению таких реакций психопатологического характера, как соматизация, навязчивости, сенситивность, депрессия, тревожность, фобии и психотизм [12]. В свою очередь И.В. Тухтарова, исследовавшая психологические защиты, применяемые ВИЧ-инфицированными, также пришла к выводу, что весьма актуальна среди данных испытуемых регрессия как попытка купировать тревогу, также характерны отрицание, искажение, фальсификация фрустрирующей ситуации. Интерес представляют положительные корреляции отрицания и вытеснения как психологических защит с конфронтацией и избеганием как копинг-стратегиями совладающего поведения, равно как регрессия и компенсация значимо коррелируют с конфронтацией [11].

К.С. Белоусова, М.А. Пальчиков, изучая испытуемых с кожными заболеваниями, выявили отрицание и проекцию как самый частотный вид психологической защиты, наряду с

этим и рационализацию [3]. В теоретическом исследовании М.К. Ганич, вслед за Д. Яломом, приходит к выводу, что, ограничивая возможность получения личностью психотравмирующего опыта, психологические защиты обеспечивают безопасность на основе отрицания, непринятия. Исследуя психологические защиты онкобольных после сообщения им диагноза было выяснено: испытуемые применяют такие психологические защиты, как вера в собственную исключительность (иррациональная вера в собственное бессмертие), избегание ответственности (речь идет скорее не о подавленных влечениях, а о свободе выбора этих влечений), избегание проявления воли (расстройство желаний и избегание принятия решений), защита от бессмысленности (продуктивные – альтруизм, преданность делу; патологические – нигилизм, идеологический авантюризм) [4].

Весьма интересным является исследование И.А. Целой, которая указывает на теорию опережающего совладания (проактивного копинга) – комплекса процессов, посредством которых личность пытается справиться с потенциальным стрессором. Это своего рода сочетание психологических защит и совладающего поведения [14]. Иерархический подход О.Е. Никуленковой к психологическим защитам позволяет ранжировать их по степени продуктивности и по степени развитости и сложности от наименее (биопсихический, основанный на вытеснении, психологический, основанный на когнитивных процессах) к наиболее совершенным (личностный, основанный на «образе Я» и моделях поведения, «постоянная защита» и «броня характера»; социально-личностный, при котором через принятие стереотипов и эталонов формируется сознательно управляемая психологическая защита) [10].

Не вдаваясь в подробности когнитивной психотерапии А. Бека отметим, что бред как один из позитивных симптомов является своеобразной психологической защитой личности и одновременно продуктом патологической переработки информации. Как слуховые галлюцинации могут быть продуктом проецирования во внешний мир автоматических полусознательных мыслей испытуемых, так и бред может быть переработкой подавленных, социально неодобряемых мыслей [9]. А.Б. Холмогорова выдвигает гипотезу, что бред не есть проявление нейрокогнитивного дефицита, но результат переработки информации индивидом, его жизненного опыта, то есть бред – это некий когнитивный конструкт, заслуживающий внимания исследователя. Когнитивные искажения, такие как персонализация, сверхобобщение, произвольные умозаключения, характерные для бреда, являются частью компенсаторной стратегии совладания с психотравмирующей ситуацией, что чаще всего проявляется в избегающем поведении и дисфункциональных убеждениях [13]. А. Коцюбинский и О. Гусева в своем исследовании бреда при шизофрении пришли к выводу, что в основе бредовой идеи – конфликт между влечениями и запретами, дополнительное

воздействие стрессов и фрустрации. Несформированность набора психологических защит личности приводит к невозможности продуктивной переработки данного конфликта, что порождает тревогу – основу патопсихологического процесса [6].

Примером достаточно детального анализа бреда как психологической защиты и вытесненных социально неодобряемых суждений больной шизофренией является феноменологическое исследование С.Н. Шпильрейн. Она выявила такие когнитивные конструкты, как отрицание или «переворачивание» (когда одному понятию приписывается противоположный, негативный и вытесняемый смысл, к примеру, религия и поэзия заменяются смысловыми аналогами понятий «низкое», «сексуальность»), псевдомедицинская терминология, попытка достижения исключительности путем пополнения словарного запаса неизвестными пациенту и искаженными понятиями («сперматическое лечение» – очищающее соитие с привлекательным мужчиной вместо «симптоматическое»), игра слов, искажающая их значение. Так, феноменологический метод исследования, который был характерен для К. Ясперса, у С.Н. Шпильрейн обретает новую цель – обнаружить патогенное противоречие, приведшее к возникновению психического расстройства [9]. Весьма актуальной является задача выявить возможности защитных механизмов, ведущих к совладающему поведению с заболеванием, к повышению уровня жизни больных психическим заболеванием, а возможно, и к выздоровлению.

Таким образом, бред, по мнению авторов приведенных исследований, как позитивный симптом, вероятно, является вариантом психологической защиты организма и совладания с болезнью, представляет собой когнитивный конструкт, порождаемый попыткой психики справиться с болезненным состоянием. Предполагаем, что анализ избираемых индивидом психологических защит и типов совладающего поведения может основываться на содержательном феноменологическом анализе бреда (бредовых идей или бредовой системы).

Литература

1. Абитов И.Р. Антиципационная состоятельность в структуре совладающего поведения: в норме и при психосоматических и невротических расстройствах: автореферат дис. кандидата психологических наук. – Казань, 2007. – 21 с.
2. Белинская Е.П. Совладание как социально-психологическая проблема Психологические исследования. 2009. №1 (3). С. 2 – 4.
3. Белоусова К.С., Пальчиков М.А. Исследование механизмов психологических защит и копинг-стратегий у пациентов с заболеваниями кожи. Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко. Т. 5. № 1. 2016. С. 301–303.
4. Ганич М.К. Экзистенциальный подход к исследованию психологических защит онкобольных // Перспективы развития науки в современном мире. Сборник статей по материалам IV международной научно-практической конференции. В 5-ти частях. Т. 2. 2017. С. 150–153.
5. Гарбер А.Н. Совладающее поведение: аналитический обзор зарубежных исследований // Актуальные вопросы современной психологии: материалы III Междунар. науч. конф. – Челябинск: Два комсомольца, 2015. С. 17–19.
6. Гусева О.В., Коцюбинский А.П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств: интеграция образовательного, когнитивноповеденческого и психодинамического подходов: руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 287 с.

7. Константинов А.В. Защитные механизмы личности // Железное дерево. Излучение. – М.: Большая российская энциклопедия, 2008. – С.310–311.
8. Никуленкова О.Е. Личностные особенности системы психологической защиты // Приоритетные направления развития науки и образования. 2016. № 41 (11). С. 290–295.
9. Ромек Е.А., Ромек В.Г. Психологическое исследование шизофрении С.Н. Шпильрейн в свете дисциплинарного кризиса психиатрии начала XX века // Российский психологический журнал. 2016. Т. 13. № 1. С. 210–218.
10. Субботина Л.Ю. Психология защитных механизмов личности: учеб. пособие; Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. – Ярославль: ЯрГУ, 2013. – 164 с.
11. Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией. Автореферат канд. Диссертации. 2003. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева. 23 с.
12. Хажуев И.С. Взаимосвязь механизмов психологической защиты и ценностных ориентаций личности с психопатологическими реакциями // Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Психолого-педагогические науки. Т. 13. №1. 2019. С. 102-107.
13. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиориальная психотерапия шизофрении: отечественный и зарубежный опыт // Современная терапия психических расстройств. 2007. № 4. С. 14-20.
14. Целая И.А. Психологические особенности механизмов защиты и способов совладающего поведения личности // Психология и педагогика в Крыму: пути развития 2020. № 4. С. 292-304.
15. Naan N. Coping and defending. – N.Y., 1977. – 241 p.
16. Pearlin L.I. The structure of coping / L.I. Pearlin, C. Schooler // J. of Health and Social Behavior. 1978. Vol. 19. P. 2 – 21.

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С МАТЕРЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Куканов А.А.

ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия

andrej.kukanov@mail.ru

Ключевые слова: клиническая психология семьи, психокоррекционная работа, аутизм, родители.

PSYCHOCORRECTIVE WORK WITH MOTHERS RAISING CHILDREN WITH DISABILITIES

Kukanov A.A.

Sukhareva SCMHC, Moscow, Russia

andrej.kukanov@mail.ru

Keywords: clinical psychology of the family, psychocorrective work, autism, parents.

Воспитание ребенка с особенностями в психическом развитии отнимает у его родителей огромное количество моральных, физических и психологических сил. Чувствуя эмоциональное истощение, они пытаются найти специалистов, которые смогли бы помочь им

в этой проблеме. Чаще всего за психологической помощью обращаются женщины – матери "особых" детей, которые жалуются на упадок сил, сниженное настроение, общую усталость, повышенную тревожность, нервозность, появление раздражительности и мыслей, касающихся безнадежности положения и отсутствия будущего у их детей. С целью оказания эффективной помощи данной категории матерей во многих странах мира на базах образовательных, социальных и медицинских учреждений создаются специализированные группы поддержки. Специалисты, работающие в них, используя различные методы психотерапии, проводят групповые и индивидуальные сеансы, направленные на оказание содействия родителям в решении проблем нормализации их психического состояния, адаптации к сложившейся жизненной ситуации, а также в воспитании и обучении ребенка с ОВЗ.

В качестве примера подобной программы опишем опыт австралийских психологов Даниэла Фу Кеунга Вонга (DanielFuKeungWong) и Ады Пун (AdaPoon), работавших с матерями китайского происхождения, воспитывающими детей с различными отклонениями в развитии (80% детей с аутизмом, остальные – детей с интеллектуальной недостаточностью, задержкой развития речи или СДВГ) [7]. В программе приняла участие 61 женщина. У них в ходе предварительной диагностики был выявлен высокий уровень стресса, симптомы депрессии и тревожности. В качестве основного психотерапевтического метода выступала когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Программа состояла из 10 трехчасовых групповых сессий. Все женщины были разделены по группам (по 10 человек в каждой). По итогам программы у участников было отмечено снижение уровня стресса, улучшение психического здоровья и повышение качества жизни. Практически аналогичные результаты были достигнуты шведскими психологами Малин Эйкле (MalinAnclair) и Арто Хилтунен (ArtoHiltunen), которые также использовали КПТ [5]. Они смогли по итогам 18-ти индивидуальных сессий, каждая из которых длилась один час, избавить матерей детей с аутизмом от проявлений депрессии, тревожности и бессонницы.

Применение психоанализа также эффективно способно нивелировать депрессивные проявления у родителей детей с аутизмом, что подчеркивает в своих работах известный французский психоаналитик Дидье Узель, который проводил психотерапевтическую работу и с детьми, и с их родителями [4]. После окончания занятий с ребенком психотерапевт устраивал часовые сессии с его родителями, в ходе которых происходило обсуждение изменений в поведении малыша, а также разработка системы оценивания достижений, что позволяло близким людям реалистичнее смотреть на будущее ребенка.

Помимо реализации психокоррекционных и психотерапевтических программ приведем в пример опыт европейский коллег по созданию так называемых «семейных домов».

Показательным является опыт Швеции, где созданы "семейные дома" для детей с аутизмом [6]. В данных учреждениях дети круглосуточно получают всестороннюю медицинскую, педагогическую и социальную помощь (лекарственная терапия, АВА-терапия, социально-бытовая адаптация, получение образования доступного уровня). При этом родители владеют полной информацией о состоянии своего ребенка и могут получить профессиональную консультацию всех необходимых специалистов. Также они могут забирать детей домой вечером, на выходные, на каникулы, а при достижении удовлетворяющего их психического состояния ребенка забирать его домой насовсем. "Семейные дома" получили отличные отзывы и рекомендации. Многие родители отметили положительные изменения в микроклимате семьи, в частности, значительно улучшилось психологическое состояние каждого ее члена. Положительная динамика затронула следующие аспекты: улучшилось финансовое состояние, появилось свободное время, которое можно потратить на взаимоотношения с супругом, другими детьми, родственниками. Возможно, единственной претензией к этим учреждениям была слишком большая текучка кадров, из-за которой больные дети не успевали установить контакт с обучающими их специалистами.

В последнее десятилетие все чаще стали появляться новые отечественные разработки, направленные на решение проблем, связанных с коррекцией психологического состояния матерей. Среди них стоит отметить программы, предложенные Н.П. Болотовой, А.Д. Левицким, Н.Г. Минаевой, Е.В. Устиновой, Л.Л. Микаэлян и Е.В. Фисун, которые подтвердили свою полезность и действенность [2; 3]. Отдельно бы хотелось остановиться на достаточно новой программе, предложенной Е.В. Захаровой [1], апробированной на базе одного из реабилитационных центров г. Самары. Программа включает как коррекционные мероприятия (40 в течение года), так и семейное консультирование (групповое – 1 раз в 2 недели; индивидуальное – 2 раза в месяц с каждым членом семьи), в которых участвуют мамы, папы, бабушки и дедушки детей с аутизмом. Во время занятий и консультаций взрослые получали необходимую информацию по обучению и воспитанию детей, обучались навыкам взаимодействия друг с другом и со своими детьми. Также с ними проводились консультации врачей, учителей, социальных работников и юристов. По результатам программы у всех членов семьи отмечалось снижение уровня стресса, нормализация внутрисемейных взаимоотношений и отношения к ребенку, который перестал восприниматься как глубоко больной, полностью несамостоятельный и нуждающийся в постоянном уходе и опеке.

Как мы видим, в нашей стране организованная психокоррекционная и психотерапевтическая работа с родителями "особых" детей только начинает вестись, а если она и проводится, то, чаще всего, на базе крупных реабилитационных и медицинских институтов и центров. Это связано со многими причинами: отсутствием полноценной

законодательной базы, регулирующей оказание психологических услуг детям и их родителям; недостаточной осведомленностью самих родителей; отсутствием необходимых финансовых и материальных ресурсов; недостатком числа эффективных психокоррекционных программ, направленных на поддержание психологического здоровья ближайших родственников ребенка с тем или иным отклонением в психическом развитии. Важнейшим шагом по оказанию эффективной специализированной помощи детям с ОВЗ является создание и реализация различных программ, направленных на оказание психологической помощи родителям этих детей. При этом данные программы могли бы проводиться и в небольших учреждениях (школах, детских садах, центрах развития), специалистами различного профиля. Ведь именно от психологического состояния родителей, в частности, матерей, которые проводят со своими детьми наибольшее количество времени и занимаются непосредственным уходом за ними и их воспитанием, зависит, будет ли ребенок получать необходимую ему медицинскую помощь, посещать специализированные коррекционные или инклюзивные детские сады и школы, и будут ли удовлетворены его биологические и социальные потребности.

Литература

1. Захарова Е.В. Психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с аутизмом // Материалы XLV международной научно-практической конференции "Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии" (г. Новосибирск, 13 октября 2014 г.). - Новосибирск: СибАК, 2014. С. 123 - 131.
2. Левицкий А.Д. Групповая работа с родителями проблемных детей: системный подход // Вестник практической психологии образования. 2008. № 4. С. 87–91.
3. Микаэлян Л.Л. Психологическая работа с родителями "особых детей": ресурсная модель / Л.Л. Микаэлян, Е.В. Фисун // Консультативная психология и психотерапия. 2006. №2. С. 147 - 169.
4. Узель, Д. Работа с родителями аутичных детей // Работа с родителями: Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками / Под ред. Дж. Циантиса и др. – М.: Когито-Центр, 2006.
5. Anclair, M., Hiltunen, A. J. Cognitive behavioral therapy for stress-related problems: Two single-case studies of parents of children with disabilities // Clinical Case Studies. 2014. Vol. 13. №6. P. 472-486.
6. Benderix Y., Nordstrom B., Silvberg B. Parents' experience of having a child with autism and learning disabilities living in a group home // Autism. 2007. Vol. 10 (6). P. 629–641.
7. Wong F.K.D., Poon A. Cognitive behavioural group treatment for Chinese parents with children with developmental disabilities in Melbourne, Australia: an efficacy study // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2010. Vol. 44. P. 742 – 749.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИНОТЕРАПИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ларских М.В., Малютина О.В., Филиппова Т.В., Кожухова А.Д., Смирнов Д.И.

КУЗ ВО ВОКПНД, Воронеж, Россия

marinalars@mail.ru

Ключевые слова: кинотерапия, психологическая коррекция, умственная отсталость,

расстройства личности, агрессивность, тревожность.

THE USE OF FILM THERAPY DURING PSYCHOCORRECTIVE CLASSES IN THE PSYCHIATRIC DEPARTMENT OF COMPULSORY TREATMENT

Larskikh M.V., Malyutina O.V., Filippova T.V., Kozhukhova A.D., Smirnov D.I.

¹SHI VR VRCPD, Voronezh, Russia

marinalars@mail.ru

Keywords: film therapy, psychological correction, mental retardation, personality disorders, aggressiveness, anxiety.

Введение. По статистике более треть пациентов с психическими расстройствами, которые находились на принудительном лечении, после выписки из стационара совершают повторные агрессивные действия. В этой связи одной из главных задач принудительного лечения является улучшение психического состояния пациентов и профилактика агрессивных, общественно-опасных действий, для решения которой применяется как медикаментозная терапия, так и различные психотерапевтические, психокоррекционные, психосоциальные и реабилитационные мероприятия [1]. Одним из относительно новых методов такого рода помощи является кинотерапия, которая, опираясь на холистический подход к человеку, рассматривает любого пациента целостно, а не отдельные его функции и свойства [4]. Учитывая контингент пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре (преобладание пациентов с умственной отсталостью различной степени выраженности, пациентов с выраженным шизофреническим дефектом и пациентов с расстройством личности, для которых характерно выраженное снижение рефлексивных возможностей, снижение или отсутствие критического отношения к своему состоянию и поступкам, выраженные трудности самопонимания и т.д.), проведение классической процедуры кинотерапии (синемологии) с вербальным анализом переживаний, работой с символами и смыслами затруднено [4]. Но при выборе этого метода опирались на гуманистическое направление в психотерапии, в частности на идеи А. Маслоу о «высших, пиковых переживаниях», во время которых человек обретает «единство, индивидуальность, спонтанность, экспрессивность, непринужденность, отвагу, силу» [3]. В своей психотерапевтической практике А. Маслоу использовал высшие, пиковые переживания как метод для лечения психических расстройств, в частности хронического алкоголизма. По мнению А. Маслоу высшие переживания, гармонизируя психическую сферу человека, никогда не проходят бесследно. Причем высшие переживания могут быть вызваны с помощью

созерцания произведений искусства, прослушивания классической музыки, наблюдения за движениями ребенка или животного, т.е. при соприкосновении с любым совершенством, в том числе высшие переживания могут быть вызваны при соприкосновении с киноискусством. Гипотезой нашего исследования было предположение о том, что если пациенты, находящиеся на принудительном лечении, будут регулярно смотреть «старые, добрые фильмы», транслирующие традиционные Российские ценности, к которым относятся: ценность жизни, семейные ценности, любовь к Родине, самопожертвование, доброта и милосердие (список фильмов приведен ниже), то у них снизятся показатели тревожности и агрессивности. Целью исследования являлось выявление влияния групповой кинотерапии на снижение уровня агрессивности и тревожности пациентов с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре.

Материал и методы. В исследовании участвовали 50 человек. Распределение пациентов по нозологиям представлены в Таблице 1.

Таблица 1.

Распределение пациентов по нозологиям

Диагноз по МКБ-10	Кол-во больных
F 70-79	18
F 20-29	24
F 07	8

Процедура. С каждым пациентом перед включением в программу была проведена беседа о целях занятий, сроках и времени их проведения. Перед началом занятий и после окончания каждый пациент заполнял опросник диагностики агрессии Басса-Перри (адаптация С.Н. Ениколопова, Н.П. Цыбульских) [2] и сокращенный вариант оценки ситуативной тревожности (методика Спилбергера-Ханина) [5]. Каждое занятие включало вводную часть, просмотр фильма и заключительную часть. Вводная часть включала вопросы о самочувствии, настроении, при этом обязательно делался акцент на минимальных положительных изменениях в жизни пациентов. После просмотра фильма каждый участник делился доминирующей эмоцией и своей оценкой фильма. Психолог обеспечивал очередность высказываний пациентов, регулировал время. Завершалось занятие назначением дежурного, задачей которого было помочь медицинскому персоналу собрать пациентов на следующее занятие. Стиль ведения занятий был директивный, при этом очень важно установление безопасной, безоценочной и доверительной атмосферы в группе с уважением к пациентам и принятием их эмоциональных реакций и переживаний. На первом занятии обсуждались основные групповые правила – правило «стоп», правило «Я-высказывание», правило

«отсутствие оценок», правило «рамки» (не покидать комнату во время занятия), конфиденциальности и т. д. Занятия проводятся 2 раза в неделю, длительность одного занятия – 2 часа. Общее количество занятий, включенных в программу, – 38.

Список фильмов:

1. «Полосатый рейс»
2. «Три плюс два»
3. «Максим Перепелица»
4. «Небесный тихоход»
5. «Спортлото-85»
6. «Кавказская пленница»
7. «Карнавальная ночь»
8. «Джентльмены удачи»
9. «Операция «Б1» и другие приключения Шурика»
10. «Экипаж»
11. «Сердца трех»
12. «Один плюс один»
13. «Белый Бим черное ухо»
14. «Прошу слова»
15. «Тот самый Мюнхгаузен»
16. «День сурка»
17. «Сваты»
18. «Два капитана»
19. «Чучело»
20. «Любовь и голуби»
21. «Невероятные приключения итальянцев в России»
22. «Афоня»
23. «Белорусский вокзал»
24. «Ирония судьбы или с легким паром»
25. «В бой идут одни старики»
26. «Белые росы»
27. «Ключ без права передач»
28. «Старший сын»
29. «Высота»
30. «Девчата»
31. «Мой друг Иван Лапшин»

- 32 «За спичками»
 33 «Дом в котором я живу»
 34. «Девушка без адреса»
 35. «Усатый нянь»

Результаты исследования. Результаты оценки уровня тревожности и агрессии представлены в Таблице 2.

Таблица 2.

Результаты оценки уровня тревожности и агрессии пациентов с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении (общая выборка)

Диагноз по МКБ-10		F 70-79 n=18	F 20-29 n=24	F 07 n=8
Физическая агрессия	До	52,17±24,25	39,85±17,37	52,09±23,32
	После	37,95±20,09	27,02±15,83	33,31±19,20
Гнев	До	43,84±25,03	34,93±21,67	44,21±20,27
	После	26,86±22,14	22,33±19,12	26,69±12,82
Враждебность	До	57,12±22,29	40,32±22,98	48,45±14,85
	После	42,47±26,40	30,38±19,33	33,89±17,04
Ситуативная тревожность	До	34,06±16,31	28,6±19,0	34,99±25,13
	После	20,4±18,92	25±17,98	19,99±24,16

Таблица 3.

Уровни показателей агрессии и тревожности

Уровень	Низкий	Средний	Высокий
Физическая агрессия	до 15	16 до 29	30 и выше
Гнев	до 15	16 до 29	30 и выше
Враждебность	до 15	16 до 29	30 и выше
Ситуативная тревожность	до 30	31-45	46 и выше

Как видно из таблиц 2 и 3 до начала занятий средний уровень тревоги и депрессии во всех исследуемых группах был или средней степени выраженности или низкой степени. Это

может быть связано как со снижением критических способностей пациентов, так и с получаемой пациентами медикаментозной терапией. После проведения занятий уровень ситуативной тревожности снизился у всех групп пациентов. До проведения занятий у всех групп пациентов уровень агрессии имеет высокий уровень выраженности. Рассмотрим подробно изменения, которые произошли в исследуемых группах после проведения занятий. У пациентов с диагнозом F 70–79 (умственная отсталость) хотя и произошло значимое снижение всех показателей агрессии, но, в тоже время, только средний показатель «гнев» снижен до среднего уровня, тогда как показатели «физическая агрессия» и «враждебность» остаются высокими. Следует заметить при этом, что показатели агрессии до проведения занятий и после у пациентов с диагнозом F 70-79 значимо выше, чем в других исследуемых группах. В группах пациентов с диагнозом F 20-29 (шизофрения) и F 07 (расстройства личности) произошло значимое снижение таких компонентов агрессии как «гнев» и «физическая агрессия» до среднего уровня, тогда как уровень показателя «враждебность» значимо снизился, но остается высоким.

Заключение. Можно сделать вывод, что кинотерапия является достаточно эффективным методом снижения уровня агрессии для пациентов с шизофреническим дефектом и расстройствами личности. Как известно, диагноз «психопатия» (прежнее название диагноза «расстройство личности») переводится как «болезнь души», симптомами которой являются эгоизм, моральная-нравственная дезориентация, бессердечие, равнодушие к чувствам других людей. Для больных с шизофреническим дефектом характерно оскуднение эмоциональной сферы. Вероятно, регулярный просмотр и обсуждение «старых, добрых фильмов», транслирующих традиционные ценности «врачает» душу пациентов, гармонизируя психическую сферу и снижая агрессию. Для пациентов же с олигофреническим дефектом этот метод оказался не эффективным, что может быть связано с тем, что пациенты в силу интеллектуальной недостаточности не способны постичь смысл фильмов.

Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии – Москва ИД «Медпрактика-М». – 2007 – 492 с.
2. Ениколопов С.Н. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри / С.Н. Ениколопов, Н.П. Цибульский // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 1. С. 115–124.
3. Маслоу А. “Мотивация и личность” https://www.velichkin.ru/stati/pikovyie_perezhivaniya-maslou-2.
4. Менегетти, А. Кинотерапия; пер. с итал. – Пермь: Хортон Лимитед, 1993. – 367 с.
5. Тест Спилбергера <https://therapy.irkutsk.ru/doc/spilberg.pdf?ysclid=1e5h0h17io410088342>

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Меркурьева Ю.А., Малыгин В.Л.

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимов», Москва, Россия

juliamerkurieva@gmail.com

Ключевые слова: интернет-зависимость, подростковый возраст, психологическая коррекция, факторы формирования интернет-зависимости.

DIFFERENTIATED THERAPY MODEL FOR INTERNET ADDICTION IN ADOLESCENTS

Merkurieva Y.A., Malygin V.L.

FSBI HE «A.I. Yevdokimov MSMSU MOH», Moscow, Russia

juliamerkurieva@gmail.com

Keywords: Behavioural addictions, psychotherapy of Internet addiction, adolescents.

В литературе имеет место неоднозначность диагностических критериев и представлений о стратегии коррекции интернет-зависимости. Наиболее распространённым направлением коррекции интернет-зависимости является когнитивно-бихевиоральное, предложенное К. Янг. Мишени и техники терапии с тех пор значительно изменились, но когнитивно-бихевиоральное направление все еще наиболее часто применяется для работы с интернет-зависимыми [1]. Результаты лечения с помощью когнитивно-бихевиоральной терапии еще недостаточно проанализированы и во многом неоднородны [6]. Мета-анализ, проведенный в 2017 году, показал, что когнитивно-бихевиоральная терапия может значительно снизить выраженность интернет-зависимости и психопатологические симптомы [4]. Однако, другой мета-анализ эффективности терапии среди подростков в Южной Корее показал, что когнитивно-бихевиоральная терапия менее эффективна по сравнению с интегративной терапией [3]. Третий мета-анализ показал, что когнитивно-бихевиоральная терапия эффективна для коррекции выраженности симптомов интернет-зависимости и депрессивных симптомов, но время, проводимое обследуемыми в сети, не изменяется [5]. Проведенное нами ранее исследование [2] показало, что необходим дифференцированный подход к психологической коррекции интернет-зависимости у подростков, учитывающий различия в механизмах ее формирования.

Материал и методы исследования. Для оценки эффективности дифференцированной

программы коррекции интернет-зависимости у подростков экспериментальная группа (n=90) путем рандомизации была поделена на три, по 30 человек в каждой. В группе 1 проводилась психокоррекционная программа №1 с применением нейропсихологической коррекции, и включающая также развитие телесности, эмоциональной компетентности, коммуникативных навыков, навыков тайм-менеджмента. В группе 2 была реализована психокоррекционная программа №2, которая дублировала все блоки программы № 1, кроме нейропсихологической коррекции. Группа 3 (контрольная) посещала психообразовательные лекции. Психокоррекционные программы 1 и 2 рассчитаны на 16 тренинговых занятий, продолжительностью 1,5 часа. Мишенями психологической коррекции являлись 1) нейропсихологический профиль, свидетельствующий о функциональных нарушениях первого и третьего блоков мозга; 2) характерологические особенности, связанные с дезадаптивными паттернами поведения; 3) недостаточность развития эмоционального интеллекта; 4) несформированность телесности как высшей психической функции. Для оценки результативности проведенных программ проведены два этапа контрольного измерения показателей по шкале Чен, опроснику социальной адаптации Роджерса – Даймонд по окончании прохождения психокоррекционных программ и 3 месяца спустя.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе исследования был проведен кластерный анализ психологических свойств интернет-зависимых подростков. Выделено две основных подгруппы подростков, зависимых от сети интернет: с преобладанием функциональных нарушений мозговой деятельности (кластер А) и подростков с дезадаптивными паттернами поведения без нейропсихологических нарушений (кластер Б). В кластер А вошли интернет-зависимые подростки, характеризующиеся следующими особенностями: преимущественно атарактический мотив использования интернета (социальные сети, общение в онлайн-играх), наличие нейропсихологических нарушений (снижение концентрации внимания, дисбаланс процессов активации–торможения, несформированность функции регуляции контроля деятельности), низкие показатели социальной адаптации. К кластеру Б отнесены интернет-зависимые подростки, характеризовавшиеся следующими особенностями: преимущественно гедонистический мотив использования интернета (онлайн игры), наличие ярко выраженной одной из акцентуаций (возбудимый, гипертимный, демонстративный), более богатый словарь интрацептивных ощущений, высокие показатели депрессивной и обсессивно-компульсивной симптоматики, враждебности, и высокий показатель социальной дезадаптации. Основой для разработки дифференцированных психологических программ коррекции интернет-зависимости у подростков явились описанные нами ранее два различных механизма формирования интернет-зависимости у подростков [2].

1. Подростки с нейропсихологическими нарушениями выбирают интернет, как эффективный психоактивный агент стимуляции психической деятельности, внешне регулирующий тонус и внимание.

2. Подростки с интернет-зависимостью используют интернет как способ поддерживать активность и концентрировать внимание, так как постоянное появление новых стимулов внешне регулирует концентрацию внимания, однако в то же время способствует еще большему истощению и утомлению, что стимулирует повторные обращения к сети, формируя аддиктивный цикл.

3. Подростки с преобладанием акцентуированных черт характера с трудом адаптируются в социуме, интернет-среда предоставляет многообразие способов реализации их гедонистической направленности. Влечение к новизне, не насыщаемая потребность в привлечении внимания, кратковременность эффекта вознаграждения вызывает необходимость чаще обращаться к игре, повышая толерантность к игровой деятельности. Это приводит к заострению акцентуированных черт характера, большему нарушению социальной адаптации, тем самым формируя аддиктивный цикл.

Проведение разработанных дифференцированных психологических программ коррекции показало их высокую эффективность. До проведения коррекционной программы показатели интернет-зависимого поведения были значимо выше и составляли в среднем 58 баллов. Сразу после проведения программы показатели значительно снизились (среднее значение 35 баллов), что говорит о снижении проявлений интернет-зависимого поведения. При этом показатели адаптивности повысились, а дезадаптивности снизились, что свидетельствует о появлении у подростков более эффективных способов поведения, что также подтверждается обратной связью от родителей и учителей школ. При анализе различий показателей интернет-зависимости и социально-психологической адаптации отдельно для подростков, вошедших в кластер А и в кластер Б, было выявлено, что для подростков с преобладанием нейропсихологических нарушений (кластер А) более эффективной оказалась программа. Все подростки из кластера А полностью прошли программу коррекции и не прерывали участие, были активны в работе, хотя и испытывали некоторые сложности в начале программы, связанные в первую очередь с появлением тревожности в группе. При этом подростки из кластера А, проходившие программу №2, чаще пропускали занятия, один испытуемый прекратил участие в коррекционных мероприятиях.

Выводы. На основе особенностей психологических механизмов формирования интернет-зависимости разработана дифференцированная программы психологической коррекции интернет-зависимости у подростков. В первую программу входит два блока: первый блок включает в себя нейропсихологическую коррекцию, техники релаксации и телесно-ориентированную психотерапию, а второй блок – формирование навыков понимания и регуляции эмоций,

коммуникативных навыков, разрешения конфликтных ситуаций и тайм-менеджмент. Во вторую программу входил только второй блок. Для интернет-зависимых подростков с нейропсихологическими нарушениями более эффективной оказывается программа психологической коррекции №1, включающая нейропсихологическую коррекцию, телесно-ориентированную психотерапию, б) для интернет-зависимых подростков с преобладанием акцентуированных черт характера одинаково эффективны оба блока программы коррекции. Программой выбора является программа №2, так как она требует меньших временных затрат.

Литература

1. Егоров, А.Ю. Современные представления об интернет-аддикциях и подходах к их коррекции / А.Ю. Егоров // Медицинская психология в России. – 2015. – №. 4 (33)
2. Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А. Дифференцированная психологическая коррекция интернет-зависимости у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 142—163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280309>
3. Chun, J.S. A meta-analysis of treatment interventions for internet addiction among Korean adolescents / J.S. Chun, H.S. Shim, S. Kim // Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. – 2017. – Т. 20. – №. 4. – С. 225–231.
4. Liu, J. Effects of group counseling programs, cognitive behavioral therapy, and sports intervention on internet addiction in East Asia: a systematic review and meta-analysis / J. Liu, J. Nie, Y. Wang // International journal of environmental research and public health. – 2017. – Т. 14. – №. 12. – С. 1470
5. Stevens, M.W.R. Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis / M.W.R. Stevens // Clinical psychology & psychotherapy. – 2019. – Т. 26. – №. 2. – С. 191–203.
6. Wölfling, K. Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program / K. Wölfling // BioMed research international. – 2014. – Т. 2014.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПСИХОЛОГИ МОСКОВСКОЙ «КЛИНИКИ ПАМЯТИ»: ДИАГНОСТИКА И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ

Осипова Н.Г.¹, Рощина И.Ф.²

¹ ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ, Москва, Россия

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

nata.osipoff@yandex.ru

Ключевые слова: «Клиника памяти», синдром мягкого когнитивного снижения, поздний возраст, нейрокогнитивная реабилитация, нейропсихологическая и психометрическая диагностика.

CLINICAL PSYCHOLOGISTS OF THE MOSCOW CLINIC OF MEMORY: DIAGNOSIS AND NEUROREHABILITATION

Osipova N.G.¹, Roshchina I.F.¹

¹ SBHI N.A. Alekseev PCH №1, Moscow, Russia

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

² FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

nata.osipoff@yandex.ru

Keywords: «Clinic of Memory», mild cognitive impairment, late age, neurocognitive rehabilitation, neuropsychological and psychometric diagnostics.

Введение. По оценкам последнего времени около 50 миллионов человек сегодня живут с диагнозом деменция. Признано, что деменция (в частности болезнь Альцгеймера) может начаться за десятилетия до проявления клинических симптомов. Промежуточным когнитивным статусом между нормальным старением и деменцией является синдром мягкого когнитивного снижения (Mild cognitive impairment, MCI) [1, 3]. Научное сообщество признаёт, что профилактика когнитивного снижения на доклинических этапах болезни Альцгеймера (БА) может отсрочить развитие этого заболевания. Ранняя диагностика, профилактика и лечение улучшают качество жизни человека на этапе позднего онтогенеза, сохраняют когнитивные и функциональные возможности пожилого человека [1, 3, 5].

«Клиника памяти». В 2016 году на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ) было создано специализированное медико-реабилитационное отделение (МРО) для оказания помощи лицам пожилого и старческого возраста с когнитивным снижением («Клиника Памяти») на 50 человек. МРО «Клиника памяти» является новой амбулаторной формой групповой работы с когортой пожилых пациентов с мнестико-интеллектуальным снижением. Данный проект осуществляется в рамках государственного задания, определяемого Департаментом здравоохранения города Москвы. Целью работы МРО «Клиника памяти» является сохранение когнитивного здоровья и профилактики деменции, улучшение качества жизни пожилых людей и членов их семей. Эффективность комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации, которая реализуется в «Клиника памяти», была доказана в нескольких исследованиях: достоверно значимые улучшения когнитивных функций после программы нейрокогнитивной реабилитации установлены у 75-80% пожилых пациентов [1, 3].

В настоящее время в Москве функционируют 9 «Клиник Памяти». В регионах РФ «Клиника памяти» представлена в Нижегородской, Самарской, Тверской, Кировской и Вологодской областях, а также в Хабаровском крае. В медико-реабилитационном отделении «Клиника Памяти» (флагманское отделение, Москва ул. Палиха, д.3 стр.3) работают 5 клинических (медицинских) психологов, которые решают три профессиональные задачи:

1. клинико-психологическая диагностика на первом и последнем этапе комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации,
2. коррекционные задачи, связанные с проведением нейрокогнитивных тренингов коррекции непатологических особенностей психической деятельности пожилых людей,
3. участие в научно-исследовательской деятельности.

Клинические (медицинские) психологи «Клиники Памяти» в соответствии с действующими профессиональными стандартами осуществляют качественную и количественную оценку различных параметров психической деятельности пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения (МСІ) в позднем возрасте до начала нейрореабилитационной программы, а также после окончания указанной программы для выявления динамики различных параметров психической деятельности участников групповых занятий [1, 3, 4, 5]. На этапе первичной диагностики проводится нейропсихологическая и психометрическая оценка с использованием комплекса методик: «Заучивание 10 слов» (А.Р. Лурия) [1], «Монреальская шкала оценки когнитивных функций» (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) [7] и «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini-Mental State Examination, MMSE) [6]. Использование данного комплекса методик позволяет проводить количественную и качественную оценку высших психических функций пожилых пациентов с синдромом МСІ.

Комплексная программа нейрокогнитивной реабилитации в «Клинике Памяти» проводится в течение 6 недель. Первая неделя – диагностическая; со второй по пятую неделю проводится регулярная тренировка когнитивных функций; 6 неделя (заключительная) включает в себя тренинги и повторную клинико-психологическую диагностику. В структуре программы нейрокогнитивной реабилитации клинические (медицинские) психологи проводят когнитивные тренинги и когнитивную разминку. При разработке программы когнитивной стимуляции для пациентов с МСІ медицинские психологи основывались на принципах отечественной нейрореабилитации школы А.Р. Лурия. Один из важных принципов - учет возрастных и индивидуально-личностных особенностей участников программы. На первичном диагностическом этапе формируются группы по 8-9 человек. Длительность одного занятия 60 минут [1, 3]. Тренинги комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации направлены на три составляющие структуры психической деятельности:

1. нейродинамические параметры деятельности;
2. произвольная регуляция, контроль и программирование деятельности;
3. операциональные (структурные) компоненты психической деятельности.

Каждое занятие в рамках когнитивного тренинга и когнитивной разминки строится по комплексному принципу и включает конкретные задания для стимуляции и активизации кинетического, кинестетического, пространственного и регуляторного праксиса, всех видов восприятия, оптико-пространственной и конструктивной деятельности, экспрессивной и импрессивной речи, запоминания новых зрительных и вербальных стимулов и памяти на прошлое, невербального и вербального мышления.

Клинические (медицинские) психологи «Клиники памяти» принимают активное участие в научно-исследовательской деятельности. Например, в период пандемии коронавируса проводилось междисциплинарное научное исследование, поддержанное грантом Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ №20-04-60546) «Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье пожилых людей: разработка методологии цифрового мониторинга». В рамках этого исследовательского проекта была проведена нейропсихологическая оценка когнитивной сферы у когорты (114 человек) участников программы нейрореабилитации с применением адаптированной под задачи исследования «Экспресс-методики оценки мнестико-интеллектуальной сферы в позднем возрасте» [2, 4]. Значимым итогом нейрокогнитивного тренинга в ограничительных условиях пандемии COVID-19 стало улучшение когнитивных функций у участников программы: значительно улучшились показатели по общему баллу «Экспресс-методики», отмечено улучшение динамического праксиса, вербального мышления, увеличение объема запоминания зрительных стимулов. Кроме того, наблюдалось улучшение нейродинамических параметров психической активности, повышение контроля за протеканием деятельности и увеличение ее продуктивности. Практически все участники программы самостоятельно высказывали положительные отзывы и желание продолжить занятия в «Клинике памяти» [4].

Заключение. В настоящее время медицинские психологи «Клиники памяти» участвуют в разработке программы когнитивной реабилитации для пациентов с начальной стадией деменции, обусловленной нейродегенеративной или смешанной сосудисто-атрофической патологией головного мозга, а также разработкой методов цифрового мониторинга состояния участников нового мультидисциплинарного лонгитюдного исследования.

Литература

1. Бурьгина Л.А., Гаврилова С.И., Костюк Г.П., и др. Психосоциальная терапия и нейрокогнитивная реабилитация пациентов пожилого возраста с когнитивными расстройствами. Структурно-функциональная модель реабилитационной программы «Клиника памяти» / под ред. Г.П. Костюка. М.: КДУ. 2019. 332 с.
2. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при старении [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 3(5). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 18.02.2023).
3. Курмышев М.В., Савилов В.Б., Масыкин А.В., Костюк Г.П. // «Клиника Памяти – инновационная модель реабилитации когнитивных функций у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением в условиях отделения дневного пребывания» // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. № 2. С. 50-54.
4. Рощина И.Ф., Осипова Н.Г., Сюняков Т.С. и др. Оценка высших психических функций пациентов с мягким когнитивным снижением в процессе нейрокогнитивной реабилитации // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С.Я. Рубинштейн). Научное издание. Сборник материалов Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 25-26 ноября 2021г. / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2021. С. 349–351. URL: <https://psyjournals.ru/files/124859/medpsydiag2021.pdf> (дата обращения: 18.02.2023).
5. Рощина И.Ф. Пациенты с мягким когнитивным снижением в позднем возрасте – целевая группа для проведения когнитивной стимуляции / И. Ф. Рощина, Н. Д. Селезнева. – Текст: электронный // Cognitive Neuroscience – 2021 : материалы международного форума, (Екатеринбург, 2–3 декабря 2021 г.). – Екатеринбург : Издательство Уральского университета, 2022. – С. 227-231. – URL: <https://elar.urfu.ru/handle/10995/109110> (дата обращения 18.02.2023).
6. Folstein, M.F. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh // Journal of Psychiatr Research. – 1975. – No. 12. – P. 189-198.
7. Nasreddine, Z.S. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z.S. Nasreddine, N.A. Phillips, V. Bédirian [et al.] // Journal of the American Geriatrics Society. – 2005. – Vol. 53. – No. 4. – P. 695-699.

РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ И СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ

ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРИТОМ

Перстнева И.П.¹, Абросимов И.Н.²

¹ ФГБОУ ВО РГГУ, Москва, Россия

perstneva1@mail.ru

² ФГБУ НМИЦПН им. в. П. Сербского, Москва, Россия

i.abrosimov@bk.ru

Ключевые слова: ранние дезадаптивные схемы, психологическая адаптация, копинг-поведение, гастрит.

EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND COPING-BEHAVIOR IN PATIENTS WITH GASTRITIS

Perstneva I.P.¹, Abrosimov I.N.²

¹ FSBI HE RSUH, Moscow, Russia

perstneva1@mail.ru

² FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

i.abrosimov@bk.ru

Keywords: early maladaptive schema, psychological adaptation, coping behavior, gastritis.

Введение. Психоэмоциональный стресс и связанные с ним негативные эмоциональные переживания могут оказаться основополагающим фактором не только в возникновении, но и в последующем развитии и прогрессировании патологии желудочно-кишечного тракта с психосоматическим компонентом. В ряду таких заболеваний одним из наиболее распространенных является «гастрит». В литературе, посвященной психосоматике, встречается информация о том, что для больных желудочно-кишечными расстройствами характерна тревожность, неуверенность в себе [2].

Одна из ключевых ролей в адаптации к болезни отводится преодолению негативных переживаний или состояний в связи с заболеванием посредством выбора и применения того или иного копинг-стиля [8]. Важно отметить, что принципиальным отличием функциональной деятельности системы психической адаптации человека от всех других самоуправляемых систем является наличие механизмов сознательного саморегулирования, в основе которых лежит субъективная индивидуально-личностная оценка природных и социальных воздействий на человека [4]. Сложности возникают, когда включаются неосознаваемые механизмы, зачастую лежащие в основе ранних дезадаптивных схем [3].

В структуре адаптации личности к трудным жизненным ситуациям, включая и адаптацию к ограничениям и трудностям, создаваемым хроническим заболеванием в качестве ключевого фактора, обуславливающего результат адаптации, важно рассматривать выбор стратегий совладающего с болезнью поведения и дезадаптивных схем, используемых человеком [6].

Цель работы – оценка выраженности ранних дезадаптивных схем и их сопоставление с параметрами адаптации к болезни у лиц с установленным диагнозом «гастрит».

Материал и методы. В исследовании приняли участие 57 человек (43 женщины и 14 мужчин в возрасте от 18-44 лет). В экспериментальную группу вошли 33 человека, имеющие в анамнезе установленный диагноз «гастрит», не проходящие на момент обследования

активного лечения. Контрольную группу составили условно здоровых 24 человека, не имеющие установленных диагнозов. Применяемые психодиагностические методики:

1. Диагностика ранних дезадаптивных схем (Касьяник П.М., Романова Е.В., перевод и адаптация, 2014) [3];
2. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями (Вассерман Л.И. и соавт., 2009) [1];
3. Шкалы «Депрессия» и «Тревожность» опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90r, Derogatis, 1976) [5].
4. Шкала приверженности лечению (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8, 2008 г.) [9];
5. Краткий опросник восприятия болезни (Brief-IPQ, адаптация Ялтонский В.М. и соавт., 2017) [7].

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программного пакета SPSS Statistics (Vers. 23).

Результаты и их обсуждение. *Описательный и сравнительный анализ пациентов с диагнозом «Гастрит» и условно здоровых лиц по изучаемым параметрам.*

В ходе исследования было установлено, что в обеих группах сравнения наиболее выраженными были ранние дезадаптивные схемы «Жесткие стандарты» (гастрит – 25, 93%, норма – 24,66), «Поиск социального одобрения» (гастрит - 24,12%, норма – 24,16%) и «Покинутость» (гастрит – 21,81%, норма – 16,67%). Значимые различия были выявлены по выраженности схем «Самопожертвование» (гастрит - 24,57%, норма – 2,16%; $p=0,007$) и «Негативизм» (гастрит - 19,63%; норма – 4,66%; $p=0,037$). Люди с гастритом статистически значимо чаще фокусируются на удовлетворении потребностей других людей ценой отказа от получения собственного удовольствия. Согласно авторам методики, данная тенденция сопряжена с повышенной сензитивностью к боли других людей. Также они склонны к применению такого способа подавления эмоций как фокусирование на негативных аспектах жизни при отрицании любых позитивных ее сторон. Часто такие люди характеризуются как хронически тревожные, бдительные, жалующиеся, нерешительные. В рамках концепции ранних дезадаптивных схем мы говорим о них, как о формирующихся по компенсаторному механизму в ответ на депривацию их потребностей в детстве. Это позволяет с большей уверенностью говорить о выраженности тех или иных когнитивных схем как о личностных predispositions играющих роль психосоматических факторов в развитии гастрита.

Оценка эмоционального функционирования указывает на превышение нормативных показателей в группе людей с гастритом. При этом, статистически значимо выше их показатели по сравнению с условно здоровыми людьми по шкалам «Соматизация» (гастрит –

1,46 балла, норма – 1,05 балла; $p=0,040$) и «Тревожность» (гастрит – 1,45 балла, норма – 0,95 балла; $p=0,024$). Развитие гастрита как телесной дисфункции обуславливает появление переживания дистресса, доминирующим проявлением которого являются переживания тревожного характера. Данные особенности эмоционального реагирования соотносятся с выраженностью когнитивной тенденции к негативизму.

Исследование совладающего со стрессом поведения показало, что в обеих группах используется широкий репертуар копинг-стратегий, выраженных в рамках нормативного коридора (40-60 баллов), кроме стратегии «Самоконтроль» (гастрит – 39,57 балла, норма – 35,41 балла), которая выражена на недостаточном уровне. Значимые различия при сравнении групп были получены по выраженности стратегий: «Конфронтация» (гастрит – 49,45 балла, норма – 40,25 балла; $p=0,049$), «Дистанцирование» (гастрит – 50,06 балла, норма – 47,00 балла; $p=0,043$), «Бегство-Избегание» (гастрит – 52,75 балла, норма – 45,83 балла; $p=0,049$). Сопоставляя полученные данные с ранее описанными результатами можно предположить, что когнитивные схемы самопожертвования и негативизма играют важную роль не только в развитии гастрита, но и определяют процесс психологической адаптации к нему. Фокусировка на негативных сторонах жизни и игнорирование собственных потребностей обуславливают выбор копинг-стратегий, ориентированных на подавление негативных эмоций. Эти стратегии, хотя и имеют ситуативную ценность, оказываются малоэффективными в долгосрочной перспективе в условиях хронической болезни.

Корреляционный анализ сравниваемых параметров, а также восприятия болезни и приверженности лечению в группе людей с гастритом позволил дополнить вышеописанные результаты сравнения двух групп. Ранняя дезадаптивная схема «Покинутость» имеет наибольшее число установленных прямых связей как с ориентированными на эмоции (конфронтация: $r=0,597$, $p=0,001$; бегство-избегание: $r=0,527$, $p=0,002$) так и с ориентированными на решение проблемы (принятие ответственности: $r=0,451$, $p=0,008$; самоконтроль: $r=0,397$, $p=0,022$) копинг-стратегиями, а также с выраженностью депрессивных ($r=0,367$, $p=0,036$) и тревожных ($r=0,376$, $p=0,031$) переживаний. Субъективно воспринимаемое поведение близких людей как ненадежное или нестабильное запускает широкий спектр совладающего поведения, однако в целом обуславливает негативный эмоциональный фон. Схема «Привилегированность» имеет положительные связи с соматизацией ($r=0,414$, $p=0,017$), депрессией ($r=0,456$, $p=0,008$) и тревожностью ($r=0,376$, $p=0,031$). Уверенность в своем превосходстве над другими людьми и убежденность в обладании особыми правами в данном контексте является способом совладания с негативными эмоциональными состояниями и переживаниями. Схема «Пунитивность» имеет прямые корреляционные связи как с высокой тревожностью ($r=0,360$, $p=0,040$) так и со

стратегиями ее подавления - конфронтацией ($r=0,368$, $p=0,35$) и дистанцированием ($r=0,388$, $p=0,026$). Убеждение в том, что люди должны быть жестоко наказаны за совершение ошибок, сопряжено с ростом тревоги и попытками дистанцироваться от нее.

Также были установлены связи между когнитивными схемами и показателями адаптации в условиях болезни. Схема «Жесткие стандарты» имеет обратную отрицательную связь с уровнем приверженности лечению ($r=-0,468$, $p=0,006$). Педантичность и перфекционизм становятся скорее барьером для соблюдения назначенного лечения из-за невозможности соблюдения высоких стандартов. Схема «эмоциональная депривированность» имеет прямую корреляционную связь с восприятием болезни как угрозы для жизни и благополучия ($r=0,354$, $p=0,043$). Гастрит чаще воспринимается как угрожающее и мешающее благополучию заболевание людьми, которые ожидают, что их потребность в эмоциональной поддержке и близости не будет удовлетворена другими.

Выводы.

1. Ранние дезадаптивные схемы пациентов с гастритом характеризуются тенденцией к самопожертвованию с игнорированием собственных потребностей и позитивных сторон жизни. Данные личностные predispositions могут быть рассмотрены в качестве факторов психосоматического риска развития гастрита, а также обуславливающих процесс адаптации в условиях болезни.
2. В частности, нивелирование собственных потребностей и фокусировка внимания на негативных сторонах жизни повышают уровень тревоги у людей с гастритом и выраженность дистресса, связанного с их телесным дисфункционированием. Это в свою очередь активизирует ориентированные на подавление эмоций, но малоэффективные в условиях хронической болезни стратегии совладающего поведения по типу конфронтации, дистанцирования и избегания.
3. Также когнитивные схемы играют определенную роль в восприятии болезни и приверженность лечению пациентов с гастритом. Восприятие заболевания как угрозы для жизни сопряжено с субъективным переживанием невозможности получить эмоциональную поддержку. Барьером для формирования высокого уровня приверженности назначенному лечению является следование чрезмерно педантичным и перфекционистским установкам.

Литература

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. Санкт-Петербург: НИПНИ им. Бехтерева; 2009. 38 с.
2. Жоламанова А.А., Арингазина А.М., Калматаева Ж.А. Психосоматический подход в терапии гастроэнтерологических больных. Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2014;1:402-406.
3. Касьяник П.М., Романова Е.В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. Санкт-Петербург: Изд-во Политехн. ун-та, 2016. [Электронный ресурс]

4. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Гульдан В.В. Способы заботы о здоровье и соматические жалобы в норме: роль представлений и роль действий. Психологические исследования [Электронный ресурс]. 2016;9(50):4.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер; 2001. 272 с.
6. Ялтонский В.М., Дияжева Л.В., Абросимов И.Н. Совладающее поведение подростков, больных муковисцидозом. Медицинская психология в России. 2011;6(11):14.
7. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. Психологические исследования. 2017;10(51):1.
8. Leventhal H., Phillips L.A., Burns E., Cohen J.H. Commonsense Modeling (CSM) of Health Behaviors. In: Sweeny K., Robbins M.L., Cohen L.M. The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. Hoboken: John Wiley & Sons Ltd.; 2020. P. 315-327.
9. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H.J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J. Clin Hypertens (Greenwich). 2008 May;10(5):348-354.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В КЛИНИКЕ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

Рыжова И.А.

ФГБУ НМИЦПН им. в. П. Сербского, Москва, Россия

rzhova.ia@serbsky.ru

Ключевые слова: когнитивный тренинг, расстройства аффективного спектра, нейропсихология, психореабилитация.

MODERN POSSIBILITIES OF REHABILITATION OF ELDERLY PATIENTS IN THE CLINIC OF AFFECTIVE SPECTRUM DISORDERS

Ryzhova I. A.

FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

rzhova.ia@serbsky.ru

Keywords: cognitive training, affective spectrum disorders, neuropsychology, psychorehabilitation.

Введение. Когнитивные нарушения в структуре психических расстройств пожилого возраста могут маскироваться субдепрессивной аффективной симптоматикой в виде гипотимии, ангедонии, апатии, тревожности, что ограничивает выбор спектра психореабилитационных мероприятий, направленных на сдерживание прогресса дементного синдрома. Актуальность проведенного исследования определяется практической релевантностью его результатов.

Цель исследования заключалась в оценке значимости когнитивной нагрузки в период госпитализации в отделение расстройств аффективного спектра у пациентов пожилого

возраста с риском прогредиентного когнитивного снижения.

Дизайн исследования – экспериментальный неконтролируемый лонгитюдный анализа в течение трехлетнего интервала. Выборочную когорту составили 27 пациентов в возрасте от 62 до 73 лет, преобладающий клинический диагноз которых относился к группе заболеваний, связанных с нарушением эмоционального состояния, провоцируемым органически измененной почвой: «органические расстройства настроения [аффективные]» и «органическое эмоционально лабильное [астеническое] расстройство». Экспериментальный диагностический этап включал двухфазное циклическое нейропсихологическое исследование с оценкой параметров памяти, мышления, речи, зрительно-пространственного восприятия, произвольного внимания, когнитивной выносливости.

Оригинальная программа когнитивного тренинга [1,2,3,4], специально созданная для кластера органических расстройств в сочетании с субдементными когнитивными нарушениями, применялась в психореабилитационной работе. Форма когнитивных занятий, имевших открытый принцип функционирования, моделировала активное сотрудничество с больными, ведущее к увлекательной познавательной деятельности, воздействующей на все основные когнитивные параметры. В итоге пациенты, прошедшие когнитивный тренинг, преодолевали мотивационное обеднение, совершенствовали коммуникативные навыки, восстанавливали толерантность к когнитивной нагрузке, развивали кратковременную память, способность к логическому мышлению, что приводило к стимулированию их повседневной активности, улучшению социальной адаптации.

Выводы. Субдепрессивная симптоматика в пожилом возрасте, такая как тревожная растерянность, безынициативность, дистимия, должна служить условным индикатором для углубленного нейропсихологического анализа когнитивного функционирования в этой категории больных. *Маркерами изменения когнитивного статуса в продроме субдементных расстройств являются дисрегуляторные нарушения, а именно снижение уровня мнестического контроля, самоорганизации мышления и речевых функций, зрительно-пространственная дезориентация. В превентивном лечении важна не только своевременная диагностика, но и активная психокоррекционная интервенция в форме когнитивного тренинга.*

Литература

1. Рыжова И.А. Индикаторы успешности применения когнитивного тренинга в клинике расстройств аффективного спектра. Доктор.Ру.2018. №9 (153). С. 50–54.
2. Рыжова И.А. Когнитивный тренинг как психокоррекционный метод в психиатрии. Медицинская психология в России [Электронный ресурс]. 2017. Т. 9. № 5.
3. Рыжова И.А. Когнитивный тренинг у больных с расстройствами аффективного спектра в сочетании с умеренными когнитивными нарушениями. Доктор.Ру.2014. № 6 (94). С. 77-80.
4. Рыжова И.А., Самедова Э.Ф. Коррекция когнитивных нарушений при расстройствах аффективного спектра методом когнитивного тренинга. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2016. Т. 7. № 1. С. 112-121.

**ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО И САМОСТИГМАТИЗАЦИИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ ПСИХОСОЦИАЛЬНУЮ
РЕАБИЛИТАЦИЮ В ЦЕНТРЕ «СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»**

Савушкина А.И.¹, Рощина И.Ф.^{1,2}

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

² ГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

savushkina.14@gmail.com

ifroshchina@mail.ru

Ключевые слова: модель психического, эмоциональный интеллект, самостигматизация, шизофрения, психосоциальная реабилитация.

**FEATURES OF THE MODEL OF MENTAL AND SELF-STAGMATIZATION OF
PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA UNDER PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN
THE CENTER «FAMILY AND MENTAL HEALTH»**

Savushkina A.I.¹, Roshchina I.F.^{1,2}

¹ FSBSI MHRC, Moscow, Russia

² FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

savushkina.14@gmail.com

ifroshchina@mail.ru

Keywords: mental model, emotional intelligence, self-stigmatization, schizophrenia, psychosocial rehabilitation.

Введение. Как известно заболевание шизофренией проявляется патологическими симптомами в эмоциональной, коммуникативной, когнитивной и мотивационной сферах психики пациентов. Помимо этого, реакция окружающих на психическое расстройство часто не является экологичной для пациентов и влечет за собой их стигматизацию. Как реакция на стигматизацию у пациентов может сформироваться самостигматизация, оказывающая не меньше негативное влияние на их психологическое состояние и жизненную активность больных. Вследствие большого ограничивающего влияния, оказываемого болезненным процессом на личную и общественную жизнедеятельность людей с данным заболеванием, возникает необходимость исследования различных следствий болезни и поиска возможных мер реабилитационных воздействий психологического и социального характера для оказания больным шизофренией комплексной помощи. Целью данной работы является изучение

аффективного компонента модели психического, как одного из факторов успешной коммуникации и взаимодействия с окружением, и самостигматизации больных шизофренией, как одного из ограничивающих факторов для этой деятельности.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 15 человек, мужчины и женщины с диагнозом шизофрения. Средняя продолжительность заболевания в группе составляет 21,8 год, преобладающий тип шизофрении - параноидный. Участники исследования получают медикаментозное лечение и немедикаментозную поддержку, которая включает в себя посещение Центра социально-психологической и информационной поддержки «Семья и психическое здоровье» (руководитель – д. м. н. Т.А.Солохина, ФГБНУ НЦПЗ). Цель данной организации - повышение качества жизни людей с психическими расстройствами и членов их семей посредством преодоления социальной отчужденности, вовлечения в жизнь общества, формирования активной гражданской и жизненной позиции путем предоставления участникам знаний о психических заболеваниях, способах контроля болезни, развития навыков и умений, необходимых для жизни в обществе, развития личности, гармонизации семейных отношений и дестигматизации. Пациенты, посещающие организацию, участвуют в следующих занятиях: групп-аналитическая психотерапия, арт-терапия, музыкотерапия, сценическое движение (театральная студия), мастерская (бумажная пластика, оригами, сувениры), шахматный клуб, оздоровительные танцы, дискуссионный книжный клуб (библиотерапия) и т.п.

В исследовании использовался комплекс методик: 1. Тест «Чтение психического состояния другого по взгляду» («Reading the mind in the eyes»-RME, в адаптации Румянцевой Е.Е., 2012), 2. Опросник эмоционального интеллекта «ЭМИн» (Д.В. Люсин), 3. Монреальская когнитивная шкала (Montreal Cognitive Assessment, MoCA), 4. Опросник самостигматизации (Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., 2005). При статистической обработке использовался критерий ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Результаты, полученные по тесту «Чтение психического состояния другого по взгляду» (RME), свидетельствуют о некотором снижении аффективного компонента модели психического (20,5 баллов в среднем). Результаты, полученные по опроснику эмоционального интеллекта «ЭМИн», представляют собой высокие показатели (96,8 баллов в среднем). Результаты испытуемых, полученные по Монреальской когнитивной шкале (MoCa), отражают некоторые особенности когнитивной сферы пациентов, при этом наиболее затруднительным оказался субтест – отсроченное воспроизведение вербальных стимулов. Результаты, полученные по опроснику самостигматизации, свидетельствуют о среднем уровне выраженности данного феномена с выраженностью компонентов самостигматизации от среднего до ниже среднего уровня. Наиболее выраженной формой самостигматизации

оказалась аутопсихическая форма.

Корреляционный анализ показал корреляционные связи на высоком уровне значимости между рядом шкал используемых методик. Аффективный компонент модели психического (RME) положительно связан с самостигматизацией в целом ($r=,641^{**}$, $p=0,01$) и шкалами К5– «Дистанцирование от психических больных в сфере внутренней активности» ($r=,675^{**}$, $p=0,01$) и К7– «Переоценка внутренней активности» ($r=,651^{**}$, $p=0,01$). Была обнаружена корреляционная связь обратного характера шкалы опросника эмоционального интеллекта «Управление чужими эмоциями» со шкалой опросника самостигматизации «Социореверсивная форма самостигматизации» ($r=-,690$, $p=0,01$). Показатель методики МоСа «Зрительно-конструктивные навыки» имеет положительные корреляционные связи со шкалами опросника самостигматизации К1 – «Переоценка самореализации» ($r=,646$, $p=0,01$) и К7– «Переоценка внутренней активности» ($r=,648$, $p=0,01$). Зрительно-конструктивные навыки также имеют обратную корреляционную связь со шкалой «Управление своими эмоциями» ($r=-,660$, $p=0,01$). Общий показатель когнитивной шкалы обратно связан со шкалами опросника эмоционального интеллекта «Понимание своих эмоций» ($r=-,759$, $p=0,01$) и «Понимание эмоций» ($r=-,731$, $p=0,01$). Большое число обратных корреляционных связей на уровне значимости ($p=0,05$) было обнаружено между шкалами опросника Самостигматизации и шкалами методики, направленной на измерение когнитивной сферы, эмоционального интеллекта, что может свидетельствовать о взаимосвязанности данных параметров.

Исследования, посвященные изучению модели психического и самостигматизации больных шизофренией, проводятся достаточно активно, однако в меньшей степени они посвящены рассмотрению этих психологических феноменов в группах больных шизофренией, участвующих в программах социально-психологической поддержки и реабилитации. Было проведено сопоставление полученных нами результатов с результатами прошлых исследований, в которых пациенты с шизофренией не получали немедикаментозные формы поддержки. В исследовании Румянцевой Е.Е. у пациентов с шизофренией было выявлено снижение модели психического [1]. Результаты данного исследования частично согласуются с результатами этого исследования, однако распределение результатов по методике RME, измеряющей аффективный компонент модели психического, у нашей группы испытуемых сложилось следующим образом: 40% пациентов показали нормотипичные результаты, 27% пациентов - пограничные результаты (между нормотипичными и низкими), 33% пациентов - низкие результаты. Данное распределение результатов в исследованной выборке пациентов можно считать более благоприятным. По результатам исследования Антохина Е.Ю. и др. присутствие аутопсихической формы самостигматизации связано с достаточной

сохранностью личности и ее критичности к своему состоянию [2]. Полученные нами результаты по опроснику самостигматизации согласуются с данными этого исследования в части наибольшей выраженности аутопсихической формы в данной группе пациентов. Подобный результат может быть следствием участия испытуемых с шизофренией в комплексной программе психосоциальной поддержки, оказывающей положительное влияние на пациентов и выражающейся в более выраженной личностной сохранности пациентов, сохранении их критичности к своему психическому состоянию, а также большей приверженности соблюдению медикаментозной терапии и заинтересованности в получении немедикаментозной помощи.

Исследования, рассматривающие разные подходы к реабилитационной работе с пациентами с шизофренией, свидетельствуют о большой эффективности когнитивно-поведенческого и метакогнитивного подхода. При сравнении метакогнитивного подхода с другими формами психологической работы, данный подход показал более высокую эффективность [3]. У пациентов уменьшалась выраженность продуктивной симптоматики, а также и коморбидной тревожной и депрессивной симптоматики, повышалась критичность, снижался уровень инвалидизации пациентов с шизофренией [4].

Выводы. Основной вывод исследования заключается в установлении факта снижения аффективного компонента модели психического и наличии среднего уровня выраженности самостигматизации и ее компонентов с наибольшей представленностью аутопсихической ее формы у обследованной группы пациентов. Полученные результаты свидетельствуют об особенностях аффективного компонента модели психического и самостигматизации больных шизофренией, проходящих курсы психосоциальной поддержки, и указывают на необходимость расширения форм психосоциальной поддержки и реабилитации с целью улучшения качества жизни пациентов.

Литература

1. Румянцева Е.Е. Проблема снижения theory of mind (модели психического) у больных шизофренией // Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения (к 100-летию С.Я.Рубинштейн) ISBN: 978-5-94051-077-2 Изд.: Московский государственный психолого-педагогический университет, 2011
2. Антохин Е. Ю. и др. Взаимосвязь самостигматизации и тревожности у больных шизофренией с разной длительностью заболевания //Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2008. – №. 3. – С. 55-64.
3. Philipp R. et al. Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—A systematic review and meta-analysis (METACOG) //Clinical psychology & psychotherapy. – 2019. – Т. 26. – №. 2. – С. 227-240.
4. Коломыцев Д. Ю., Сараханова Д. В., Усов Г. М. Метакогнитивный подход к психологическим аспектам патогенеза шизофрении //Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – Т. 31. – №. 4. – С. 88-98.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП «ЗДЕСЬ И ТЕПЕРЬ»

Соловьева С.Л.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

S-Solovieva@ya.ru**Ключевые слова:** психотерапия, «здесь и теперь», тревога, депрессия.**THE PSYCHOTHERAPEUTIC PRINCIPLE OF "HERE AND NOW"**

Solovieva S. L.

FSBI HE I.I. Mechnikov NWSMU, St. Petersburg, Russia

S-Solovieva@ya.ru**Keywords:** psychotherapy, "here and now", anxiety, depression.

Принцип «здесь и теперь», фиксирующий внимание пациента на восприятии, переживании актуальных событий, во многом противостоит психоаналитической склонности интерпретировать события далекого прошлого сквозь искажающую призму пройденного клиентом жизненного пути. «Здесь и теперь» - «один из принципов психотерапии, означающий концентрацию пациента или группы на процессах, происходящих в данный конкретный момент и в данном месте, на актуальных взаимоотношениях, взаимодействиях и переживаниях» [1]. Психотерапевтический потенциал принципа связан с тем, что реальность, в которой существует клиент «здесь и теперь», подлежит проверке и доступна контролю, и в этом смысле более объективна. Человек действует лишь в настоящем времени, и лишь в настоящем он доступен обучению и изменениям. Этот тезис лег в основу некоторых практик оказания психологической помощи. Отмечается, что «ряд психотерапевтических школ постулирует этот принцип в качестве ведущего (гештальт-терапия, группы встреч и пр.), другие сочетают его с прошлым опытом (психодрама, групповая психотерапия) [1].

«Здесь и теперь» заимствован психотерапией из восточных практик, из дзен-буддизма с его фиксированностью на настоящем, с его созерцательностью, принимающей реальность такой, какая она есть, в противоположность рациональной европейской культуре с ее оценочным мышлением и тенденцией к сравнениям, относящимся в значительной степени к прошлому. Буддисты используют этот принцип во время медитаций: пребывая в настоящем, человек видит, слышит и чувствует то, что происходит вокруг прямо сейчас. Важным психотерапевтическим эффектом пребывания в «здесь и теперь» является наиболее полное осознание, осмысление, присутствие в реальности, сознавание себя и контакт с самим собой.

Интерес к восточной ментальности привел к активному использованию принципа «здесь и теперь» в практиках оказания психологической помощи клиентам с различными проблемами. «Здесь и теперь» ярко проявляется в социально-психологическом тренинге, ориентированном на изменение поведения и не претендующем на глубинную психологическую интервенцию [5]. Принцип «здесь и теперь» лежит сегодня в основе многих школ психотерапии, психологического консультирования и психологической коррекции. «Здесь и теперь» используется в психодраме, гештальттерапии, недирективном гипнозе, НЛП, клиентцентрированной психотерапии [1]. «Здесь и теперь» особенно убедителен при изложении техник гештальт-терапии, фиксирующей внимание на актуальном настоящем [4]. В гештальт-терапии этот принцип означает, что все актуальное для человека всегда происходит в настоящем. Чувства, мысли, желания, фантазии о прошлом или будущем на самом деле находятся в настоящем.

Одним из первых в практику психотерапии принцип «здесь и теперь» был введён основателем психодрамы психиатром Якобом Морено. Морено использовал «здесь и теперь» как принцип организации психодраматической сцены, на которой происходило терапевтическое действие. Участники группы, исполняющие роли, должны были действовать в сцене так, как будто всё происходит «здесь и теперь», хотя сама сцена могла относиться к отдалённому прошлому или будущему. Морено считает «вчувствование», отсылающее к системе Станиславского, важным методом познания [3]. Этот принцип стал одним из основных на тренинге — говорить только о том, что происходит здесь и теперь, а не о том, что было когда-то или может случиться.

За Якобом Морено принцип «здесь и сейчас» акцентировал Фриц Перлз, сделав его одним из главных принципов гештальт-терапии. Предлагая клиентам чаще говорить «Сейчас я сознаю» и одновременно фокусироваться на состояниях тела, Перлз таким образом заменил интеллектуальные инсайты психоанализа живым переживанием травмирующей ситуации. Гештальт-терапия на практике разворачивается здесь и теперь: пациента просят во время сеанса обращать все свое внимание на то, что он делает в настоящем, прямо здесь и сейчас, в течение самого сеанса. Пациента просят сознавать свои жесты, свое дыхание, свои эмоции, свой голос, выражение лица, давление своих мыслей. Гештальт-терапия требует от пациента, чтобы он в каждый данный момент переживал опыт самого себя настолько полно, насколько он может [4].

Принцип «здесь и сейчас» интерпретируется и с точки зрения его прикладного, терапевтического потенциала, как состояние сознания при фокусировке внимания на происходящем в этом месте и в эту секунду. В этом своем значении «здесь и теперь» применяется при лечении тревожно-депрессивных состояний. Обучение тревожных и

депрессивных пациентов максимально полному существованию в настоящем позволяет в большей или меньшей степени нивелировать как тревогу, так и депрессию. Тревога – эмоция, направленная в будущее, связанная с ожиданием возможных неудач. Тревожный человек больше живет в будущем, чем в настоящем или в прошлом: думая о будущем, он забегает мыслями вперед, предвидя разнообразные неприятности, которые его в этом будущем ожидают. Формируются соответствующие ожидания и установки; человек ведет себя в соответствии со своими установками и тем самым навлекает на себя именно то, чего он опасается. Это феномен, известный в психологии под названием «самореализующееся пророчество». Если тревога – эмоция, направленная в будущее, то депрессия связана с переживанием прошлого, с возобновлением в воображении прошлых неприятностей и неудач, с формированием негативного образа прошлого. Негативный образ прошлого экстраполируется в будущее, и депрессивному клиенту начинает казаться, что не только прошлое безрадостно и безнадежно, но и в будущем ничего хорошего также не предвидится. В этой связи утрачивается жизненная перспектива; с утратой перспективы и настоящее начинает казаться мрачным и безрадостным; возникает ключевое переживание депрессии – тоскливая безысходность. Точно так же, как бессмысленной представляется жизнь в будущем, иллюзорно и существование в прошлом. Единственной реальностью является существование в настоящем, в котором только и возможно усвоение новой информации, реализация собственного творческого потенциала. Жизнь в настоящем, основанная на его непосредственно-чувственном переживании, позволяет снизить уровень тревоги и депрессии, поскольку настоящее не содержит в себе угроз и потерь. В этом можно убедиться, применяя прием «тестирование реальности». Достаточно задать себе вопрос «Есть ли здесь и теперь какие-либо ужасы и кошмары, по поводу которых надо впасть в отчаяние и панику?», как можно убедиться в том, что в настоящем никаких ужасов не происходит; есть лишь трудные ситуации и проблемы, для решения которых не хватает времени, информации, денег, социальной поддержки и других ресурсов. С этой точки зрения проблемы превращаются в технические задачи, которые страхи и отчаяние лишь мешают разрешить.

Важное значение имеет «здесь и теперь» и для групповой психотерапии. «В основе его лежит представление, согласно которому межличностные взаимодействия пациентов в группе, их поведение, переживания есть точное отражение их межличностных взаимодействий в реальной жизни, вне группы. Анализируя собственные межличностные взаимодействия в группе, переживания, возникающие в процессе общения с другими, пациенты получают возможность увидеть и осознать присущие только им особенности поведения и эмоционального реагирования, проблемы и конфликты, которые характерны для них и проявляются в самых разнообразных ситуациях как в группе, так и вне ее» [1].

Многие авторы отмечают, что в ситуации благополучия и психологического здоровья постоянное пребывание в «здесь и теперь» не всегда является продуктивным. Так, планируя будущее, определяя дальние цели, человек создает для себя образ этого будущего, как правило, окрашенный позитивными эмоциями, которые мотивируют на решение поставленных целей и задач. Несмотря на то, что реальный процесс жизни происходит всегда сейчас, часто смысловая наполненность и содержание этого процесса определяются наличием жизненной перспективы, с ее дальними и промежуточными целями, а также всем тезаурусом знаний, умений, навыков, сохраняющих связь с прошлым.

В психотерапии «здесь и теперь» часто является более эффективным в сопоставлении с «там и тогда». Этот эффект проявляется и в индивидуальной, и в групповой психотерапии. Как отмечают С.Ледер, Т.Високиньска-Гонсер «главным содержанием работы групп становится анализ типовых образцов взаимодействия, сопоставляется поведение в актуальной ситуации «здесь и теперь» с его характером и последствиями в прошлом» [2]. Б.Д.Карвасарский пишет, что принцип «здесь и теперь» - основа работы психотерапевтической группы, однако это не исключает одновременного использования материала в рамках «там и тогда» (прошлое пациента) и «там и теперь» (актуальная ситуация пациента вне группы). Это усиливает групповую сплоченность, повышает степень доверия в группе, принятия пациентами друг друга, а также способствует осознанию содержания обратной связи, позволяя пациенту соотнести свое актуальное поведение с поведением в реальной жизни и прошлым опытом [1].

Итак, «здесь и теперь» с успехом применяется на уровне поведения, в рамках социально-психологического тренинга, когда не ставится задача погружения в глубинную психическую реальность клиентов. «Здесь и теперь» работает на уровне психического состояния в случае, когда задачей психологической интервенции является нивелирование субъективно-неприятных дезадаптивных переживаний. Когда же речь идет о глубинных внутриличностных проблемах, которые берут свои истоки в прошлом, и последствия которых угрожают благополучию в будущем, то актуальные психические феномены рассматриваются в контексте всей жизни клиента, с анализом прошлого и с прогнозированием будущего.

Таким образом, психотерапевтический принцип «здесь и сейчас», обеспечивая пациентам наиболее полный непосредственный эмоционально-чувственный контакт с реальным миром, все же на практике часто оказывается более эффективным в контексте жизненной перспективы, в сопоставлении с «там и тогда». На отдельных этапах психотерапевтического процесса, решая конкретные задачи, например, связанные с лечением острой тревоги, психотерапевт использует принцип «здесь и теперь», фиксируя настоящее, которое не содержит в себе оснований для страхов и тревог. Однако, сталкиваясь с

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 неквантифицируемым 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. ИМАТОН. 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 ТПИ (ТПИ-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 невротоподобную 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 ГБКУЗ 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 индивидуалистичности 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 патопсихологии в современных условиях по-прежнему предполагают оценку не только нарушенных, но и сохранных сторон психической деятельности и личности в процессе активной психодиагностики, реабилитации и психокоррекции. Широкий спектр применяемых подходов и методов направлен на уточнение возможностей актуализации сохранных 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 ведётся 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 (ФСКД).

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 возрастнo-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. Скептические отношения 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

СИНДРОМОМ С ПОЗИЦИИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Благодарова М.В., Троицкая Л.А.

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

mblagodarova@mail.ru

Ключевые слова: туберозный склероз, детская нейропсихология, нарушения психического развития, генетическая патология.

EVALUATION OF COGNITIVE FUNCTIONS IN CHILDREN WITH GENETIC SYNDROME FROM THE POSITION OF THE NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH

Blagodarova M.V., Troitskaya L.A.

Pirogov RNRMU, Moscow, Russia

mblagodarova@mail.ru

Key words: tuberous sclerosis, pediatric neuropsychology, disorders of mental development, genetic pathology.

Экспериментально-исследовательская работа направлена на изучение психологического профиля детей с генетическим заболеванием – туберозный склероз. В 85% случаев туберозный склероз сопровождается нарушениями со стороны ЦНС, а именно: эпилепсией, аутизмом, когнитивными и поведенческими нарушениями. У 50% процентов детей, страдающих данным заболеванием, диагностируется умственная отсталость разной степени выраженности. Неравномерный характер нарушений психических функций от нормы когнитивного развития до умственной отсталости разной степени выраженности затрудняет возможности выявления специфических для данного генетического синдрома когнитивных и поведенческих нарушений с позиции нейропсихологического подхода. Актуальность данной работы соотносится с тяжелой инвалидизацией при данном заболевании и отсутствием эффективных средств лечения. В отечественной и зарубежной литературе отсутствуют методы диагностики и диагностические критерии оценки ВПФ у детей с генетическим синдромом, который предполагает специфичный интеллектуальный дефицит, носящий неравномерный характер. Соответственно отсутствуют и данные о состоянии ВПФ, необходимые для определения актуальной и ближайшей зоны развития, составления программ обучения и коррекции. В данной работе представлено применение диагностических методик исследования ВПФ при туберозном склерозе и анализ полученных данных с учетом фактора возраста.

Материал и методы. В исследовании применялась методика «Профиль психического

развития», разработанный Троицкой Л.А., Малаховой Н.Е. и др. для детей с умственной недостаточностью, позволяющий дать количественную и качественную оценку состоянию отдельных сфер психической деятельности (сферы общения, эмоционально-волевой, двигательной сферы, речевой деятельности, предметно-конструктивного праксиса и игровой деятельности). Количественная оценка каждой анализируемой психической сферы оценивалась в баллах – 0,1,2,3 балла - в соответствии с параметрами оценки. Для оценки предметно-конструктивной деятельности использовались следующие психологические методики в соответствии с возрастом ребенка:

- «Самое непохожее» (Л.Венгер);
- «Доска Сегена»;
- «Разрезные картинки»;
- «Исключение предметов»;
- «Пирамидка»;
- Нарисуй окружность.

Математическая и статистическая обработка проводилась с использованием критерия U Манна-Уитни для независимых выборок.

Выборку испытуемых составили – экспериментальная группа - 15 детей в возрасте от 6 до 17 лет с диагнозом туберозный склероз (TSC) (по МКБ-10), проходивших лечение в Научно-исследовательском клиническом институте педиатрии им. академика Ю.Е.Вельтищева ГБОУ ВПО "РНИМУ им. Н.И.Пирогова" Минздрава России в отделении психоневрологии (ПНО-1), и 34 ребенка (от 6 до 17 лет) с нормативным развитием – контрольная группа - посещающих массовые общеобразовательные учреждения города Москвы. Для анализа результатов обе группы были разделены на возрастные подгруппы. В первую подгруппу вошли дети возраста от 6 до 7 лет, во вторую – дети возраста от 8 до 17 лет. Экспериментальная группа детей в возрасте от 8 лет до 17 сравнивалась с условной нормой развития высших психических функций для данного возраста. По данным литературы у детей в возрасте от 8 до 17 лет исследуемые сферы психической деятельности функционируют согласно высшей оценке, предусмотренной данной методикой.

Результаты исследования. Количественный и качественный анализ психической деятельности детей с TSC в сравнении с группой нормы в возрасте от 6-7 лет с помощью «Профиля психического развития» показал:

- нарушение коммуникативной функции (трудности в общении, не все дети доступны контакту),
- нарушения эмоционально-волевой сферы (расторможенность, инактивность, эмоциональная лабильность),

- нарушения в игровой сфере (преобладание стереотипных действий игрушками, отсутствие элементов сюжетно-ролевой игры),
- несформированность навыков самообслуживания.

Выявленные нарушения в группе детей с TSC в возрасте от 6-7 (эмоциональная лабильность, инактивность, инертность в игровых действиях, нарушение коммуникативной функции) квалифицируются как нейродинамические и определяются недостаточностью функционирования 1 функционального блока мозга- энергетического блока (глубинные структуры). Поражение глубинных структур мозга в соответствии с клинической картиной туберозного склероза возникает вследствие образования туберов. Количественный и качественный анализ психической деятельности детей с TSC в сравнении с группой нормы в возрасте от 8-17 лет с помощью «Профиля психического развития» выявил:

- нарушения в эмоционально-волевой сфере (расторможенность, эмоциональная лабильность);
- нарушения в предметно-конструктивной деятельности, в частности в сфере наглядно-образного и формально-логического мышления (искажение процессов обобщения).

Выводы. Выявленные нарушения в группе детей с TSC в возрасте 6-7 лет квалифицируются как нейродинамические и определяются недостаточностью функционирования глубинных структур мозга. Выявленные нарушения в группе детей с TSC в возрасте 8-17 лет свидетельствуют о недостаточной сформированности лобных долей головного мозга.

Литература

1. Микадзе, Ю.В. Нейропсихология детского возраста / Ю.В. Микадзе. -СПб.:Питер, 2008.
2. Туберозный склероз / Под ред. М.Ю. Дорофеевой. — М.: Практическая медицина, 2012, с 19-108.
3. Троицкая Л.А. /Динамика психического развития детей с фенилкетонурией под воздействием медико-психологической коррекции 1993. – 33-58 с.
4. Троицкая Л.А., Малахова Н.Е., Дорофеева М.Ю. /Особенности развития высших психических функций у детей с туберозным склерозом. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2017, с 100-109
5. Gomez M.R.Clinical experience at Mayo Clinic. In: Tuberos sclerosis. 1st ed. by R.Gomez.1979:11-26.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ШИЗОТИПИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ И НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

Горбачевская Н.Л.^{1,2}, Даллада Н.В.^{1,2}, Кобзова М.П.¹, Коржнева А.В.¹, Горюнов А.В.¹

¹ ФГБУ НЦПЗ, Москва Россия

¹ ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

gorbachevskaya@yandex.ru

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, психологические особенности, ЭЭГ-корреляты.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF SCHIZOTYPAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AND THEIR CORRELATES WITH PSYCHOLOGICAL AND NEUROBIOLOGICAL INDICATORS

Gorbachevskaya N.L.^{1,2}, Dallada N.V.^{1,2}, Kobzova M.P.¹, Korzhneva A.V.¹, Goryunov A.V.¹

¹ FSBI MHRC, Moscow, Russia

² FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

gorbachevskaya@yandex.ru

Key words: schizotypal disorder, psychological features, EEG correlates.

Введение. Исследовались клинические проявления, психологические особенности и нейрофизиологические характеристики у пациентов с шизотипическим расстройством личности (ШТР). Анализировались клинические, психологические и электроэнцефалографические (ЭЭГ) особенности заболевания и их изменения с возрастом.

Материалы и методы. В подростковом и юношеском возрасте все пациенты (89 чел.) были обследованы с помощью опросника SPQ, который представляет основные характеристики шизотипического расстройства личности согласно DSM-5 и МКБ-11. SPQ содержит 74 вопроса, которые распределены по девяти подшкалам и охватывают странные убеждения, магическое мышление, необычные перцептивные переживания, идеи отношения, параноидальные мысли/подозрительность, чрезмерную социальную тревогу, отсутствие близких друзей, ограниченный аффект, странное или эксцентричное поведение и странную речь. Дополнительно было исследовано с помощью этого опросника 20 лиц в возрасте 18-25 лет с установленным диагнозом «Расстройство аутистического спектра» (РАС) и 20 лиц с высокими баллами (больше 50) по опроснику SPQ. Для оценки личностных особенностей использовались методика диагностики показателей и форм агрессии Басс и Дарки, «Тест оценки социальных навыков Гольдштейна» (вариант Д.Н.Хломова, О.Ю.Казьминой). Методики исследования психоэмоционального статуса лиц юношеского возраста включали «Личностный опросник Айзенка» и «Методику самооценки психических состояний по Г.Айзенку» и были направлены на оценку таких характеристик психоэмоционального статуса испытуемых, как темперамент, личностные и эмоциональные качества, а также их актуального психического состояния. ЭЭГ-исследование с визуальным анализом и сравнительным топографическим ЭЭГ-картированием было проведено у всех испытуемых с ШТР, в трети

случаев лонгитюдно. Запись ЭЭГ пациентов с ШТР, которые находились на стационарном лечении в НЦПЗ, проводилась в состоянии близком к ремиссии на фоне психофармакотерапии. В связи с возможным влиянием психофармакотерапии на показатели ЭЭГ была исследована группа из 40 подростков с ШТР (10-16 лет), не получавших терапию. В группу ЭЭГ-контроля вошел 41 нормотипичный испытуемый, исследованный лонгитюдно в возрасте от 7 до 18 лет: в 7-8, 10-11, 13-14 и 15-18 лет. Все ЭЭГ-исследования у пациентов юношеского возраста проводились в лаборатории нейрофизиологии при помощи 16-канального электроэнцефалографа фирмы «NeuroKM» (Россия). Помимо визуального анализа проводилось топографическое ЭЭГ-картирование в сравнении с нормативной базой ЭЭГ-данных. Нормативная база ЭЭГ-данных была собрана сотрудниками лаборатории нейрофизиологии НЦПЗ в период с 1986 г. по 2010 г.г. и в настоящее время включает более 1000 электроэнцефалограмм, записанных в массовых общеобразовательных школах г. Москвы преимущественно лонгитюдно в течение 3-х - 10 лет. Для того, чтобы определить, насколько отличается от нормативных данных ЭЭГ детей с нарушением развития, использовалась Z-статистика. Для этого для каждой ЭЭГ-записи строится автоспектр, затем значения автоспектров ЭЭГ-записей испытуемых с нарушением развития сравниваются для каждого значения частоты в заданном частотном диапазоне со значениями автоспектров ЭЭГ-записей здоровых детей и подростков того же возраста (с шагом в 6 месяцев). Результат сравнения представляет собой величину стандартного отклонения. Значение стандартного отклонения больше 2-х свидетельствует о достоверном различии между автоспектрами ЭЭГ пациента и суммарными данными ЭЭГ группы здоровых испытуемых того же возраста и пола.

Результаты и их обсуждение. 1. Особенности когнитивного функционирования пациентов с ШТР. У лиц с ШТР, заболевших в подростковом возрасте, были выявлены психологические изменения, включающие как некоторый дефицит когнитивных процессов, так и особые личностные нарушения, приводящие к снижению уровня социальной адаптации. Однако, нарушение мнестических процессов проявлялось только на инициальных этапах запоминания и было связано с трудностями включения в деятельность и умеренно сниженным объемом произвольного внимания. При этом не было выявлено нарушения мышления у юношей с ШТР.

2. Эмоционально-личностные характеристики группы пациентов с ШТР. По данным методики Басса-Дарки юноши с ШТР в сравнении с контрольной группой демонстрировали более низкую самооценку, повышенное чувство обиды и более низкий уровень физической агрессии. Они критически относились к своим социальным навыкам, оценивая их ниже, чем у сверстников. Эти личностные особенности коррелировали с неуспешностью социальной адаптации подростков с ШТР в юношеском возрасте. Результаты исследования

психоэмоционального статуса (личный опросник Айзенка) показали, что юноши с ШТР имеют более высокие значения показателя «нейротизм» и не отличаются от нормы по показателю «психотизм». Для юношей с ШТР, имеющих клинический диагноз «РАС», было выявлено достоверное снижение значений по показателю «экстраверсия». Самооценка психических состояний по этому опроснику также выявила достоверно повышенные значения по показателям «ригидность», «фрустрация» и «тревожность», особенно в группе с РАС. Катамнестическое исследование групп показало, что успешность выхода в ремиссию не связана с уровнем когнитивных нарушений. По показателям мышления была отмечена положительная возрастная динамика, и в юношеском возрасте пациенты не отличались по ним от здоровых сверстников. Отмечалась положительная динамика по показателям «уровень обобщения», «избирательность», только показатель «продуктивность» оказался сниженным и в юношеском возрасте.

3. Сравнительное нейрофизиологическое исследование здоровых детей и подростков с ШТР.

3.1. Визуальный анализ типологии ЭЭГ. Во всех возрастных группах контрольной выборки преобладал организованный тип ЭЭГ, по классификации Е.А.Жирмунской [2]. Он характеризуется доминированием альфа-ритма в затылочных зонах коры (амплитуда не ниже 40 мкВ, индекс выше 50%) и невысоким уровнем медленноволновой активности, не превышающей по амплитуде основной фон. Частота десинхронного (низкоамплитудного) типа не превышала 10% и сохранялась неизменной в течение жизни. Этот тип ЭЭГ характеризуется сниженной амплитудой колебаний, часто сочетается с отдельными фрагментами разнообразной ритмической активности низкой амплитуды (ниже 30 мкВ), альфа-индекс не превышал в этой группе 30%. Дезорганизованный тип с наличием альфа-ритма был максимально представлен в возрасте 8-11 лет и к 16-18 годам практически у всех испытуемых трансформировался в организованный тип ЭЭГ за счет достоверного снижения уровня медленной активности. В группе пациентов с ШТР, по данным визуального анализа ЭЭГ, 32,6 % испытуемых имели организованный тип ЭЭГ. Чаще всего, в 59,2 %, регистрировался дезорганизованный тип ЭЭГ с наличием альфа-ритма, который характеризовался высоким процентом медленных колебаний при наличии альфа-активности. В отличие от нормотипичных детей, у подростков с ШТР и в старшем возрасте (17 лет и старше) мог сохраняться дезорганизованный тип ЭЭГ с наличием альфа-ритма.

3.2. Спектральный анализ характеристик биоэлектрической активности головного мозга у пациентов с ШТР. Сравнение с возрастной нормой спектральных характеристик ЭЭГ выявило умеренный дефицит возрастных компонентов альфа-ритма и увеличение частоты встречаемости низкочастотного альфа-компонента. В 60% случаев отмечалось увеличение

значений спектральной плотности и индекса бета-1-активности, а в 30 % случаев еще и бета-2-активности. Уровень медленной активности превышал норму у 40% испытуемых с ШТР. Сравнение показателей ЭЭГ с возрастной нормой с помощью Z-статистики показало, что ЭЭГ пациентов юношеского возраста с ШТР отличается от ЭЭГ испытуемых из группы «возрастной нормы» повышенным содержанием медленной активности. Обнаружено достоверное увеличение дельта-активности в полосе 1-4 Гц максимально в лобно-височных отведениях. Также был повышен и индекс бета-активности в центральных и лобно-височных отведениях, максимально - в полосе 22-28 Гц. При этом отмечался дефицит активности альфа-полосы частот в затылочных и лобно-центральных отведениях в полосе 9-11 Гц.

3.3. Исследование корреляции спектральных характеристик ЭЭГ с психологическими показателями показало, что уровень бета-активности частотой 17-27 Гц у пациентов с ШТР отрицательно коррелирует с объемом непосредственного запоминания и способностью к обобщению и положительно - с показателями агрессивности.

Обсуждение. Исследования биоэлектрической активности головного мозга у пациентов с ШТР показали определенные особенности функционирования мозга, характерные для этой клинической группы. Принято считать, что дезорганизованный тип ЭЭГ отражает органические микроструктурные поражения различных отделов головного мозга, в том числе резидуального характера [1, 2]. В данном исследовании было показано достоверное увеличение уровня медленной активности как по данным визуального анализа, так и по данным спектрального анализа ЭЭГ. Часто в ЭЭГ эти изменения по органическому типу были акцентированы в затылочных областях, что могло быть связано с дисциркуляторными нарушениями в бассейне позвоночных артерий [3]. Клиническими проявлениями дисциркуляторных нарушений могут быть повышенная утомляемость, раздражительность, СДВГ, повышенная чувствительность к гипоксии. Повышенный уровень бета-активности и тета-активности может свидетельствовать о неоптимальном состоянии различных звеньев регуляторных систем головного мозга. Так, по данным исследования Мачинской Р.И. [4], склонность к девиантному поведению у подростков коррелировала с увеличением уровня тета-активности в полосе 6-8 Гц, что связывают с дисфункцией лимбических структур головного мозга (передняя цингулярная кора). Дисфункция лимбических структур на поведенческом уровне, по данным авторов, может проявляться в виде нарушения «эмоциональной памяти», что может создавать определенные трудности в межличностных отношениях. Нарушения лобно-базального происхождения проявлялись повышенным уровнем высокочастотного бета-ритма с преобладанием в передних отделах головного мозга. Клиническими проявлениями при таких нарушениях деятельности мозга могут быть депрессивные расстройства, повышенный уровень тревожности, эмоциональные нарушения.

Повышенный уровень бета-активности в лобных зонах коры головного мозга характерен также для детей и подростков с аутистическими расстройствами, что может говорить о нозологической близости этих нарушений функционирования мозга. Особенности функционирования фронто-таламической системы, которая «обеспечивает когнитивный контроль поведения и умственной активности», в ЭЭГ проявляется в увеличении уровня низкочастотной тета-активности в полосе 4-6 Гц в лобно-центральных зонах коры головного мозга, что было характерно для части испытуемых нашей группы.

Заключение. Таким образом, комплексное исследование биоэлектрической активности головного мозга у пациентов с ШТР показали определенные особенности функционирования центральной нервной системы, характерные для этой клинической группы. Дальнейшее исследование должно быть нацелено на дифференцированный анализ разных клинических форм этих расстройств.

Литература

1. Благосклонова Н.К., Новикова Л.А. Детская клиническая электроэнцефалография. Москва, 1994. 204 с.
2. Жирмунская Е.А. Клиническая электроэнцефалография. Москва, 1991, 77 с.
3. Пахомова М.П., Баринаева В.С. ЭЭГ-корреляты синдрома вертебро-базиллярной недостаточности. // Нейрофизиологические основы формирования психических функций в норме и при аномалиях развития. М., 1995. С.46.
4. Мачинская Р.И., Захарова М.Н., Ломакин Д.И. Регуляторные системы мозга у подростков с признаками девиантного поведения. Междисциплинарный анализ. // Физиология человека. 2020. Т.46. №3. С.37-55.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ БЛИЗНЕЦОВ, ЗАЧАТЫХ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Суркова К.Л., Строгова С.Е., Зозуля С.А., Зверева М.В.,
Балакирева Е.Е.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва

nwzvereva@mail.ru

Ключевые слова: близнецы, экстракорпоральное оплодотворение, нейроиммунотест, нейропсихологическая диагностика, коэффициент интеллекта.

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE DEVELOPMENT OF TWINS CONCEIVED USING ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY: A PSYCHOLOGICAL AND IMMUNOLOGICAL APPROACH

Zvereva N.V., Sergienko A.A, Surkova K.L, Strogova S.E., Zozulia S.A, Zvereva M.V.,
Balakireva E.E.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Keywords: twins, in vitro fertilization, neuroimmunotest, neuropsychological diagnostics, IQ.

Введение. С конца 20-го века в мире успешно осуществляется одна из процедур вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ), а именно экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Каждый год рождается от 15 до 25 тысяч детей зачатых с помощью ВРТ, а в целом в мире проживает не менее 10 млн человек, зачатых с помощью ВРТ, преимущественно ЭКО. В научной и популярной литературе содержатся противоречивые данные о том, имеется или нет постнатальное нарушение психомоторного, когнитивного, речевого и эмоционального развития таких детей [6]. Основные исследования касаются факторов риска, связанных с многоплодной беременностью, поскольку в первые десятилетия применения процедур ЭКО в рамках ВРТ осуществлялись подсадки преимущественно нескольких эмбрионов.

Известно, что дети в многоплодной беременности, как правило, рождаются с меньшим весом, часто на более ранних сроках гестации, нередко с помощью кесарева сечения – все эти факторы относятся к группе рисков для последующего развития здорового ребенка. Очевидно, что не все близнецы имеют отклонения в развитии [1], это актуально и для детей, зачатых с помощью ЭКО. В значительной части статей приводится только оценка раннего развития (период новорожденности и младенчества, а также раннее детство). Получены данные, что имеются некоторые изменения веса новорожденных (уменьшенный при зачатии с помощью ЭКО), отмечается негрубое отставание психофизического развития, которое в значительной части случаев преодолевается обычно к 1,5 годам жизни, в то же время есть риски развития разнообразной патологии, усиливающиеся при недоношенности детей, зачатых с помощью ВРТ [3, 4]. Изучение подросших детей ЭКО показывает, с одной стороны, что это – обычные дети, которые в дальнейшем становятся обычными взрослыми, с возможностью иметь свое зачатое естественным путем потомство. Можно полагать, что факторы риска становятся более действенными, если беременность многоплодная. При планировании данного исследования – мультидисциплинарного изучения когнитивного и эмоционально-личностного развития детей, зачатых с помощью ВРТ, было обращено внимание на все случаи полиплодной

беременности. В качестве основного поставлен вопрос – каковы базовые характеристики развития у близнецов, если анализировать нейропсихологические факторы, показатели IQ и показатели иммунного воспаления. Работа выполнена в рамках научной тематики ФГБНУ НЦПЗ [2]. Из всей выборки исследованных детей-ЭКО (более 80 человек) мы анализируем в этой публикации только детей, родившихся в двойнях и в тройнях.

Цель исследования: выявить сходные и различающиеся показатели нейропсихологической диагностики, IQ и показателей нейроиммунотеста у близнецов, зачатых с помощью ВРТ.

Материалы. Испытуемые: в исследование было включено 13 пар близнецов и 2 тройни, зачатых с помощью ВРТ, всего 34 ребенка (29 мальчиков) от 3 до 11,5 лет. Путем ЭКО было зачато 11 двоен и 1 тройня (всего 25 детей), путем ИКСИ – 9 детей (2 двойни и одна тройня). Количеству подсадок до успешной беременности: от 1 до 2 – 16 детей, от 3 до 4 – 12 детей, от 5 до 6 – 4 ребенка, 10 подсадок – 3 ребенка (одна тройня). Способ родоразрешения: кесарево сечение – 32 ребенка; естественные роды – 2 ребенка (доношенные близнецы). Вес при рождении: свыше 2,5 кг (норма) – 16 детей; 2-2,5 кг – 10 детей; от 1,5 до 2 кг – 4 ребенка; от 1 кг до 1,5 кг – 4 ребенка. Значимыми могут оказаться и другие параметры (доношенность/недоношенность, возраст матери при рождении и др.), в частности, часть детей из двоен родились раньше срока с малым весом.

Клинический статус: 14 из всех детей близнецов имеют неврологическую отягощенность в анамнезе; у 5 детей установлен психиатрический диагноз.

Методы: нейропсихологическая диагностика, тест Векслера [2], нейроиммунотест [5], клиническая оценка.

Результаты. По результатам нейропсихологической диагностики оценивался уровень функциональной сформированности нейропсихологических факторов, усредненные данные, ассоциируемые с корковыми и подкорковыми нарушениями в близнецовых парах, общий усредненный бал (корковые и подкорковые нарушения). Сопоставление близнецов внутри пар показало, что имелась «разница» (у одного лучше у другого хуже в близнецовой паре) обобщенного нейропсихологического показателя – 8 двоен и 2 тройни; без значительной разницы – 2 двойни (одинаково хорошо сформированные факторы), 2 двойни (одинаково плохо сформированные факторы). Значение веса при рождении важно: чем меньше вес, тем хуже общий показатель функциональной сформированности оцениваемых факторов. Самый низкий общий результат по нейропсихологическим пробам получен в случае функциональной несформированности у детей как корковых, так и подкорковых структур. Дети с психической патологией по общей нейропсихологической оценке пары оказались все с неравномерным уровнем дефицитарности факторов.

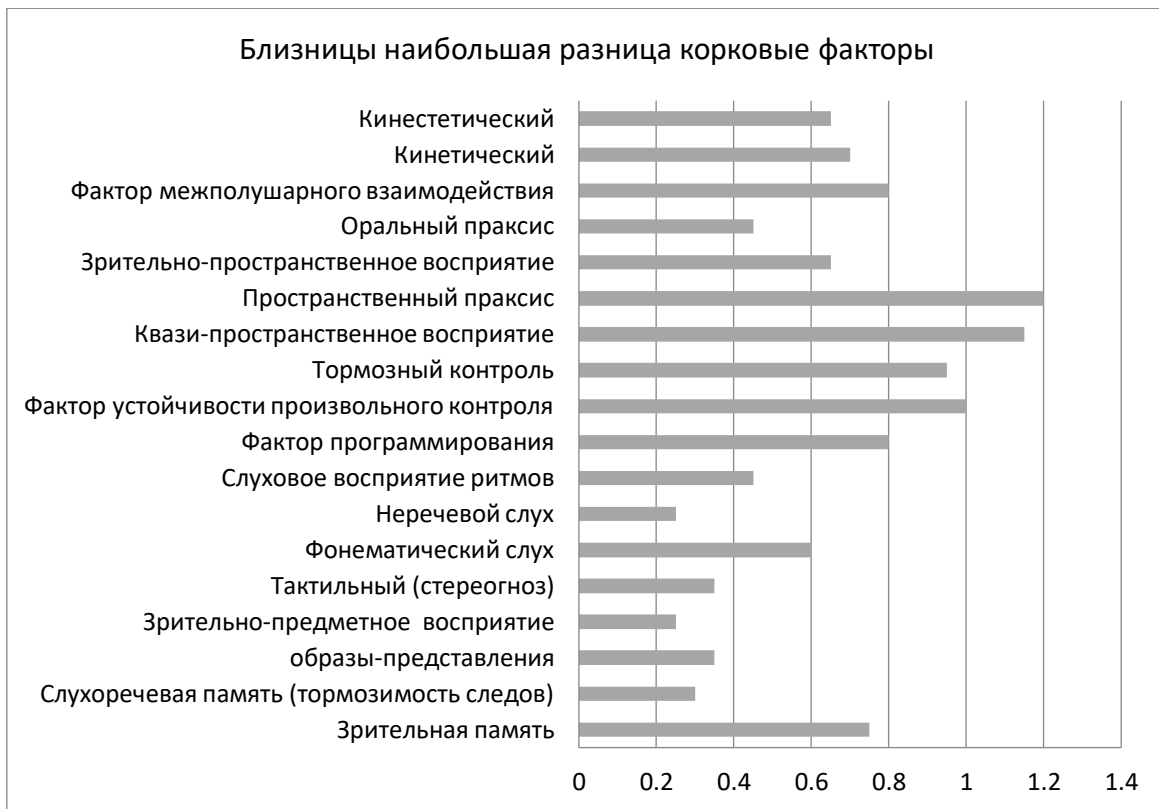


Рисунок 1. Разница в баллах по основным факторам внутри пар близнецов.

Наибольшие различия в парах выявлены по следующим составляющим: 1) пространственный фактор (пространственный праксис и квазипространственное восприятие); 2) фактор контроля и программирования собственных действий, 3) фактор межполушарного взаимодействия и энергетический фактор (симптомы, в основном, соотносятся с функциональным состоянием диэнцефальных структур головного мозга).

Оценка по IQ (тест Векслера) показала, что по всей группе имеет место широкий разброс IQ от 67 до 137, от уровня дефекта (один ребенок с пограничным уровнем) до очень высокого. В большинстве случаев отсутствует диссоциация показателей интеллекта, ВИП=НИП 16 (1 тройня и у всех IQ на среднем уровне), у 8 человек есть перевес в ту или иную сторону (ВИП>НИП 3, ВИП<НИП 5 (2 ребенка из тройни, у третьего ВИП=НИП)). При сравнении в близнецовых парах получены следующие результаты: «разница» по ОИП (один лучше, другой хуже более чем на 10 баллов) – 8 близнецовых пар (1 тройня и 7 двоен); одинаковый показатель ОИП (разница менее чем 10 баллов) – 3 близнецовые пары (1 тройня и 2 двойни). Дети с психической патологией, как правило, имели более низкий уровень интеллекта. Важно, что снижение показателя ОИП ниже 75 баллов сочетается с высоким общим усредненным показателем нарушений по данным нейропсихологической диагностики.

Нейроиммунотест. Предварительный анализ позволил выявить четыре различных иммунологических профиля анализируемых показателей, характеризующие различную интенсивность воспалительного процесса (от нормы до выраженного воспаления). В данном

сообщении проанализирована частота встречаемости выделенных профилей у детей и подростков из близнецовых пар и троен, зачатых с помощью ВРТ.

Таблица 1.

Частота встречаемости вариантов в группе близнецов

Уровень воспаления	выраженное	умеренное	незначительное	норма
Частота в группе (абс. число и %)	2 (5%)	8 (23%)	20 (59%)	4 (13%)

В целом по группе отмечается значительная вариабельность значений воспалительных маркеров, выходящих за пределы контрольного диапазона.

Более 50% обследованных (7 пар двоен) имели незначительный, а примерно 20% детей - умеренный уровень активации воспалительных реакций по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Выраженное воспаление у обоих детей-близнецов в одной паре не встречалось ни разу, хотя были случаи совпадения близнецов по наличию умеренного или незначительного уровня воспаления в 2-х парах близнецов.

Резюме. Проведенный комплексный анализ данных психологической и нейроиммунологической диагностики детей-близнецов, зачатых с помощью ВРТ, показывает, что имеется разнообразие по всем оцениваемым направлениям. Поскольку исследование является одним из первых в данном ключе, то необходимо выделить важные направления для будущей работы: сопоставить детей-близнецов с естественным зачатием с изучаемой группой детей-ЭКО, более подробно проанализировать факторы риска, провести интегративную оценку изучаемых показателей, включая факторы пола детей, возраста родителей и др. и новые процедуры математической оценки полученных данных.

Литература

1. Виленская Г. А. и др. Близнецы от рождения до трех лет // М.: Когито-центр. – 2002.
2. Зверева Н. В., Суркова К. Л., Сергиенко А. А., Строгова С. Е., Зверева М. В. Особенности психоречевого развития детей, зачатых с помощью ЭКО и родившихся в многоплодной беременности / Материалы конгресса Здоровые дети Материалы VI Национального конгресса с международным участием 8 «Здоровые дети — будущее страны» Forcipe том 5 Спецвыпуск 2 2022 eISSN 2658-4182, с. 217-218
3. Кешишян Е. С., Царегородцев А. Д., Зиборова М. И. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2014. – Т. 59. – №. 5. – С. 15-25.
4. Клещенко Е.И., Жданова И.А., Лукиша А.И. Состояние здоровья детей при многоплодной беременности после ЭКО. Материалы первого международного конгресса по перинатальной медицине и VI ежегодного конгресса РАСПМ. М. 2011. 94 с
5. Ключник Т.П., Зозуля С.А., Андросова Л.В., Сарманова З.В., Отман И. Н., Пантелева Г.П., Олейчик И.В., Копейко Г.И., Борисова О.А., Абрамова Л.И., Бологов П.В., Столяров С.А. Лабораторная диагностика в мониторинге пациентов с эндогенными психозами («Нейро-иммунотест»): Медицинская технология. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016.
6. Проватар Н. П., Кузьмин В. Н., Каширская Е. И., Пименова Н. Р. Анализ состояния здоровья детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // Лечащий Врач. 2022; 5-6 (25): 54-56. DOI: 10.51793/OS.2022.25.6.009.

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЧЕМЫСЛИТЕЛЬНЫХ
ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ
РЕАБИЛИТАЦИИ**

Казицева В.О.^{1,2}, Гуткевич Е.В.^{2,3}

¹ ФГАОУ ВО СВФУ им М.К. Аммосова, Якутск, Россия

kazitseva@bk.ru

² ФГАОУ ВО НИТГИ Томск, Россия

gutkevich.elena@rambler.ru

³ ФГБУ НИИПЗ «ТНИМЦ РАН», Томск, Россия

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, речемыслительные процессы, реабилитация, абилитация.

**PROBLEMS AND PROSPECTS OF RESEARCH OF SPEECH-THINKING PROCESSES
IN CHILDREN AFTER COCHLEAR IMPLANTATION IN THE PROCESS OF
REHABILITATION**

Kazitseva V.O.^{1,2}, Gutkevich E. V.^{2,3}

¹ FSAEI «М.К. Ammosov NEFU», Yakutsk, Russia

kazitseva@bk.ru

² FSAEI HE «NRTSU», Tomsk, Russia

gutkevich.elena@rambler.ru

³ FSBI MHRI «TNRMC of RAS», Tomsk, Russia

Keywords: cochlear implantation, speech - thinking processes, rehabilitation, habilitation.

Заболевание слухового анализатора на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных проблем медицины. По статистике ВОЗ на 2022 год более 34 миллионов детей нуждаются в реабилитации для решения проблемы «инвалидизирующей» потери слуха. Наиболее часто встречающимся заболеванием слухового анализатора является двусторонняя тугоухость IV степени (сенсоневральная тугоухость). При сенсоневральной тугоухости или нейросенсорной потере слуха происходит дефицит работающих невральные элементы на различных уровнях слухового анализатора [2]. Среди детей с данными диагнозами 42% используют кохлеарный имплант. Кохлеарная имплантация предполагает хирургическое вмешательство, при котором происходит вживление электродов во внутреннее ухо, за счет

чего внешний речевой процессор преобразует звук, поступающий на микрофон. Электронная часть имплантата генерирует электрические импульсы на контактах электродного массива, установленного во внутреннем ухе, что приводит к возбуждению нейронов спирального ганглия, таким образом звуковая информация передаётся по проводящим путям слухового анализатора в корковые отделы, что дает возможность слышать [10]. Информация, поступающая ребенку с помощью слухового анализатора, которая ранее была недоступна, «проходит» через те психические процессы, которые уже были адаптированы на получение информации по другим каналам. При этом ставится вопрос о перестройки всей психической сферы ребенка, который из «безмолвного мира входит в мир звуков» [5].

Изучением психологических особенностей детей после кохlearной имплантации занимались такие исследователи как Королева И.В., Божович Л.И., Леонтьев А.А., Петровский А.В., Л.И. Новиков, А.Н. Белоконь, М.Р. Богомильский, Н.А. Дайхес и другие [1]. Они отмечали, что важным показателем адаптационной перестройки организма в послеоперационный период является повышение защитных свойств и способность осуществлять быструю и эффективную мобилизацию организма, из чего следует, что адаптация детей с кохlearным имплантом к новым слухоречевым условиям базируется на психофизическом состоянии, которое выражается в различных изменениях нервной системы: изменения когнитивных процессов, моторной деятельности, поведения в целом. Для детей после кохlearной имплантации момент включения в речевую среду является важным для речевого развития и оптимальной средой для прохождения реабилитации, требующей комплексного медико-психологического подхода по развитию как когнитивной, так и эмоциональной сферы ребенка [6]. Оптимальным подходом в реабилитации детей после кохlearной имплантации является перевод на путь естественного развития слухового восприятия и спонтанного развития речи в естественной коммуникации с близкими («ЗП – реабилитация»), где главным ориентиром в работе выступает ранний онтогенез – развитие ребенка без нарушения слуха до первого года жизни [8].

Задача настоящей публикации - рассмотрение проблем и перспектив исследования речемыслительных процессов у детей после кохlearной имплантации в процессе реабилитации. Проблемным моментом в изучении речемыслительных процессов у детей после кохlearной имплантации является влияние многих факторов на успешность реабилитации. К данным факторам относятся: физические и физиологические возможности ребенка, психическое развитие, общий эмоциональный фон ребенка, наличие речевой среды (близкое окружение, семья) и общий психологический фон в учебном (реабилитационном) учреждении и другие. Исходя из этого, изучение особенностей формирования и развития речемыслительных процессов у детей после кохlearной имплантации должно содержать

комплексное исследование всех перечисленных сфер.

Речемыслительный процесс представляет собой систему, которая включает в себя мышление, внутреннюю и внешнюю речь, где главная функция речи – формирование и выражение мышления с помощью языковых средств. На формирование и развитие данного процесса влияет развитие психики в целом. Под развитием психики подразумевается развитие тех процессов, которые влияют на адекватное восприятие реальности и правильное взаимодействие с внешним миром [3]. В связи с этим, необходимым этапом исследования является выявление психического статуса ребенка, как по неврологическому заключению (которое включает в себя анамнез и заключение после диагностики состояния нервной системы, основанный на регистрации биоэлектрических потенциалов коры головного мозга), так и с помощью методов нейропсихологического обследования когнитивной сферы ребенка. Методы нейропсихологического обследования включают в себя описание общей характеристики ребенка (воспроизведение личных данных, отвлекаемость, эмоциональная возбудимость и т.д.), исследование нейродинамики психической деятельности (корректирующая проба, таблица Шульте), исследование движений и действий (оральный праксис, динамический праксис и др.), исследование гнозиса, исследование речевых функций, памяти, мышления [4]. Дополнением к описанию психического статуса ребенка выступает оценка нервно-психического напряжения с помощью теста цветовых отношений Люшера.

Высшие психические функции, которые развиваются у человека в процессе онтогенеза, имеют возможность формирования при включении человека в общественную, семейную жизнь (социум) [7]. Следовательно, следующим этапом исследования выступает анализ семейных взаимоотношений с помощью методики Эйдемиллера Э.Г. и Юстицкиса В.В. Результаты диагностики семейных взаимоотношений укажут на степень контакта ребенка с ближним окружением, что является одним из главных факторов в реабилитации ребенка после кохлеарной имплантации. В качестве дополнительного метода может выступить анализ рисунка семьи.

Для прохождения успешной реабилитации и абилитации ребенка после кохлеарной имплантации необходимым условием является сурдологическая, коррекционная, педагогическая и психологическая работа [9]. Поэтому в исследование включен анализ частоты и эффективности контакта сотрудников реабилитационных (учебных) учреждений с ребенком и семьей с помощью опросного метода (анкетирование), а также оценка эмоционального состояния сотрудников (уровень тревожности и наличие или отсутствие эмоционального выгорания).

Таким образом, работа по исследованию речемыслительных процессов должна содержать комплексную диагностику всех факторов, которые влияют на реабилитацию и

абилитацию детей после кохlearной имплантации. Был выделен следующий комплекс методов исследования: оценка неврологического и нейропсихологического статуса ребенка, анализ семейных взаимоотношений, степени контакта специалистов с ребенком и семьей, оценка эмоционального состояния сотрудников. Установление данных параметров и их взаимосвязей позволит учесть факторы, участвующие в развитии и формировании речемыслительных процессов у детей после кохlearной имплантации для построения комплексного плана реабилитационного процесса.

Литература

1. Бутаева Ш. Ч. Психологические особенности развития мышления и речи детей с нарушениями слуха в условиях инклюзивного образования / Ш. Ч. Бутаева // Наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения. 2021. С. 238-240.
2. Всемирная организация здоровья. (2022, 2 марта). «ВОЗ выпустила новый стандарт для борьбы с растущей угрозой потери слуха». Извлечено из <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-who-releases-new-standart-to-tackle-rising-threat-of-hesring-loss>
3. Гайсина, Л. Р. Процесс изучения речемыслительной деятельности у школьников с нарушением интеллекта / Л. Р. Гайсина, Р. Г. Зиятдинова // Российский журнал социальных наук. – 2021. – № 1(1). – С. 12-16.
4. Глозман, Ж. М. Нейропсихология детского возраста: учебное пособие / Ж. М. Глозман. — 2-е изд. — Саратов: Вузовское образование, 2019. — 253 с.
5. Казицева, В. О. Психологические особенности детей после кохlearной имплантации / В. О. Казицева // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2018. – Т. 9, № 10. – С. 54-64.
6. Конева Е.В., Солондаев В.К. Психологические факторы речевого развития дошкольников// Психологические исследования. 2020. Т. 13, № 71, С. 2.
7. Кукушкина, Р. Реабилитация детей с кохlearным имплантом как перевод на путь естественного развития слухового восприятия, коммуникации и речи / Р. Кукушкина, Е. Л. Гончарова // Вестник оториноларингологии. – 2018. – Т. 83, № 2. – С. 26-29.
8. Реабилитация в системе здравоохранения: руководство к действиям [Rehabilitation in health systems: guide for action]. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2021 г.
9. Татарникова, Н. Д. Взаимодействие врача-сурдолога и сурдопедагога при организации сопровождения детей с нарушением слуха в рамках центра реабилитации / Н. Д. Татарникова // Экспериментальная и клиническая оториноларингология. – 2020. – № 2(3). – С. 32-34.
10. Туфатулин Г.Ш., Королева И.В., Мефодовская Е.К. Эпидемиология нарушений слуха у детей: распространенность, структура, аспекты слухопротезирования и социальные факторы. Вестник оториноларингологии. 2021; 86(3):28–35.

ОСОБЕННОСТИ ОКУЛОМОТОРНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ВЕРНОМ И НЕВЕРНОМ РАСПОЗНАВАНИИ ЛИЦЕВОЙ ЭКСПРЕССИИ

Мухитова Ю.В., Исаева Е.Р., Дмитриев П.И., Лицоева М.П.

ФГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. ак. И.П.Павлова,

СПб ГБУЗ ПБ№1 им. П.П.Кащенко,

Санкт-Петербург, Российская Федерация,

che88@mail.ru

Ключевые слова: окулomotorная активность, шизофрения, распознавание лицевой

экспрессии.

FEATURES OF OCULOMOTOR ACTIVITY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH CORRECT AND INCORRECT RECOGNITION OF FACIAL EXPRESSION

Mukhitova Yu.V., Isaeva E.R., Dmitriev P.I., Litsoeva M.P.

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University,
Kashchenko St. Petersburg Psychiatric Hospital № 1, Saint-Petersburg, Russian Federation

Keywords: oculomotor activity, schizophrenia, facial expression recognition

Введение. распознавание лицевой эмоциональной экспрессии нарушено у больных шизофренией. Трудности в восприятии и адекватной интерпретации эмоциональной экспрессии приводят к снижению коммуникативной функции и ослабление навыков социальной адаптации. С помощью применения метода ай-трекера становится доступным более детальный анализ паттернов движений глаз в процессе исследования восприятия лицевой экспрессии больными шизофренией, что имеет важное значение для разработки диагностических критериев оценки нарушений эмоциональной и когнитивной сфер при шизофрении.

Цель исследования: определение характеристик окуломоторной активности у больных шизофренией и у здоровых при распознавании разной лицевой экспрессии.

Материалы и методы исследования: было исследовано 45 пациентов (24 человек – мужчины (56%), 19– женщины (44%), средний возраст 39 ± 11 лет) с диагнозом шизофрения, параноидная форма, на базе СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко». Контрольная группа включала 59 здоровых испытуемых (15 человек – мужчины (25%), 44– женщины (75%), средний возраст 21 ± 3 лет). Для оценки характеристик окуломоторной активности был использован метод ай-трекера с применением аппаратно-программного комплекса бесконтактной регистраций окуломоторной активности человека (частота камеры 250 Гц, точность $0,3^\circ$, рабочее расстояние камеры 60-85 см, область захвата 32-42 см с расстояния 70 см, диапазон камеры 850 нм (NIR). Для оценки распознавания разных эмоциональных реакций применялись методика “проба на распознавание эмоциональных реакции” (страх, грусть, радость, злость). Расчет математико-статистических данных производился в программе STATISTICA 10.

Результаты и их обсуждения. При верном распознавании больные шизофренией демонстрируют меньшее количество фиксаций ($p < 0,001$), большее минимальное ($p < 0,01$) время и меньшее максимальное ($p < 0,001$) время фиксации, а также большую ширину зрачка

($p < 0,001$). При ошибочном распознавании лицевой экспрессии больные шизофренией достоверно чаще фиксируют свой взгляд на изображении, их минимальное время фиксации короче, а максимальное, наоборот, длиннее, причем, что диаметр зрачка уже. Можно предположить, что больные шизофренией не успевают сфокусироваться на изображении из-за чего им не хватает информации, они делают больше попыток в виде частых фиксаций, после чего соскальзывают в более длительные фиксации, при этом с меньшей когнитивной нагрузкой.

В нормативной группе при правильном распознавании в сравнении с неверным распознаванием исследуемые достоверно чаще имеют большее среднее время ($p < 0,01$), однако меньшее минимальное время фиксации ($p < 0,01$).

Больные шизофренией и нормативная группа различаются по характеристикам окуломоторной активности при ошибочном распознавании: для больных шизофренией характерно учащение количества фиксаций ($p < 0,001$), увеличение минимальных ($p < 0,01$) и в то же время максимальных ($p < 0,001$) фиксаций, тогда как в нормативной группе отмечается тенденция к увеличению минимального времени фиксации при изучении изображения.

Наиболее часто просматриваемой зоной для группы больных шизофренией и нормативной группы является зона правого и левого глаза (зона 3,4), тогда как зона лба (зона 1,2) является наименее «информативной» зоной, как для больных ответивших, верно, так и ошибочно. Более длительные фиксации характерны для зоны глаз (зона 3,4), так и для зоны рта и подбородка (зона 5,6), причем преимущественно именно с левой стороны (зона 5). При исследовании тех эмоций, которые являются наиболее доступными для испытуемых (радость, злость), так и менее доступными (страх), больные шизофренией демонстрируют левостороннюю асимметрию при верном распознавании и правостороннюю при ошибочном распознавании лицевой экспрессии. При распознавании лицевой экспрессии эмоции грусти можно наблюдать левостороннюю асимметрию независимо от эффективности распознавания.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что при эффективном распознавании эмоциональной реакции больные шизофренией меньше времени затрачивают на просматривание лица, время их фиксаций достаточно для того, чтобы определить изображенную эмоцию, тогда как при неверном распознавании количество их фиксаций взгляда учащается, они не успевают сфокусироваться на изображении из-за коротких фиксаций, тем самым застревая на более длительных. При правильном распознавании отмечается левосторонняя асимметрия, а при неверном распознавании лицевой экспрессии больные шизофренией чаще смотрят в правую половину лица и более длительно фиксируют свой взгляд в этой зоне.

Литература

1. Алфимова М. В., Мельникова Т. С. Психофизиология эмоциональных реакций при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2012. № 112. С. 106–113.
2. Ананьева К. И., Барабанщиков В. А., Харитонов А. Н. Эксперимент в психофизике и психологии восприятия. М: Институт психологии РАН, 2010. 165 с.
3. Барабанщиков В. А., Жегалло А. В. Айтрекинг. Методы регистрации движений глаз в психологических исследованиях и практике. М.: Когито-Центр, 2014. 128 с.
4. Барабанщиков В. А. Окуломоторные структуры восприятия. М: Институт психологии РАН, 1997. 384 с.
5. Бутенко В. В. Анализ методов и систем регистрации окуломоторной активности // Технические науки: проблемы и перспективы: материалы IV Международной научной конференции. СПб.: Свое издательство, 2016. С. 1–6.
6. Владимиров А. Д. Методы исследования движений глаз. М.: МГУ, 1972. 99 с.
7. Метакогнитивное функционирование больных параноидной шизофренией сквозь призму эмоционального интеллекта: связь с когнитивным дефицитом, клиническими проявлениями, социальным функционированием и качеством жизни / А. Г. Софронов [и др.] // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. СПб., 2020. № 3. С. 73–82.
8. Ткаченко А. А., Демидова Л. Ю., Бабичева Н. В. Окуломоторная активность как показатель нарушения восприятия и программирования у лиц с шизотипическим расстройством // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. № 118(6). С. 50–57.
9. Хоменко Н. В. Распознавание эмоций и память на лица у пациентов с шизофренией // Психиатрия Психотерапия и клиническая психология. 2012. № 4 (10). С.46–56.
10. Ярбус А. Л. Роль движений глаз в процессе зрения. М.: Наука, 1965. 167 с.
11. Bryson G., Bell M., Lysaker P. Affect recognition in schizophrenia: a function of global impairment or a specific cognitive deficit // Psychiatry Research. 1997. Vol. P. 105–113.
12. Chambon V., Baudouin J. Y., Franck N. The role of configural information in facial emotion recognition in schizophrenia // Neuropsychologia. 2006. Vol. 44. P. 2437–2444.
13. Feinberg T. E., Rifkin A., Schaffer C. Facial discrimination and emotional recognition in schizophrenia and affective disorders // Archives of General Psychiatry. 1986. Vol. 43. P. 276–279.
14. Global visual scanning abnormalities in schizophrenia and bipolar disorder / Bestelmeyer P. E. G., Tatler B. W., Phillips L. H., Fraser G., Benson P. J., Clair St. // Schizophrenia Research. 2006. Vol. 87. P. 212–222.
15. Green M. J. Emotional context processing is impaired in schizophrenia // Cogn. Neuropsychiatry. 2007. Vol.12. P. 259–280.
16. Hooker C., Parks S. Emotional processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients // Psychiatry Res. 2002. Vol. 112. P. 41–50.
17. Kee K. S., Kern R. S., Green M. F. Perception of emotion and neurocognitive functioning in schizophrenia: what's the link? // Psychiatry Research. 1998. Vol. 81. P. 57–65.
18. Kim C. K., Kim S. H., Choe B. M. Symptoms and cognitive function in chronic schizophrenia: 6 Months Follow-up Study // Sleep Medicine and Psychophysiology. 2004. Vol. 11. P. 44–49.
19. Lee K. H., Williams L. M. Eye movement dysfunction as a biological marker of risk for schizophrenia // The Australian and New Zealand journal of psychiatry. 2000. Vol. 34. P. 91–100.
20. Manor B. R., Gordon E., Williams L. M. Eye movements reflect impaired face processing in patients with schizophrenia // Biol. Psychiatry. 1999. Vol. 46. P. 963–969.
21. Minassian A., Granholm E., Verney S. Visual scanning deficits in schizophrenia and their relationship to executive functioning impairment // Schizophr. Res. 2005. Vol. 74. P. 69–79.
22. Morita K., Miura K., Fujimoto M. Eye movement as a biomarker of schizophrenia: Using an integrated eye movement score // Psychiatr. Clin. Neurosci. 2017. Vol. 71. P. 104–114.
23. Schneider F., Gur R. C., Gur R. E. Emotional processing in schizophrenia: neurobehavioural probes in relation to psychopathology // Schizophrenia Research. 1995. Vol. 17. P. 67–75.
24. Sereno, A. B., Holzman, P. S. Express Saccades and Smooth Pursuit Eye Movement Function in Schizophrenic, Affective Disorder, and Normal Subjects // Journal of Cognitive Neuroscience. 1993. Vol. 5. P. 303–316.
25. Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis / S. Van Hooren [et al.] // Schizophr. Res. 2008. Vol. 103. P. 257–265.
26. Thakkar K. N., Diwadkar V. A., Rolf M. Oculomotor prediction: A window into the psychotic mind // Trends Cog. Sci. 2017. Vol. 21. P. 344–356.

27. Williams L. M., Loughland C. M., Harris A. W. Visual scanpath dysfunction in first-degree relatives of schizophrenia probands: evidence for a vulnerability marker? // Schizophrenia Research. 2004. Vol. 67, Issue 1. P. 11–21.
28. Williams L. M., Loughland C. M., Gordon E., Davidson D. Visual scanpaths in schizophrenia: is there a deficit in face recognition? // Schizophrenia Research. 1999. Vol. 40. P. 189–199.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ АТТРИБУЦИЯ И ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ВОСПРИЯТИИ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ КАРТИН

Рупчев Г.Е.^{1,2}, Никонова Е.Ю.^{1,2}, Морозова М.А.^{1,2}, Бурминский Д.С.^{1,2}, Лепилкина Т.А.^{1,2},
Бениашвили А.Г.^{1,2}, Потанин С.С.^{1,2}

¹ ФГБНУ «НЦПЗ», Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия

eniconova@mail.ru,

rupchevgeorg@mail.ru

margmorozova@gmail.com

desbur@gmail.com

lepilkina@hotmail.com

beniashvilia@yandex.ru

potanin_ss@mail.ru

Ключевые слова: социальное познание, модель психического, шизофрения, движение глаз.

EMOTIONAL ATTRIBUTION AND OCULOMOTOR ACTIVITY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WHILE PERCEPTING OF PAINTING

Rupchev G.E.^{1,2}, Nikonova E. U^{1,2}., Morozova M.A.^{1,2}, Burminskiy D.S.^{1,2}, Lepilkina T.A.^{1,2},
Beniashvilia A.G.^{1,2}, Potanin S.S.^{1,2}

¹ FSBI «MHRC», Moscow, Russia

² FSBI HE «M.V. Lomonosov MSU», Moscow Russia

eniconova@mail.ru

rupchevgeorg@mail.ru

margmorozova@gmail.com

desbur@gmail.com

lepilkina@hotmail.com

beniashvilia@yandex.ru

potanin_ss@mail.ru

Keywords: social perception, theory of mind, schizophrenia, eyetracking.

Введение. Снижение уровня социального функционирования у больных шизофренией наряду с прочим связано со значительными нарушениями понимания социального взаимодействия и поведения других людей [4]. Со сферой понимания намерений, убеждений, переживаний другого связывают концепцию Theory of mind (модель психического состояния человека) [2], которая, как показывает ряд работ, нарушена при расстройствах аутистического спектра и шизофрении, имеет устойчивое значение и не зависит от стадии заболевания. Изменения в области социального познания также соотносят с выраженностью изменений в глазодвигательной активности больных шизофренией (изменение плавности прослеживания, невозможность удержания фиксации взора, изменение саккадических движений) [3] при свободном рассматривании изображений или видео фрагментов. Невозможность удержания взора на объектах также сопровождается плохой их дифференциацией на значимые и незначимые элементы, а также излишней фокусировкой на малоинформативных объектах, что впоследствии приводит к ошибкам атрибуции социального взаимодействия.

Цель исследования: выявить особенности движения глаз и вербальных ответов испытуемых в восприятии социальных отношений на малоизвестные жанровые картины между группой здоровых участников и участников с диагнозом шизофрения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 2 группы испытуемых - амбулаторные больные с эпизодической формой течения параноидной шизофрении (F20.0) в состоянии лекарственной ремиссии. Группа 1 – 20 психически здоровых участников (10 мужчин, 10 женщин), в возрасте от 35 до 56 лет (средний возраст 44,15), группа 2 – 20 участников больных параноидной шизофренией (15 мужчин, 5 женщин) в стабильной лекарственной ремиссии, в возрасте от 34 до 69 лет (средний возраст 45,8). Продолжительность заболевания от 6 до 52 лет (средняя продолжительность 24,83). В ходе полного исследования предъявлялось 10 жанровых картин. В данном фрагменте исследования анализируются результаты по картине Э. Даниельсон-Гамбоджи, «После завтрака» (1890г.). Картина выбрана на основании следующих признаков: отсутствие явных указаний на определенное эмоциональное состояние, а также наличие признаков потенциального, но неочевидного, присутствия другого персонажа, которое должно быть считано по косвенным знакам (посуда, недоеденный завтрак, отодвинутый стул). Движения глаз во время просмотра картины регистрировалось с помощью айтрекинга Gazepoint GP3 с частотой 60Hz. После просмотра картины испытуемому предъявлялись две инструкции - «Что здесь происходит?», «Какие эмоции испытывают участники картины?». После прохождения экспериментальной части участники исследования выполняли методику считывания психического состояния по

глазам (Reading the Mind in the Eyes Task - RMET). Для анализа ответов группой экспертов были выделены следующие критерии оценки – эмоциональная оценка картины, когнитивная оценка сюжета картины, считывание присутствия второго персонажа. На основании полученной категориальной сетки производилась оценка ответов участников. Анализ данных глазодвигательной активности включал выделение количества фиксаций, среднего времени фиксаций, средней длины переходов между саккадами, количество фиксаций внутри картины (лицо персонажа, тело, предметы рядом, фон и область вне картины). Статистическая обработка данных проводилась в программе IBM SPSS Statistics 24, для выделения межгрупповых различий применялся критерий согласия Пирсона χ^2 , U-критерий Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Все участники исследования испытывали затруднения с идентификацией эмоций (эмоциональная оценка картины) персонажа с нейтральной эмоцией (неявной). Испытуемые обеих групп были склонны приписывать те или иные эмоции или состояний героине картины. По критерию понимания сюжета (когнитивная оценка сюжета картины) и его описанию между группой здоровых испытуемых и группой больных участников были показаны значимые различия ($\chi^2 = 5.956$; $df = 2$; $p = 0.051$). При анализе ответов было показано, что 40% участников из группы нормы отмечают присутствие на картине второго персонажа, который принимал участие в завтраке (например “Девушка в центре экрана с сигаретой, рядом пустой стул и тоже с прибором, кто-то сидел и ел и рядом сигарета, то есть явно кто-то был”), среди второй группы ни один участник не указал на возможное присутствие другого человека ($\chi^2 = 7.778$; $df = 1$; $p = 0.005$).

Анализ движения глаз показал значимые различия между группами в фиксации на окружающих героиню предметов, участники из группы «норма» больше фиксировались на посуде, расположенной на столе перед девушкой ($U=53$, $p=0.08$), и на рисунках и предметах, расположенных на заднем фоне ($U=2.000$, $p=0.004$). По результатам исследования [1] было показано, что для больных шизофренией характерна менее эффективная переработка зрительной информации и большая фокусировка на лицах в сценах социальных взаимодействий. По значению методики RMET между группами также наблюдается значимое различие ($U=23$, $p=0.005$), указывающие на то, что испытуемые контрольной группы значительно лучше, чем больные, дифференцируют чтение психического состояния другого человека по выражению глаз.

Заключение. Исследование показало, что восприятие эмоций и понимание их социального контекста у больных шизофренией отличается качественным своеобразием, как на уровне глазодвигательной активности, так и на уровнях атрибуции эмоций (в данном случае не-приписывании эмоции) и смыслового конструирования происходящего. Глазодвигательная

активность здоровых участников исследования отличается большей активностью, разнообразием и сложностью, создавая перцептивную «базу» и материал для гипотез с именно социальной направленностью, поиском априорно возможных межличностных коммуникаций. Восприятие пациентов связано с наглядно видимым материалом, без попыток организовать более сложную конструкцию с социальным подтекстом, что отражает базовый дефицит социальной направленности познавательных функций, описанный в классических патопсихологических исследованиях.

Литература

1. Лобачев А.В., Никольская С.А., Корнилова А.А. Айтрекинг в диагностике психических расстройств // Вестн. психотерапии. 2017. № 61 (66). С. 98–112.
2. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Концепция «социального мозга» как основы социального познания и его нарушений при психической патологии. Часть I. Концепция «Социальный мозг» — продукт современной нейронауки // Культурно-историческая психология. 2012. Том 8. № 3. С. 86–94.
3. Сухачевский И.С., Анисимов В.Н., Латанов А.В., Шмуклер А.Б. Глазодвигательные нарушения у больных шизофренией. Социальная и клиническая психиатрия, 28(1):83–89, 2018.
4. Weinreb S., Li F., Kurtz M., A meta-analysis of social cognitive deficits in schizophrenia: Does world region matter? Schizophrenia Research, V. 243, 2022, P. 206-213.

АЙТРЕКИНГ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДДЕРЖАНИЯ ВИЗУАЛЬНОГО ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА И ВЗРОСЛОГО В СИТУАЦИИ ОБУЧЕНИЯ

Смирнова Я.К.

ФГБОУ ВО АлГУ, Барнаул, Россия

yana.smirnova@mail.ru

Ключевые слова: визуальное внимание, обучение, дошкольный возраст, нарушение слуха, айтрекер.

EYE-TRACKING STUDY OF THE FEATURES OF MAINTAINING VISUAL ATTENTION IN CHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENT AND AN ADULT IN A LEARNING SITUATION

Smirnova Y.K.

FSBI HE AISU, Barnaul, Russia

yana.smirnova@mail.ru

Keywords: visual attention, learning, preschool age, hearing impairment, eye tracker.

Введение. Один из важных вопросов в области когнитивного развития детей с нарушением слуха касается того, как организовано их избирательное внимание в процессе обучения [6]. В

целом ряде клинических и эмпирических исследований показано, что дети с нарушением слуха демонстрируют специфические различия в визуальном внимании и совместном внимании во время социальных взаимодействий и обучения по сравнению с типично развивающимися детьми.

Визуальное внимание – процесс, который отбирает, какие детали и информационные признаки попадут в поле зрения человека и на которых следует сосредоточиться, а какие будут игнорироваться и отфильтровываться. Оно позволяет выборочно обрабатывать визуальную информацию посредством её приоритизации в поле зрения так, чтобы фокус внимания двух и более людей не просто был обращен на один и тот же аспект объекта, но и чтобы партнёры по общению были взаимно осведомлены об их совместном участии в данном процессе, понимали намерения другого человека. Это позволяет интегрировать информацию о себе и другом человеке для объединения намерений по отношению к внешнему объекту [1].

Предыдущие исследования демонстрируют, что дети с нарушением слуха имеют особенности визуального внимания во время выполнения учебного задания по сравнению со своими слышащими сверстниками. При этом подчёркивается, что именно взрослый модулирует и поддерживает визуальное внимание ребёнка. Предыдущие исследования показали, что активный контроль и/или сенсомоторные процессы взрослого играют решающую роль в зрительном внимании ребёнка [3, 4, 7, 2, 5]. Внимание взрослого позволяет переструктурировать восприятие ребёнка, сфокусировав его внимание на релевантных задачах элементах [4, 7]. Поэтому важным становится нахождение механизма развития сотрудничества ребёнка с нарушением слуха со взрослым и процесса его поддержания. Необходимо экспериментальное изучение процессов, обеспечивающих саму возможность сотрудничества со взрослым и дальнейшего развития ребёнка с нарушением слуха.

Особую роль играет совместное внимание в процессе обучения детей с нарушением слуха с точки зрения способности поддерживать визуальное внимание. Это обусловлено как более поздним формированием умений использовать средства организации внимания, управления им, в том числе более поздним переходом к внутренним средствам, так и отставанием в развитии речи, способствующей организации и управлению собственным поведением.

Однако недостаточно исследовано, усиливается ли диадическая вовлеченность ребёнка с нарушением слуха в сложные эпизоды совместного внимания во время обучения после кохлеарной имплантации. Актуальным вопросом остаётся вопрос, как визуальное, слуховое и моторное поведение взрослого в процессе обучения связаны с визуальным вниманием ребёнка с нарушением слуха. Отсутствие таких данных является барьером для прогресса в разработке новых и персонализированных вмешательств, чтобы помочь улучшить речь ребенка.

Кохлеарная имплантация является одним из важнейших способов социализации детей с нарушением слуха.

С развитием возможностей метода айтрекинга стало возможно объективно проследить трансформацию перцептивных процессов ребёнка под влиянием обучения, и исследователи всё чаще стали обращаться к вопросу фиксации совместного внимания в процессе обучения [6], что позволяет выявить потенциальные возможности сосредоточения внимания ребенка (с потерей слуха и без этой патологии) в ситуации обучения.

Цель исследования – отследить специфику визуального внимания детей с нарушением слуха в эпизодах совместного внимания со взрослым в процессе обучения с помощью метода слежения за движением глаз.

Материалы и методы. Выборку исследования составили дошкольники в возрасте от 4 до 6 лет, из них 7 дошкольников с нарушением слуха (сенсоневральной тугоухостью, класс Н90 по МКБ-11; средний порог слухового восприятия на частотах 0,5, 1, 2 и 4 кГц — более 90 дБ), 6 девочек, 1 мальчик, средний возраст 5,2 года. Кохлеарная имплантация производилась в возрасте трех лет. Выборка уравнивается по времени возникновения слухового дефекта, по педагогическим условиям и по времени проведения кохлеарной имплантации.

Контрольную группу составили типично развивающиеся дошкольники 4-6 лет (6 девочек, 1 мальчик, средний возраст 5 лет).

Методика. Модификация методики Пьерона-Рузера. На листе бумаге, с которым работал ребенок, были изображены различные незаполненные фигуры, которые располагаются в несколько рядов. К заполнению фигур есть «ключ» - набор фигур, представленных на отдельном листе, внутри которых экспериментатор при объяснении задания рисует дополнительные знаки, которые ребёнок должен изобразить в незаполненных фигурах по очереди не пропуская. Экспериментатор обращал внимание ребенка на «ключ», показывал на его примере способ заполнения, задание подавалось одновременно в речевой и невербальной форме (показ).

Основным методом является метод регистрации движения глаз с использованием портативного трекера Pupil Headset - PLabs - айтрекер в формфакторе очков (бинокулярное исполнение). Задержка камеры 4,5 мс. Задержка обработки в зависимости от центрального процессора > 3 мс. Маркерами зоны интереса для обработки данных специальными маркерами для айтрекинга были помечены лицо взрослого, игрушки в первой серии эксперимента, бланки для выполнения задания во второй серии эксперимента.

Обработка данных проводилась с применением программы статистической обработки информации SPSS V.23.0. Для нахождения различий между группами использовался Т-критерий Стьюдента.

Результаты. Одна из особенностей социального визуального внимания у детей с нарушением слуха в отличие от типично развивающихся сверстников на тепловых картах зарегистрирована рассредоточенность зон интереса, высокая частота фиксаций. То есть фокус внимания распределялся по более широкому визуальному полю с тенденцией «полевого» исследования для выделения признаков.

Для организации совместного внимания дошкольниками с нарушением слуха используются мультимодальные средства распознавания фокуса внимания взрослого. Ребёнок одновременно смотрит не только за направлением взгляда, но и изменение положения головы, разворот корпуса тела и др.

По траектории движений глаз и особенностям фиксаций у дошкольников с нарушением слуха отмечалось предпочтение несоциальных сигналов, нейтральных или нецелевых объектов, они испытывали затруднение в переключаемости внимания с одного объекта на другой. Например, в момент совершения обманных действий дошкольник фокусировал своё внимание на предмете, который находился на столе, а не на лице экспериментатора или же на предмете, который находился у него в руках. Как результат появлялись дополнительные опережающие действия и нерелевантные инструкции действия. При этом были сформированы навыки детекции и следования указательному жесту и его использование для организации внимания другого. Также, на тепловых картах зафиксировано, что дошкольники с нарушением слуха способны к отслеживанию и корректировке направления взгляда для поддержания совместного фокуса визуального внимания при изменении направления взгляда взрослого. Проявления дефицита визуального пространственного внимания у детей с нарушением слуха – это трудности распределения пространственного внимания. Оно было распределено по большой области поля зрения (фиксации распределены по большей области), оно функционировало не в сфокусированном режиме. Дошкольники с нарушением слуха испытывали затруднения в переключаемости внимания с одного объекта на другой. Трудности поддержания совместного внимания фиксировались в постоянных отвлечениях от релевантной области и от подсказок взрослого, в «соскальзывании» с фиксации целевых стимулов. Вместо поддержания совместного внимания со взрослым во время инструкции ребёнок отдавал предпочтение нерелевантным областям – окружающим предметам и нейтральным нецелевым стимулам.

Для выявления характерной специфики показателей глазодвигательной активности при помощи Т-критерия Стьюдента было произведено сравнение результатов у типично развивающихся дошкольников и у дошкольников с нарушением слуха. Дошкольники с нарушением слуха отличались от типично развивающихся сверстников по количеству и продолжительности фиксаций на образце с заданием. Так количество фиксаций на образце

($t=4,161$, $P=0,0001$), продолжительность фиксаций на образце ($t=4,235$, $P=0,0001$) статистически достоверно ниже у детей с нарушением слуха. Также для дошкольников с нарушением слуха характерно снижение общей продолжительности и количества фиксаций. У детей с нарушением слуха ниже средняя продолжительность фиксаций, ($t=2,177$, $P=0,040$), среднее количество фиксаций ($t=2,315$, $P=0,030$). Дошкольники с нарушением слуха статистически достоверно реже совершали фиксации на целевые стимулы ($t=4,161$, $p=0,0001$).

По сравнению с типично развивающимися дошкольниками у детей с нарушением слуха снижается количество фиксаций длительностью 300-500 миллисекунд ($t=2,671$, $P=0,014$).

Можно прийти к выводу, что специфичными особенностями окулomotorной активности детей с нарушением слуха в процессе обучения являются параметры продолжительности и количества фиксаций (в том числе на целевые стимулы), отражающие скорость в обработке информации. Важнейшим параметром является способность ребёнка устойчиво фиксировать взгляд, что свидетельствует об устойчивом поддержании совместного внимания, в том числе к обучающему образцу.

Заключение. Результаты позволяют предположить, что у дошкольников с нарушением слуха могут возникать трудности поддержания совместного визуального внимания на релевантную область сенсорного поля (например, лицо взрослого или другие целевые сигналы), отторгивание внимания к нерелевантным/нецелевым/нейтральным объектам в поле зрения и более длительная фиксация на них, и распределение внимания (например между глазами и ртом взрослого, между целевыми и нецелевыми стимулами) таким образом, чтобы максимизировать извлечение информации.

Наблюдалось изменение пространственной плотности фиксаций (увеличение), регулярность сканирования (повторяемость) визуального поля, наблюдались явления поглощенности внимания ребёнка отдельными фрагментами стимулов и число фиксаций на них фокуса внимания.

Количественный анализ подтверждает, что дети с нарушением слуха быстрее теряют способность поддерживать устойчивое внимание к образцу с заданием: совершают меньше фиксаций и более короткие по времени. Вероятно, это также связано с фрагментарностью восприятия и трудностях целостной обработки информации.

Можно отметить также, что проявлением дефицита визуального пространственного внимания у детей с нарушением слуха, который фиксируется в социальном взаимодействии со взрослым, является распределение пространственного внимания, оно распределено по большей области поля зрения (фиксации распределены по большей области), чем у детей с типичным развитием, у которых оно функционирует в сфокусированном режиме.

Литература

1. Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Guranathan, N., Wheelwright, S. (2003) The systemising quotient (SQ): An investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B*, 361–374.
2. Chen, C.-h., Houston, D.M., Yu, C. (2021) Parent-Child Joint Behaviors in Novel Object Play Create High-Quality Data for Word Learning. *Child Development*, 92 (5), 1889-1905.
3. Peters, M. (2010) Parsing mathematical constructs: Results from a preliminary eye tracking study. *Proceedings of the British Society for Research into Learning Mathematics*, 30 (2), 47-52.
4. Schroer, S. E, Yu, C. (2021). The Sensorimotor Dynamics of Joint Attention. *Proceedings of the Annual Meeting of the Cognitive Science Society*, 43, 2568-2574.
5. Suarez-Rivera, C., Smith, L. B., & Yu, C. (2019). Multimodal parent behaviors within joint attention support sustained attention in infants. *Developmental Psychology*, 55(1), 96–109.
6. Yu, C., Chen, C., Castellanos, I., Houston, D.M. (2020) What leads to coordinated attention in parent–toddler interactions? Children's hearing status matters. *Developmental Science*, 23(3), e12919.
7. Yu, C., Smith, L.B. (2017). Hand–Eye Coordination Predicts Joint Attention. *Child Development*, 88(6), 2060-2078.

ПАТТЕРНЫ ЭЭГ ПРИ РЕАЛЬНЫХ И ВООБРАЖАЕМЫХ ДВИЖЕНИЯХ

Суханова А.В., Трошина Е.М., Сазонова О.Б.

ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н.Бурденко, Москва, Россия

ETroshina@nsi.ru

Ключевые слова: медленный негативный потенциал, потенциал готовности.

EEG PATTERNS IN REAL AND IMAGINARY MOTION

Sukhanova A.V., Troshina E.M., Sazonova O.B.

FSAI «N. N. Burdenko NMRC of Neurosurgery», Moscow, Russian

ETroshina@nsi.ru

Keywords: slow negative potential, readiness potential.

Введение. Для изучения процессов подготовки движения и формирования моторной программы исследуется «потенциал готовности» (ПГ), который возникает за несколько секунд до начала выполнения произвольного движения. Основой методики ПГ является регистрация биоэлектрической активности мозга и выделение медленной негативной волны, которая формируется перед выполнением произвольного движения. ПГ является электрографическим коррелятом процесса формирования моторной программы. При выполнении движения по внешнему сигнальному стимулу формируется медленный негативный потенциал (МНП), который можно рассматривать как электрографический эквивалент ПГ [1]. При воображаемом движении (без моторного компонента) также формируется МНП, который по физиологическому смыслу идентичен ПГ [2].

Целью данной работы было выявление особенности формирования МНП при реально совершаемом движении и при воображаемом движении, а также оценка физиологического сходства/различия этих электрографических феноменов.

Материал и методы. В проведенном исследовании использовалась модифицированная методика регистрации ПГ. В качестве внешнего стимула для совершения реального движения (сжатие эспандера) и воображаемого движения использовался звуковой сигнал. Работа проводилась в два этапа. Первый этап - реализация движения (сжатие эспандера) по звуковому сигналу. Второй этап - реализация воображаемого движения (без моторного компонента) по звуковому сигналу. Оценивали амплитудно-временные параметры и пространственную представленность полученных потенциалов. В исследовании участвовали 20 здоровых испытуемых (возраст 22 – 30 лет, правши). Пробы записывались для правой руки. Биоэлектрическую активность мозга регистрировали от лобных и центральных областей, расположение активных скальповых электродов C3, C4, F3, F4, Cz, Fz (схема наложения электродов 10/20 %), референтные электроды располагались на мочках ушей (A1, A2), четные отведения справа, нечетные - слева. ЭЭГ записывалась при максимальном расширении диапазона медленных частот (до 0,01 Гц) и ограничении пропускания частых ритмов (25 Гц). Для выделения МНП при реальном движении участки ЭЭГ суммировались и усреднялись относительно момента замыкания контакта эспандера, а для воображаемого движения опорным стимулом являлся звуковой сигнал. Анализируемая эпоха анализа - 5 с, количество усредненных эпох – 40, звуковой сигнал подавался с временным интервалом - 6 с. Для контроля мышечной активности регистрировалась электромиограмма (ЭМГ). Для унификации точки отсчета при оценке временных параметров ответа был выбран момент подачи звукового стимула. Оценивалась длительность МНП (в мсек) от начала его подъема до точки с максимальной амплитудой и амплитуда потенциала (в мкВ) от начала подъема негативной фазы волны до ее максимума. Амплитудно-временные параметры МНП анализировались в контралатеральном и ипсилатеральном полушарии по отношению к «работающей» руке.

Результаты исследования. Результаты первого этапа. При реально выполняемом движении (сжатие эспандера по звуковому сигналу) в лобных и центральных областях мозга регистрировался МНП с временными параметрами в диапазоне 1349 – 782,5 мс и амплитудой 9,2 – 2,4 мкВ. Начало формирования МНП было выявлено до звукового сигнала. Длительность интервала (T1) от момента начала нарастания восходящего фронта потенциала до звукового сигнала у разных испытуемых была в диапазоне 354 – 132 мс. Меньшая длительность интервала T1 сочеталась с меньшей длительностью МНП. Также отмечена корреляция длительности нарастания ЭМГ-активности до момента замыкания контакта эспандера (ЭМГ-

пик) и временными значениями МНП.

Результаты второго этапа. При воображаемом движении отмечено формирование МНП в лобной и центральной областях мозга с меньшей длительностью и преобладанием по амплитуде в полушарии ипсилатеральном по отношению к «работающей» руке, в отдельных наблюдениях в лобно-сагиттальном отведении. Негативное отклонение медленного потенциала начиналось после звукового сигнала с некоторым интервалом (Т2), который, по-видимому, можно рассматривать как электрографический эквивалент времени реакции. Интервал Т2 имел достаточно большой разброс временных значений (118,4 – 1362,7 мс), длительность МНП также определялась в широком временном диапазоне (118,4 – 1362,7 мс). Выделено 2 группы испытуемых по тактике мысленного представления движения. В первой группе (14 человек) у испытуемых вполне отчетливо формировался образ реализуемого движения на основе сочетания в разных вариантах ощущений нескольких модальностей (кинестетической, тактильной, зрительной) и вербальной команды. У 4 испытуемых из этой группы прослеживалось включение моторного компонента (наличие низкоамплитудной ЭМГ-активности) после звукового сигнала. Во вторую группу вошли 6 человек, у которых образ воображаемого движения формировался нечетко. Четверо испытуемых отметили, что их «воображаемое движение» представлялось неясно, но все же сопровождалось кинестетическими ощущениями или зрительным представлением. Два испытуемых затруднились описать ощущения во время представления движения.

При сопоставлении длительности интервала Т2 с временными и амплитудными параметрами МНП, полученными в группе 1 и в группе 2, выявлялись определенные корреляции: меньшая длительность интервала Т2 (короткое время реакции) сочеталась с меньшей длительностью МНП при больших значениях его амплитуды.

Для оценки пространственной представленности максимума активности по областям головного мозга в ходе выполнения реального и воображаемого движения проводилось топографическое картирование полной мощности МНП в пределах исследуемого временного интервала. При реально выполняемом движении максимальная мощность МНП определялась в полушарии контралатеральном по отношению к «работающей» руке в отведениях: центральном (преимущественно) – в проекции сенсомоторной коры, в лобном и лобно-сагиттальном. При воображаемом движении – в лобном и лобно-сагиттальном отведениях ипсилатерального полушария. При «включении» моторного компонента (появление ЭМГ активности) отмечается зона активации в центральном отведении контралатерального полушария.

Заключение. При реально выполняемом движении начало формирования МНП предшествует звуковому сигналу, что свидетельствует о подготовке к реализации движения в период

ожидания внешнего стимула. Выявленные корреляции амплитудно-временных параметров МНП и временных значений интервала между началом медленного потенциала и звуковым сигналом, по-видимому, обусловлены индивидуальными особенностями подготовки к реализации движения и разной тактикой его выполнения. По данным топографического картирования максимальные значения мощности МНП определяются в проекции сенсомоторной коры, в лобной и лобно-сагиттальной областях полушария контралатерального по отношению к «работающей» руке.

При воображаемом движении появление МНП отмечено после «стартового» сигнала. Временные параметры МНП коррелируют с длительностью интервала от звукового сигнала до начала негативного отклонения медленного потенциала. Значения амплитудно-временных параметров МНП коррелировали с тактикой воображения движения и четкостью формирования образа движения на основе активации ощущений разных модальностей. По данным топографического картирования максимальные значения мощности МНП определяются в лобной, лобно-сагиттальной и центральной областях полушария ипсилатерального по отношению к «работающей» руке.

Литература

1. Трошина Е.М., Сазонова О.Б., Кроткова О.А., Шарова Е.В., Каверна М.Ю., Суханова А.В. Исследование медленных преддвигательных потенциалов мозга человека (модификация методики регистрации потенциала готовности) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2021. №10. С. 61-66.
2. Трошина Е.М., Машеров Е.Л., Сазонова О.Б., Кулева А.Ю., Каверина М.Ю., Кроткова О.А., Шарова Е.В. Анализ изменений нейрофизиологических показателей, сопутствующих мысленному представлению движения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2022, №4, с.10-17.

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ НА ДНЕВНОЙ РИТМ СЕКРЕЦИИ КОРТИЗОЛА У ДЕТЕЙ В ДОМАХ РЕБЕНКА И ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ

Черного Д.И., Мухамедрахимов Р.Ж.

¹ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

chernego@gmail.com

rjm@list.ru

Ключевые слова: дети, дом ребенка, замещающая семья, институционализация, секреция кортизола.

EFFECT OF EARLY INSTITUTIONALIZATION IN CORTISOL SECRETION IN CHILDREN FROM BABY HOMES AND SUBSTITUTE FAMILIES

Chernego D.I., Muhamedrahimov R.J.

FSBI HE SPbSU, St. Petersburg, Russia

chernego@gmail.com

rjm@list.ru

Keywords: children, baby home, substitute family, institutionalization, cortisol secretion.

Введение. Проведенные к настоящему времени исследования свидетельствуют о негативном влиянии опыта пребывания в сиротском учреждении в младенческом и раннем возрасте на био-поведенческое функционирование детей (см. например обзор Gunnar, Bowen, 2021) [7]. Одним из направлений исследований является изучение дневного ритма секреции кортизола, представляющий собой нисходящую прямую: повышение концентрации кортизола происходит в утренние часы после пробуждения с пиком через 20-45 минут, снижение концентрации в течение дня, и наименьшее значение концентрации кортизола в вечернее время перед сном [1]. В случае воздействия в первые годы жизни на организм ребенка хронического стресса происходят негативные изменения дневного ритма секреции кортизола, которые могут устойчиво сохраняться длительное время [8, 12, 13]. Кортизол является важным биологическим показателем, отражающим влияние средовых стрессовых факторов на функционирование организма, его способности адаптироваться к внешнему негативному воздействию. Есть данные исследований о взаимосвязи нарушения ритма секреции кортизола с поведенческими сложностями у детей в виде проблем экстернализации, концентрации внимания [10], со снижением социальной вовлеченности [4], а также прогнозирование сложностей эмоциональной регуляции в будущем [7]. В исследованиях детей с опытом депривации было обнаружено снижение утренней и повышение вечерней концентрации кортизола у детей, воспитывающихся в учреждениях [2; 5], а также при долгосрочном прослеживании при переводе и воспитании данной группы детей в замещающих семьях [10; 11; 13; 12] по сравнению со сверстниками в биологических семьях. Представленные исследования были проведены при изучении детей в условиях учреждений, сильно отличающихся от таковых в РФ в настоящее время, а также детей международного усыновления в США. Целью настоящего исследования являлось сравнительное изучение показателей дневного ритма секреции кортизола (утренней и вечерней концентраций) у детей в домах ребенка и замещающих семьях РФ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 3 группы детей в возрасте от 8 до 49 месяцев из г. Санкт-Петербурга: 1 группа - 52 ребенка из домов ребенка, средний возраст детей на момент обследования составил 21.4 ± 9.2 месяцев; 2 группа - 36 детей из замещающих семей, средний возраст детей – 25.5 ± 10.8 месяцев; 3 группа – 39 детей, средний возраст детей 23.9 ± 12.2 месяцев. Были обследованы только типично развивающиеся, "условно здоровые" дети без неврологических диагнозов, диагностированных генетических заболеваний или тяжелых сенсорных нарушений, не принимающие гормональных препаратов. Для изучения секреции кортизола проводился сбор биологического материала слюны в утренние (в течение 30 минут после пробуждения) и вечерние (перед сном) часы с последующим химическим анализом для определения концентрации кортизола.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования было обнаружено, что дети, воспитывающиеся в домах ребенка, имеют показатели утренней секреции кортизола, схожие с таковыми у сверстников из биологических семей, однако выше значения вечерней концентрации кортизола [3]. Аналогичные результаты были обнаружены и при обследовании детей в замещающих семьях: отсутствие различий утренних показателей секреции кортизола и значимо выше показатели вечерней концентрации кортизола у детей в замещающих семьях, по сравнению с детьми из биологических семей.

Данный результат, в целом, схож с представленными в литературе данными, свидетельствующими о негативном влиянии раннего опыта пребывания в сиротском учреждении на секрецию кортизола у детей в учреждениях [2; 5; 11] и замещающих семьях [9; др.]. При этом в проведенных ранее исследованиях у детей с опытом институционализации различия с детьми из биологических семей в большей части случаев наблюдались как в утреннее, так и в вечернее время. Возможно, различие результатов данного исследования и других работ связаны прежде всего с разным депривационным опытом среды сиротского учреждения у детей исследуемых групп. Так, надо отметить, что за последние годы в РФ произошли значимые изменения в системе ухода за детьми, проживающими в условиях институционализации, в связи с вступлением в силу Постановления Правительства РФ №481, и в настоящее время в учреждениях созданы условия, приближенные к семейному проживанию. Кроме того, в РФ относительно редкими являются переводы детей из одной замещающей семьи в другую и низкое число вторичных отказов детей, что указывает на более стабильные условия воспитания детей в замещающих семьях, по сравнению с системой замещающих семей, например, в США. Однако, изменения секреции кортизола в вечерней точке у детей в домах ребенка и замещающих семьях, полученные в данном исследовании, указывают на негативное влияние условий институционализации и свидетельствуют о том, что проведенных изменений в структуре функционирования сиротских учреждений, как и

просто лишь помещение ребенка на воспитание в замещающую семью, вероятно, недостаточно. Дети с ранним опытом пребывания в сиротском учреждении нуждаются в дополнительном психологическом сопровождении.

Заключение. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о долгосрочном негативном влиянии раннего опыта институционализации на показатели дневного ритма секреции кортизола у детей младенческого и раннего возраста, воспитывающихся в домах ребенка и замещающих семьях.

Литература

1. Козлов А.И., Козлова М.А. Кортизол как маркер стресса. // Физиология Человека. 2014. 40(2), С. 123–136.
2. Carlson M., Earls F. Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. // Annals of the New York Academy of Sciences. 1997. Vol. 801 (1). P. 419-428.
3. Chernego D.I., Martin, C., Bernard K., Muhamedrahimov R.J., Gordon M.K., Dozier M. Effects of institutional rearing on children's diurnal cortisol production. // Psychoneuroendocrinology. 2019. Vol.106. P. 161-164.
4. DePasquale C., Lawler J., Koss K., Gunnar M. Cortisol and Parenting Predict Pathways to Disinhibited Social Engagement and Social Functioning in Previously Institutionalized Children. // Journal of Abnormal Child Psychology. 2020. 48. P. 797–808.
5. Dobrova-Krol N.A., van IJzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J., Cyr C., Juffer F. Physical growth delays and stress dysregulation in stunted and non-stunted Ukrainian institution-reared children. // Infant Behavior and Development. 2008. Vol.31(3), P. 539-553.
6. Frost A., Jelinek C., Bernard K., Lind T., Dozier M. Longitudinal associations between low morning cortisol in infancy and anger dysregulation in early childhood in a CPS-referred Sample. // Developmental Science. 2018. 21(3), e12573.
7. Gunnar M.R., Bowen M. What was learned from studying the effects of early institutional deprivation // Pharmacology Biochemistry and Behavior. 2021. 210, 173272.
8. Gunnar M.R., Vazquez D.M. Low cortisol and a flattening of expected daytime rhythm: Potential indices of risk in human development. // Development and Psychopathology. 2001. 13(03). P. 515–538.
9. Koss K.J., Mliner S.B., Donzella B., Gunnar M.R. Early adversity, hypocortisolism, and behavior problems at school entry: a study of internationally adopted children. // Psychoneuroendocrinology. 2016. 66. P. 31-38.
10. Koss K.J., Mliner S.B., Donzella B., Gunnar M.R. Early adversity, hypocortisolism, and behavior problems at school entry: A study of internationally adopted children. // Psychoneuroendocrinology. 2015. Vol.66. P. 31–38.
11. Kroupina M.G., Fuglestad A.J., Iverson S.L., Himes J.H., Mason P.W., Gunnar M.R., Miller B.S., Petryk A., Johnson D.E. Adoption as an intervention for institutionally reared children: HPA functioning and developmental status. // Infant Behavior and Development. 2012. Vol.35(4). P. 829–837.
12. Kumsta, R., Schlotz, W., Golm, D., Moser, D., Kennedy, M., Knights, N., Kreppner, J., Maughan, B., Rutter, M., & Sonuga-Barke, E. HPA axis dysregulation in adult adoptees twenty years after severe institutional deprivation in childhood. // Psychoneuroendocrinology. 2017. 86. P. 196–202. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.09.021>
13. Leneman K.B., Donzella B., Desjardins C.D., Miller B.S., Gunnar M.R. The slope of cortisol from awakening to 30 min post-wake in postinstitutionalized children and early adolescents. // Psychoneuroendocrinology. 2019. 96. P. 93-99.

РАЗДЕЛ 13. ПРОБЛЕМЫ ЦИФРОВИЗАЦИИ В МЕДИЦИНЕ И ОБРАЗОВАНИИ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ VR-ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Бузина Т.С., Шалина О.С., Котельникова А.В., Денисов А.А.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

shalinaya@yandex.ru

Ключевые слова: образовательные VR-программы, технология учебного процесса, эффективность и безопасность образовательных программ.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE USE OF VR TECHNOLOGIES IN THE MEDICAL EDUCATION SYSTEM

Buzina T.S., Shalina O.S., Kotelnikova A.V., Denisov A.A.

FSBI HE A.I. Evdokimov MSMDU, Moscow, Russia

shalinaya@yandex.ru

Keywords: educational VR programs, virtual reality tools, technology of the educational process, effectiveness and safety of educational programs.

Интенсификация общемирового информационного пространства подразумевает включение иммерсивных технологий в подготовку специалистов здравоохранения. От традиционных образовательных технологий их отличают обеспечивающие развивающий эффект погружение, присутствие и интерактивность [12]. Однако активное внедрение подобных программ требует осмысления их места в системе образования и возможных рисков применения, не только с точки зрения эффективности овладения необходимыми профессиональными компетенциями, но и со стороны субъективных переживаний участников образовательного процесса и их психологического самочувствия.

Большие перспективы открывает так называемое симуляционное обучение. По аналогии с Европейским обществом симуляционного образования в медицине (SESAM), Всемирным обществом симуляционного образования в медицине (SSH) и др. с 2012 года существует РОСОМЕД - «Общероссийская общественная организация Российское общество симуляционного обучения в медицине», оказывающее содействие в осуществлении деятельности, связанной с внедрением в широкую практику российского высшего, среднего и дополнительного профессионального медицинского образования, а также в практическую

деятельность государственных и частных лечебно-профилактических учреждений системы здравоохранения и Всероссийской службы медицины катастроф Российской Федерации современных технологий симуляционного обучения [13].

Иммерсивная среда к настоящему моменту позиционируется специалистами в области дидактики одновременно методом, средством и технологией обучения [11]. Цифровизация образовательного процесса уже сейчас затрагивает сферы оценки и контроля результатов обучения, организацию работы обучающихся и педагогов, во многом определяет содержание рабочих программ. В здравоохранении основными преимуществами образовательных VR-программ являются возможность получения клинического опыта без риска для пациента, неограниченное число повторений манипуляций для ликвидации ошибок при выработке навыка, возможность объективной оценки достигнутого уровня мастерства за счет обратной связи и использования IT-алгоритмов, передача части функций преподавателя виртуальному тренажеру, посещение тренинга в удобное время, повышение эффективности обучения медицинских специалистов новым высокотехнологичным методикам, а также новым процедурам в рамках уже практикуемых методик, создание благоприятного эмоционального фона и снижение уровня текущего стресса у обучающегося, снижение стресса при первых самостоятельных манипуляциях [1, 6].

Оценки эффективности виртуальных образовательных технологий разнятся в зависимости от контингента, целей обучения и программ [10, 11]. При использовании средств VR в авторских образовательных программах зафиксировано повышение показателей когнитивных функций за счет снижения ситуативной тревожности, повышения интереса [8] и изменения функционального состояния в части возрастания активности, тонуса, возбуждения, эйфории при снижении показателей астении [7]. Однако необходимо отметить, что сами по себе показатели возбуждения и эйфории могут приводить не только к повышению продуктивности, но и к контрпродуктивному поведению, распаду целенаправленной деятельности.

Другие авторы делают более осторожные выводы об улучшении результатов обучения, но отмечают, что VR-технологии позволяют модулировать мотивационные и эмоциональные стороны учебной деятельности, косвенно обеспечивая повышение когнитивных показателей. Динамика ситуативных показателей тревожности и мотивации позволяет авторам сделать вывод о более комфортной образовательной среде и особой привлекательности учебной деятельности, в которой применяются VR-технологии. Этот интерес обеспечивает большую вовлеченность и сосредоточенность на материале обучающихся [5].

Положительные эффекты включения VR-технологий в учебный процесс соответствуют психологической специфике усвоения знаний современными школьниками и студентами,

привыкшими к яркой визуализации и постоянной порционной подаче информации, когда насыщенные программы обучения с использованием традиционных средств и форматов занятий даются с трудом. Сами же трудности и их преодоление не всегда занимают высокое положение в иерархии личностных ценностей. Трудность традиционной системы образования не привлекает, а познавательная (учебная) мотивация зачастую уступает игровой мотивации как у младших школьников, так и среди юношества и молодёжи.

Дефицит познавательной (учебной) мотивации оказывается не только личностной характеристикой, но и системным эффектом обучения. Однако фундаментом учебной деятельности является адекватная мотивация. И современный педагог должен буквально реализовать принцип «сдвига мотива на цель» - зафиксировать положительные эмоции обучающихся, вызванные оригинальным, интересным форматом занятий, на самом учебном процессе и результате. В этом смысле VR-технологии представляются перспективным направлением развития общего и высшего образования, учитывающим актуальные социально-психологические особенности обучающихся.

Необходимо отметить, что ряд имеющихся в литературе данных об эффективности виртуальных образовательных программ и их интерпретации не соответствуют научным критериям достоверности и получены в ходе исследований, дизайн которых допускает высокий риск артефактных выводов. Зачастую тестовые задания, стимулы не релевантны целям исследования, когда, например, испытуемые работают с различным материалом с помощью традиционных учебных средств и в VR-условиях [4, 5, 7, 10, 11].

Другое направление применения VR-технологий в образовании – как средство контроля и оценки результатов учебной деятельности. Для этого необходима разработка параметров и процедур оценки, а также подготовка экспертов для обеспечения объективности и надежности полученных в ходе оценки данных. Основой для проведения оценки компетенций, знаний, умений и навыков является сценарий, а его разработка должна быть сопоставлена с учебной программой или сертификационными требованиями.

Данные исследования безопасности VR-технологий для пользователей не столь обширны, как материалы об их эффективности. Виртуальная реальность как средство учебной деятельности используется достаточно ограниченно, а нормы СанПиН, регулирующих пребывания в виртуальной реальности, не разработаны. Вместе с большим количеством данных о положительных эффектах использования VR технологий имеются данные и о негативных сторонах их применения. Существуют данные о наличии значимых нормативных физиологических и отсутствии патологических изменений глаза при работе в виртуальной реальности [14].

Хотя исследователи сходятся во мнении о допустимости использования VR-технологий

в обучении и их относительной безопасности для психического здоровья обучающихся (Селиванов, Селиванова, 2016), ряд авторов отмечает развитие симптомов аддиктивного поведения у обучающихся по экспериментальным программам при многократном краткосрочном погружении в VR [7, 2]. Существует мнение, что избыточное включение иммерсивных технологий в обучающий процесс приводит к редукции абстрактных понятий и символического мышления при «сверхобразной», чрезмерно наглядной подаче содержания образования [9]. В качестве негативного последствия пребывания в виртуальной среде описано киберзаболевание [3]. Немаловажно, что история применения VR и других цифровых технологий крайне непродолжительна, поэтому научному сообществу предстоит оценить их отсроченные результаты и последствия.

Таким образом, внедрение образовательных VR-программ и использование средств виртуальной реальности в системе медицинского образования не получило методологического и методического обоснования. С психологической точки зрения обсуждение любых новых технологий и средств учебного процесса должно затрагивать ряд аспектов:

1. *Определение зоны и фокуса применения виртуальной реальности в медицинском образовании.* На данный момент VR-технологии являются максимально эффективными в формировании «навыковой» части компетенций. Необходимость и значимость этой технологии для развития системы знаний и мышления как психической функции остаётся дискуссионной.

2. *Анализ социальных компонентов учебной деятельности.* При использовании VR-технологий коммуникация как часть образовательного процесса имеет свои особенности и опосредована условной моделью реальности.

3. *Формирование экспертного сообщества для разработки, контроля реализации, оценки эффективности и безопасности образовательных VR-программ.* Междисциплинарный статус проблемы требует привлечения специалистов психологического, педагогического, медицинского, инженерного и IT-профиля. Необходим комплексный анализ широкого круга вопросов - от определения санитарно-гигиенического режима пользования виртуальной реальностью до оценки непосредственных и отсроченных эффектов.

4. *Разработка методологических, дидактических и методических принципов формирования образовательных программ с использованием VR-технологий.* Разработка и стандартизация процедуры психолого-педагогической экспертизы образовательных VR-программ позволит осуществить сопоставительный анализ эффективности традиционных и инновационных образовательных технологий и определить ограничения и преимущества виртуальной реальности в развитии профессиональных компетенций обучающихся.

Литература

1. Арзикулов А.Ш., Инакова Б.Б., Ганиева М.Ш., Арзикулова Д.А., Юсупов К.М. Перспективы симуляционного обучения в свете подготовки практикующего врача // Молодой ученый. – 2019. – № 46 (284). – С. 241-244.
2. Войскунский А.Е. Концепции зависимости и присутствия применительно к положению в Интернете // Медицинская психология в России. – 2015. – №4 (33).
3. Войскунский А.Е., Смыслова О.В. Киберзаболевание в системах виртуальной реальности: ключевые факторы и сенсорная интеграция // Психологический журнал. – 2020. – Т. 41. – № 1. – С. 56-64.
4. Ковалев А. И., Роголева Ю. А., Егоров С. Ю. Сравнение эффективности применения технологий виртуальной реальности с традиционными образовательными средствами // Вестник московского университета. – Серия 14. Психология. – 2019. – № 4. – С. 44–58.
5. Краюшкин Н. Виртуальная реальность в образовании. // Центр развития компетенций в бизнес-информатике, логистике и управления проектами Высшей школы бизнеса. – 2020. Режим доступа: <https://hsbi.hse.ru/articles/virtualnaya-realnost-v-obrazovanii/> (дата обращения 20.10.2022).
6. Потапов М.П. Роль симуляционных образовательных технологий в обучении врачей // Высшее образование в России. – 2019. – Т. 28. – №8-9. – С. 138–148.
7. Селиванов В.В. Психические состояния личности в дидактической VR-среде // Экспериментальная психология. – Т. 14. № 1. – 2021. – С. 20-28.
8. Селиванов В.В., Селиванова Л.Н. Влияние средств виртуальной реальности на формирование личности // Непрерывное образование: XXI век. – 2016. – Вып. 2 (14).
9. Селиванов В.В., Селиванова Л.Н. Виртуальная среда как метод и средство обучения // Образовательные технологии и общество. – 2014. – №3 (17). – с.378-391.
10. Селиванов В.В., Селиванова Л.Н. Познание и личность в виртуальной реальности // Психология когнитивных процессов / Отв. ред. В.В. Селиванов. – Смоленск: СмолГУ, 2015. С. 107-121.
11. Селиванов В.В., Селиванова Л.Н. Эффективность использования виртуальной реальности в обучении в юношеском и взрослом возрастах // Непрерывное образование: XXI век. – 2015. – № 1 (9).
12. Тишков Д. С. Систематический обзор интерактивных приложений компьютерной модели реальности для высшего медицинского образования. - Балтийский гуманитарный журнал. 2020. Т. 9. № 4(33), с.182-184.
13. Хохлова И.Н. Симуляционные технологии – инновационный метод в медицинском образовании: библиографический указатель / Курский государственный медицинский университет, Библиотека ; отв. ред. А. В. Данилова. – Курск : КГМУ, 2021 – 1 CD-ROM. – Текст : электронный.
14. Turnbull, P.R.K., Phillips, J.R. Ocular effects of virtual reality headset wear in young adults // Scientific report. – Nov 2017. – 7: 16172. – 9 p. Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/321253416_Ocular_effects_of_virtual_reality_headset_wear_in_young_adults (дата обращения - 20.10.2022).

ВНЕДРЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Колосов Ю.А., Куркин Д.В., Горбунова Ю.В., Бакулин Д.А., Робертус А.И., Иванова О.В.,

Бузина Т.С., Шалина О.С., Денисов А.А., Котельникова А.В., Мурсалов И.Д.,

Нарышкин И.М.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

kolosov-ua@msmsu.ru

Ключевые слова: виртуальная реальность, образование, фармацевция.

IMPLEMENTATION OF VIRTUAL REALITY TECHNOLOGY IN PHARMACEUTICAL EDUCATION

Kolosov U.A., Kurkin D.V., Gorbunova Yu.V., Bakulin D.A., Robertus A.I., Ivanova O.V.,
Buzina T.S., Shalina O.S., Denisov A.A., Kotelnikova A.V., Mursalov I.D., Naryshkin I.M.

FSBI HE A.I. Yevdokimov MSMSU MOH, Moscow, Russia

kolosov-ua@msmsu.ru

Keywords: virtual reality, education, pharmacy.

По итогам 2020 года на сегмент виртуальной реальности пришлось 1,1 млрд рублей, на сегмент дополненной реальности – 0,3 млрд рублей. При этом сектор ДР (augmented reality – дополненная реальность) прирастал опережающими темпами по отношению к ВР (virtual reality – виртуальная реальность) – 40% против 10%. На такую расстановку сил повлияла пандемия: она ударила по ивент-индустрии и созданию развлекательного контента. По прогнозам к концу 2025 года сегмент ДР достигнет 38% в структуре рынка в основном за счет роста спроса на промышленные решения (отчет «Российский рынок дополненной и виртуальной реальности», подготовленном компаниями «ТМТ Консалтинг» и Huawei). В пятилетней перспективе эксперты «ТМТ Консалтинг» ожидают роста рынка ДР/ВР в России со средними темпами 37% в год. Российский ВР-рынок, несмотря на свои скромные объемы (26 млн долларов США в 2018 году), входит в список первых десяти быстрорастущих рынков мира. Прогнозируется, что среднегодовой темп роста в прогнозном периоде составит 31%. Даже учитывая эффект низкой базы, это отличный показатель. Большой рост ожидают только в Китае (36%). Практически половина выручки ВР-индустрии в России, как и в мире, связана с видеоиграми, около 40% – с видеоконтентом, и лишь 10% приходится на приложения. (Обзор индустрии развлечений и медиа от PwC: прогноз на 2019–2023 годы и ключевые тренды российского и мирового рынков). В компании PricewaterhouseCoopers (PwC) считают, что в перспективе 5–10 лет продажи в России составят до 15% глобального рынка. Основной спрос на решения ВР и ДР в Российской Федерации формируют коммерческие организации: свыше половины проектов приходится на производственные предприятия и компании топливно-энергетического комплекса. Наиболее часто встречающиеся сценарии применения ДР/ВР – это обучение, цифровые инструкции по сборке и конфигурированию, визуализация дизайнерских работ (ТМТ Консалтинг). Предпосылок к интеграции технологий ВР в сферу образования несколько:

1. снижение стоимости на ВР-устройства, предназначенных для домашнего и профессионального использования;

2. стремительный рост количества программного обеспечения под VR. На сегодняшний день существует уже несколько тысяч самых разнообразных приложений под VR и их количество увеличивается каждый день;

3. рост объема инвестиций в VR – более 2,5 млрд долларов в год. Эта цифра постоянно растет с 2012 года;

4. увеличение числа крупных компаний, работающих в сфере VR. На европейском рынке их уже более 300, а такие гиганты, как Oculus, HTC, Sony, Microsoft, Samsung и многие другие уже давно внедряют свои технологические решения в этой области;

5. внедрение VR-технологий в ряде сфер: нефтегазовая промышленность, машиностроение, энергетика, металлургия, телекоммуникации, реклама и многое другое. VR уже давно перестала быть только игровой сферой и активно внедряется во все экономические области, в том числе и в образование.

ABI Research заявляет, что в 2022 году мировой VR-рынок достиг 5–6 миллиардов долларов США. Аналитики PwC прогнозируют, что к 2030 году технологии VR и ДР будут использоваться на 23,5 млн рабочих мест. Компания Walmart обучает 1,5 млн сотрудников в виртуальной реальности, Volvo тестирует системы безопасности в условиях смешанной реальности. Технологии ДР/VR стали незаменимы в стратегически важных отраслях, например, в военно-промышленном комплексе и медицине. Лидерами по внедрению VR в образовании остаются США и Европейские государства. С 2018 года в РФ, запущен целый ряд крупных образовательных VR-проектов:

- «Образование-2024».
- «Цифровая школа».
- «Современная цифровая образовательная среда».
- «Цифровая экономика Российской Федерации».

Проект «Цифровая школа» является одним из наиболее амбициозных. По данным инициаторов уже к 2024 году планируется внедрить его в 25% всех «пилотных» учебных учреждений (Цифровая школа (xn--80aaexmgrdn3bu4a4g.xn--p1ai)). При этом интеграция VR в фармацевтическое образование происходит гораздо меньшими темпами, оставляя большой потенциал к развитию. В Российской Федерации более 71000 аптечных организаций, более 200 аптечных сетей, в которых работают более 275000 сотрудников; 83 крупных промышленных предприятия по производству лекарственных препаратов; 53 ВУЗа имеют фармацевтические факультеты, ежегодно выпускающие более 19000 специалистов провизоров и более 40000 ежегодно проходят аккредитацию по специальности. Всего в фармацевтической отрасли России задействовано более 600000 человек.

Таким образом, формирование профессиональных компетенций фармацевтических

специалистов с применением технологий VR повысит качество предоставляемых образовательных услуг и позволит более эффективно проводить подготовку (профессиональную переподготовку, повышение квалификации) фармацевтических работников и студентов [4]. Анализ статей для этого обзора был проведен с использованием PubMed, Яндекс. Так по запросу «virtual reality» на PubMed мы видим рост числа публикаций с 266 в 2017 году до 720 в 2022 году. При этом по запросу «virtual reality pharmacy education» на том же сайте PubMed мы видим всего 15 публикаций за пять лет из которых только 8 посвящены фармации. Внедрение технологий VR в фармацевтическое образование решает целый комплекс задач:

1. Повышает доступность образования, поскольку устраняет большинство недостатков дистанционных форм обучения.
2. Расширяет возможности практической подготовки, делая практические занятия безопасными (условия химической лаборатории, места практики, сопряженные с определенным риском (промышленные предприятия)) или предлагая ранее недоступные формы (фармацевтический завод, стерильные блоки, закрытые производства с ограниченным доступом, удаленные предприятия и т.д.).

Количество студентов, вовлеченных в образовательный процесс значительно выше, чем при традиционных формах, без снижения качества подготовки, что важно с точки зрения экономической составляющей деятельности образовательного учреждения [1, 2, 3]. VR обеспечивает возможность полноценной контактной работы преподавателя и студента, несмотря на их физическую удаленность друг от друга, что позволяет дистанционным формам обучения стать почти полностью идентичными очным.

Развитие коммуникативных и навыков, связанных с эмпатией, может осуществляться в симуляционных условиях гораздо эффективнее и безопаснее по сравнению с реальным опытом [5]. Системы непрерывного или периодического образования также могут эффективно применять технологии VR, значительно снижая стоимость курсов, экономя на транспортных и командировочных расходах, проводя тренинги и семинары удаленно, но при этом в максимальной степени приближаясь к формату очного присутствия [6, 7]. Интенсивность внедрения технологий VR в образовательные программы будет зависеть от уровня будущих технологических достижений, но на основании уже имеющихся можно сделать заключение о колоссальных возможностях, которые открывает эта технология для фармацевтического и медицинского образования.

Существенным ограничением, которое сдерживает развитие технологии VR, является недостаток информационного и операционного контента, на основании которого она формируется. Технические характеристики оборудования (размер, вес, способы крепления и

прочее) будут оптимизироваться по мере распространения технологии и её совершенствования, но именно разработка программного продукта с качественным образовательным контентом существенным образом влияет на темпы внедрения и эффективность этой технологии в образовательном процессе. Студенты могут испытывать сложности при взаимодействии с реальным человеком, что может компенсироваться обучением в условиях ВР или ДР. Необходимы дополнительные исследования в этой области, чтобы полностью понять психосоциальные последствия использования ВР для образования [8].

Литература

1. Michael J. Where's the evidence that active learning works? *Adv Physiol Educ* 2006;30(4):159-167.
2. Zhuang W., Xiao Q. Facilitate active learning: the role of perceived benefits of using technology. *Journal of Education for Business*. 2018;93(3):88-96.
3. Maarek J.M. Benefits of active learning embedded in online content material supporting a flipped classroom. *Proceedings fo the ASEE Annual Conference & Exposition 2018*:1-10.
4. Shatto B., Erwin K. Teaching millennials and generation Z: bridging the generational divide. *CreatNurs*. 2017;23(1):24-28.
5. Whitley H.P. Active-learning diabetes simulation in an advanced pharmacy practice experience to develop patient empathy. *Am. J. Pharm. Educ.* 2012;76(10): Article 203.
6. Lundquist R. Critical thinking and the art of making good mistakes. *Teaching in Higher Education*. 1999;4(4):523-530.
7. Hemming H.E. Encouraging critical thinking: "but ...what does that mean?" *McGill Journal of Education/Revue des sciences de l'education de McGill*. 2000.
8. The Past, Present, and Future of Virtual Reality in Pharmacy Education
9. Leanne Coyne, PhD, Thayer A. Merritt, BS, Brittany L. Parmentier, PharmD, Rachel A. Sharpton, PharmD, Jody K. Takemoto, *American journal of Pharmaceutical Education*. 2019 Apr;83(3):7456.

ЧЕЛОВЕК И ГАДЖЕТ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РАЗДЕЛЕННУЮ ПСИХИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ

Нелюбина А.С.

ФГБОУ ВО РГГУ, Москва, Россия

nelubina-anna@mail.ru

Ключевые слова: психическая функция, разделенная психическая функция, культурно-исторический подход, гаджет.

HUMAN AND GADGET: A NEW LOOK AT SHARED MENTAL FUNCTION

Neliubina A.S.

FSBI HE RSUH, Moscow, Russia

nelubina-anna@mail.ru

Keywords: mental function, shared mental function, cultural-historical approach, gadget.

Понятие «разделенная психическая функция» было предложено Л.С. Выготским. Предложенный им культурно-исторический подход рассматривал, каковы механизмы формирования внутреннего мира человека на основе тех средств (орудий), которые человечество выработало в процессе своего исторического развития [1]. Положение о преобразовании интерпсихического (внешнего) в интрапсихическое (внутреннее) нашло отражение в отечественной клинической психологии в эмпирических исследованиях изначального недоразвития ВПФ или их распада у взрослого или ребенка. Л.С. Выготский предложил общий генетический закон культурного развития, согласно которому: «всякая функция в культурном развитии ребенка появляется на сцену дважды, в двух планах, сперва в социальном, потом – психологическом, сперва между людьми как категория интерпсихическая, затем внутри ребенка как категория интрапсихическая» [1, С. 145].

Психическая функция разделена между взрослым и ребенком, она представляет их совместную деятельность, а потом становится самостоятельной интрапсихической функцией человека. При этом внешние средства, опосредствующие это взаимодействие, переходят во внутренние, интериоризированные, а функция, разделенная между двумя людьми, становится внутренней психологической функцией одного человека.

Высшая психическая функция может быть разделена между ребенком (у которого она формируется) и взрослым в процессе совместной длительности и общении. Но в клинической психологии психическая функция могла быть разделена и между пациентом (с частично распавшимися ВПФ) и психологом-экспериментатором в процессе экспериментально-психологического обследования с целью выяснения, например, сохраненных звеньев его психических функций и реабилитационного потенциала больного. С нашей точки зрения, высшая психическая функция может быть разделена не только между людьми, но и между человеком и сложным техническим средством (гаджетом).

Использование гаджета – интерактивная деятельность, т.к. сложное техническое средство напоминает его пользователю о чем-то, дает задания, «реагирует» на успех или неудачу в деятельности пользователя обратной связью, оценивает эффективность достижения поставленной цели деятельности, дает советы и т.д. В какой-то мере гаджет является другим «субъектом» совместной деятельности и «общения». Гаджет (как и Взрослый-Другой) участвует в организации перцептивной (например, визуализации достижений), мнестической (напоминание, запоминание, воспроизведение информации), интеллектуальной деятельности (функции планирования, контроля, анализа, принятия решения и т.д.) его пользователя. В этом случае действие гаджета «встраивается» в протекание психической функции, неизбежно меняя ее.

Проведя научный поиск по ключевым словам в системе РИНЦ, мы обнаружили, что на сегодняшний день опубликовано 10 117 научных статей, посвященных оценке взаимодействия гаджетов и их пользователей. В основном, работы можно разделить на 2 группы: а) роль гаджетов в образовательном процессе (обучение языкам, навыкам, дистанционное обучение), б) эффективность гаджетов в улучшении поведения, связанного с сохранением здоровья (приверженность терапии, здоровому образу жизни: физической активности или диете). Оценивается субъективная удовлетворенность пользователя гаджетом или последствия его использования для физического или психического здоровья человека. Исследователи отмечают как положительные стороны использования гаджетов (повышение эффективности деятельности, снижение временных и энергозатрат), так и негативные, наиболее тяжелые из которых касаются разрушения ВПФ и эмоциональных нарушений, а также психологической зависимости [2, 3, 7]. Остановимся на второй группе технических средств – связанных с помощью человеку в сохранении здоровья или лечении. Гаджеты этой группы можно разделить на следующие группы [4]:

- «планировщики» - технические средства, выполняющие функцию планирования за пользователя – это, например, электронный журнал еды (на день/неделю/месяц), планирование физической активности и т.д.

- «калькуляторы» - эти технические средства помогают подсчитывать определенные, значимые для сохранения здоровья или эффективности лечения показатели и визуализируют их: калькулятор калорий, расчет мышечной массы, жидкости и жира в организме (электронные весы), расчет необходимой физической активности, времени тренировок, необходимой питьевой воды, продолжительности сна.

- «напоминалки» - помогают реализации мнестической функции, напоминания о времени приема лекарств, соблюдении питьевого режима, отхода ко сну и т.д.

- «контролеры» - эти технические средства участвуют в реализации функции контроля – отслеживание времени тренировок, желательной продолжительности сна, усвоенных и потраченных калорий. Они помогают (в том числе за счет визуализации) сопоставить цель и результат, регулируя поведение человека.

Таким образом, гаджеты, опосредующие поведение, связанное с сохранением здоровья или лечением, выполняют следующие функции:

1. Структурирование восприятия (организацию перцептивной деятельности)
2. Опосредствование памяти
3. Помощь пользователю в планировании, регуляции своего поведения и контроле
4. Дают обратную связь и оценку (помощь в рефлексии), помогают сличать цель и результат, поддерживают мотивацию к продолжению деятельности.

Эмпирические исследования эффективности использования гаджетов для улучшения поведения, связанного с сохранением здоровья или лечением, в основном оценивают эмоциональное отношение пользователя к техническим средствам (предпочтение определенных типов средств), негативные и позитивные последствия их использования для здоровья человека [4; 5; 6]. За скобками исследований остается, на наш взгляд, оценка самого процесса «встраивания» действия гаджета в реализацию психической функции – какие этапы проходит этот процесс, как количество и назначение технических средств влияет на эффективность деятельности пользователя, какова необходимая продолжительность использования гаджета, чтобы он принес пользу, как и при каких условиях одно и то же техническое средство помогает одному человеку, а другому, наоборот, приносит эмоциональный дискомфорт и приводит к прекращению деятельности.

Литература

1. Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 3. М., 1983.
2. Елшанский С. П. Методологические подходы к разработке технологий повышения когнитивной эффективности обучения и снижения негативного влияния цифровизации // Гуманитарные исследования. Педагогика и психология, 2021, № 5, 98–107.
3. Купчинская М.А., Юдалевич Н.В. клиповое мышление как феномен современного общества // Бизнес-образование в экономике знаний. 2019. № 3 (14). С. 66-71.
4. Нелюбина А.С. Психологические факторы комплаентного поведения и приверженности лечению / Руководство по психологии здоровья. - М.: Изд-во Московского университета, 2019. С. 753-794.
5. Ноздрачев Д. И., Замятин К. А., Таратухин Е. О. Цифровые средства повышения приверженности к лечению // Российский кардиологический журнал 2019; 24 (12), С. 96-102.
6. Тулепбергенов Г. К., Алимбаева С.Х., Оспанова Д.А., Баймаханов А.А., Алдабекова А.М., Макашева З.С., Тыналиева Ш.А., Уменова Г.Ж., Туякбаева А.Г., Фазылов Т.Р. Эффективность мобильных приложений для повышения приверженности для пациентов с фибрилляцией предсердий // Вестник КазНМУ, 2022, №1, С. 165-171.
7. Тхостов А.Ш., Емелин В.А. От тамагочи к виртуальному ошейнику: границы нейтральности технологий // Психологические исследования: электронный научный журнал, № 6(14), с. 9-9. 2010.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ РЕЛАКСАЦИОННЫХ ТРЕНИНГОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ VR-ТЕХНОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СОСТОЯНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕМИССИИ

Никонова Е.Ю.^{1,2}, Рупчев Г.Е.^{1,2}, Морозова М.А.^{1,2}, Бурминский Д.С.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия

² ФГБНУ «НЦПЗ», Москва, Россия

eniconova@mail.ru

rupchevgeorg@mail.ru

margmorozova@gmail.com

desbur@gmail.com

Ключевые слова: виртуальная реальность, эффект присутствия, шизофрения, тренинг на релаксацию, кибернетическая болезнь.

CLINICAL TOLERANCE OF RELAXATION TRAINING USING VR-TECHNOLOGY IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN DRUG REMISSION

Nikonova E.U.^{1,2}, Rupchev G.E.^{1,2}, Morozova M.A.^{1,2}, Burminskiy D.S.^{1,2}

¹ FSBI HE «M.V. Lomonosov MSU», Moscow, Russia

² FSBI «MHRC», Moscow Russia

eniconova@mail.ru

rupchevgeorg@mail.ru

margmorozova@gmail.com

desbur@gmail.com

Keywords: virtual reality, sense of presence, schizophrenia, relaxation training, cybersickness.

Введение. Состояние лекарственной ремиссии у больных шизофренией характеризуется наличием не только негативных расстройств, но и малодифференцированных негативных ощущений, которое они определяют как состояние общего недомогания, которое им трудно описать более конкретно. Психопатологическая квалификация этих персистирующих диффузных психофизических нарушений вызывает значительные затруднения, а психофармакотерапия оказывается малоэффективной. Предпринимаются попытки разработки индивидуальных нефармакологических методов терапии. Одним из таких подходов является использование технологии виртуальной реальности (virtual reality, VR) как лечебного инструмента. VR-технология используется для создания интерактивной виртуальной среды, предназначенной для моделирования реального опыта. Было доказано, что VR-технологии усиливают нейропластичность и эффективны при развитии и поддержании социальных навыков, а также при терапии слуховых галлюцинаций и идей преследования [3]. Когнитивные тренинги и тренинги социальных навыков с помощью VR-технологии более эффективны и существенно улучшают качество жизни больного [4]. На основании имеющихся сведений можно предположить, что индивидуализация терапии с использованием нефармакологического способа на основе VR-технологии окажет положительное влияние на персистирующие диффузные психофизические нарушения у больных шизофренией в состоянии ремиссии. Для проведения исследования были выбраны VR-среды, содержащие природные объекты. Было показано что виртуальная среда, основанная на природе, применима в качестве низкоинтенсивного лечения для людей с психическими расстройствами [5]. При погружении в VR-среды человек может испытывать ряд негативных симптомов (кибернетическую болезнь (cybersickness)- головную боль, головокружение, тошноту, потерю

ориентации в пространстве [2].

Цель исследования: определить переносимость и эффективность немедикаментозного способа воздействия - релаксационной программы с использованием VR-технологии - в отношении диффузных субклинических психофизических проявлений у пациентов с эпизодической формой параноидной шизофрении в состоянии лекарственной ремиссии.

Материал и методы. В исследовании приняли участие амбулаторные больные с эпизодической формой течения параноидной шизофрении в состоянии лекарственной ремиссии с диффузными субклиническими психофизическими нарушениями - 10 больных шизофренией (9 мужчин, 1 женщина) в возрасте от 29 до 47 лет (средний возраст 37,3). Продолжительность заболевания от 8 до 27 лет (средняя длительность заболевания $17,2 \pm$). У участников исследования показатели среднего балла по PANSS составил $62,3 \pm 14$ балла (позитивная подшкала $14,0 \pm 6,0$, негативная подшкала 16 ± 3 балла, подшкала общей психопатологии 33 ± 11 баллов). Для всех участников опыт погружения в VR с помощью очков виртуальной реальности был первым. Были проведены серии из 5 тренингов по релаксации с использованием приложения Nature Treks VR в очках виртуальной реальности Samsung Gear VR. Тренинги проводились амбулаторно с частотой раз в неделю в одинаковое время, общее время прохождения занимало 5 недель. Для оценки динамики эффекта присутствия и возможных негативных эффектов в начале и конце курса тренингов использовался опросник выраженности феномена присутствия ITC SOPI (Lessiter et al., 2001; Величковский, 2014). После каждого тренинга проводилось структурированное интервью, включающие вопросы о возможных негативных эффектах погружения. Для оценки динамики изменения субъективных показателей функционального состояния была использована методика САН (самочувствие, активность, настроение) (Лаврентьева, Мирошников и др., 1973). Статистическая обработка данных проводилась в программе IBM SPSS Statistics 24 и включала корреляционный анализ с использованием непараметрического коэффициента корреляции Спирмена, и многомерного дисперсионного анализа (ANOVA).

Результаты и их обсуждение. По результатам опросника на выраженность феномена присутствия ITC SOPI значение общего индекса присутствия колебалось от среднего и выше среднего. Интенсивность погружения зависела от субъективной оценки виртуальной среды. Четыре из пяти сред воспринимались всеми участниками адекватно. VR среда Green Meadows, имитирующая летний день в лесу, была исследована на эффективность релаксации на 39 врачах и показала значительный релаксационный эффект [1]. Шестеро участников данного исследования указали на эту среду как на самую приятную и комфортную. Также данная среда вызвала повышение показателей по шкале САН у всех участников. Среда Orange Sunset имела яркую стимуляцию и неправильно идентифицировалась тремя испытуемыми. Вместо заката

они воспринимали ее как рассвет или как пожар. В исследовании Smalley и White рассматривалось влияние ландшафта и природных явлений в VR-средах на оценку красоты участниками и их эмоциональное состояние [6]. Было показано, что среды с «голубым небом» имеют гораздо меньшее влияние на человека, чем среды, содержащие дождь, сумерки и радуго, а наибольший эстетический и эмоциональный отклик вызывают сцены заката и рассвета. Среда Orange Sunset, содержащая закат, имела слишком высокую интенсивность как по содержанию, так и по цвету. Большинство участников исследования отмечали, что во время погружения в VR-тренинги они испытывали либо положительные, либо нейтральные эмоции. По данным субъективных отчетов они оценивали реалистичность сред на 3-4 балла из 5. Все пациенты хорошо переносили погружение и имели низкую выраженность негативных эффектов. Только двое участников отмечали небольшой дискомфорт и только во время первого погружения («головокружение»), но на следующих сеансах никаких неприятных ощущений больше не испытывали. Не отмечалось и отставленных неблагоприятных явлений как после очередного внутри серии, так и после ее завершения.

Заключение. Результаты поискового исследования показывают следующее:

1. Переносимость процедур была хорошей, симптомов киберболезни не отмечались. VR-тренинги не привели к ухудшению в самочувствии участников и не вызвали увеличения резидуальной психотической симптоматики. Отказов от прохождения процедур не было.

2. Особенности эмоционального и личностного восприятия стимула существенно влияли на достижение эффекта присутствия.

3. Динамика состояния в большой степени обуславливалась эмоциональным откликом на стимульный материал: чем более значимой и приятной для пациентов воспринималась среда, тем в большей степени достигался релаксационный эффект в виде улучшения общего самочувствия.

4. Для повышения эффективности программа релаксации с использованием VR-технологии должна быть персонифицирована путем предварительного выбора субъективно приемлемых VR-сред для каждого пациента.

Вывод. Поисковое исследование позволяет сказать, что применение VR технологий у больных шизофренией безопасно и хорошо переносится больными, не вызывая обострения психотической симптоматики. Частота VR-тренингов для достижения эффекта должна быть чаще, чем 1 раз в неделю, при этом ее продолжительность – 10 минут достаточна. Для оценки персистирующих диффузных психофизических расстройств необходима разработка специальных оценочных инструментов.

Литература

1. Adhyaru J., Kemp C. Virtual reality as a tool to promote wellbeing in the workplace. *Digital Health*. 2022, 8.
2. Davis S., Nesbitt K., Nalivaiko E. A Systematic Review of Cybersickness. Conference on Interactive Entertainment. Association for Computing Machinery, New York, NY, USA, 1–9, 2014
3. Miranda B., Moreira P., Romero L., Rego P., Therapeutic Use of VR Serious Games in the Treatment of Negative Schizophrenia Symptoms: A Systematic Review. *Healthcare* 2022, 10, 1497.
4. Park M., Kim D., Lee U., Na E., Jeon H. A Literature Overview of Virtual Reality in Treatment of Psychiatric Disorders: Recent Advances and Limitations. *Front Psychiatry*. 2019 19;10:505.
5. Riches S., Azevedo L., Bird L., Pisani S., Valmaggia L. Virtual reality relaxation for the general population: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021 Oct;56(10):1707-1727.
6. Smalley A., White M., Beyond blue-sky thinking: Diurnal patterns and ephemeral meteorological phenomena impact appraisals of beauty, awe, and value in urban and natural landscapes, *Journal of Environmental Psychology*, Volume 86, 2023

МОТИВАЦИОННЫЕ ЭФФЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ

Тихонова А.С., Котельникова А.В.

ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, Москва, Россия

seyli1992@list.ru

Ключевые слова: мотивация к лечению, комплаенс, виртуальная реальность, хроническая боль в спине, реабилитация.

MOTIVATIONAL EFFECTS OF USING VIRTUAL REALITY TECHNOLOGIES IN COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC BACK PAIN

Tihonova A.S., Kotelnikova A.V.

SAIH «MCRP MRRSM», Moscow, Russia

seyli1992@list.ru

Keywords: treatment motivation, compliance, virtual reality, chronic low back pain, rehabilitation.

Введение. Согласно результатам эпидемиологических исследований, хроническая боль в спине занимает четвертое место среди причин нетрудоспособности населения и составляет около 25% обращений за медицинской помощью лиц трудоспособного возраста [1, 2]. При этом в клинической практике эффективность проводимых мероприятий в ряде случаев оценивается как низкая, катamnестическое наблюдение фиксирует рецидивы [3, 4], что может быть обусловлено, в том числе, несоответствием между декларируемым намерением выздороветь и реальным комплаенсом пациентов [5]. Актуальной задачей современной науки

является поиск новых методов психологической коррекции, одним из которых выступает использование технологий виртуальной реальности (VR). Отечественными и зарубежными исследователями показано, что тренировки с использованием виртуальной реальности позволяют увеличить внимание и интерес пациентов, продолжительность занятий способствуют формированию и поддержанию мотивации и комплаенса, качества жизни [6, 7]. Однако научные работы, изучающие применение средств VR в реабилитации пациентов с хронической болью в спине, носят немногочисленный характер и преимущественно описывают взаимосвязь данного метода с коррекцией двигательных нарушений [8, 9]. Не менее значимым представляется формирование представлений о динамике мотивационной сферы данной категории пациентов в условиях реабилитации с применением средств VR.

Целью работы выступило исследование мотивационных эффектов включения «Шлема виртуальной реальности» в комплексную реабилитацию пациентов с хронической болью в спине.

Материал и методы. В исследование были включены 166 пациентов с хроническим болевым умеренной интенсивности синдромом, развившимся на фоне дорсопатии, проходивших медицинскую реабилитацию в филиале №3 ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ. Работа производилась в два этапа. На первом исследовались психологические характеристики 84 взрослых пациентов (61,9% женщин и 38,1% мужчин, средний возраст $54,5 \pm 14,4$ лет). Психодиагностическое исследование включало применение «Опросника боли Мак-Гилла» для определения качественных характеристик боли [10], опросника «Восстановление локуса контроля» [11], предназначенного для измерения уровня мотивации пациента к достижению улучшения собственного состояния, а также экспертную оценку комплаенса, понимаемого как фиксируемый поведенческий результат выполнения рекомендаций врача. В качестве экспертов выступали лечащий врач и инструктор по лечебной физкультуре, использовалась пятизначная шкала Лайкерта (шкала школьных оценок). На втором этапе для участия в психокоррекционных мероприятиях были приглашены 82 взрослых пациента, среди них 68,3% женщин и 31,7% мужчин в возрасте $50,6 \pm 13,3$ лет. В качестве психокоррекционных мероприятий были предложены следующие методы воздействия: пациенты основных групп и группы сравнения посещали занятия с медицинским психологом в «Школе пациента», основным содержанием которых являлось проведение информационно-разъяснительных мероприятий и обучение противоболевой саморегуляции; для пациентов основных групп дополнительно проводилась работа с образной сферой в формате арт-терапии, либо занятия с использованием «Шлема виртуальной реальности»; пациенты контрольной группы во время пребывания в стационаре участвовали только в психодиагностических мероприятиях с возможностью получения психокоррекционных услуг после завершения стационарного этапа.

Математико-статистическую обработку полученных данных производили в программном пакете Statistica 12.0.

Результаты и их обсуждение. Методологическим основанием анализа явился подход современных исследователей, предлагающий учитывать качественные характеристики боли [12]. Таким образом, на первом этапе исследования по данным «Опросника боли Мак-Гилла» посредством кластерного анализа по методу К-средних были выделены группы с ноцицептивным (65,5% случаев) и смешанным (34,5% случаев) характером боли. Мотивационный настрой всех пациентов в отношении реабилитации (100% случаев) по данным опросника «Восстановление локуса контроля» определяется как высокий, однако реальный поведенческий результат каждого пятого из обследованных (20,3%), по данным экспертной оценки, зафиксирован на уровне «плохо» и «удовлетворительно». Более углубленный анализ и сопоставление результатов исследования по данным опросника «Восстановление локуса контроля» и итогового комплаенса с учетом ноцицептивных/смешанных характеристик болевого синдрома с помощью корреляционного анализа по Спирмену выявил, что высокий комплаенс соотносится с высокими показателями мотивации только в группе пациентов с ноцицептивной болью ($R=0,43$, $p=0,0004$). В группе пациентов со смешанной болью указанная связь на достаточном уровне статистической достоверности не зафиксирована ($R=0,28$, $p=0,14$), детерминируя, тем самым, различия данных групп больных в аспекте реализации рекомендаций медицинского персонала. Можно предположить, что в группе пациентов с ноцицептивным типом сама по себе боль является основным фактором, определяющим мотивированность на достижение улучшения своего состояния и комплаенс, тогда как у пациентов со смешанным типом боли процесс интрапсихической обработки информации имеет, вероятно, иные механизмы. Анализ динамики итогового показателя по данным опросника «Восстановление локуса контроля» по результатам проведенного на втором этапе психокоррекционного воздействия продемонстрировал, что для пациентов с ноцицептивным характером боли достоверные различия присутствовали в группах с применением комплексного психокоррекционного подхода, то есть с использованием арт-терапии и VR-шлема. Описанное воздействие привело к идентичной положительной динамике в параметре локуса контроля, возросшего с $29,4 \pm 4,9$ до $32,0 \pm 3,9$ баллов в группе, посещавшей арт-терапевтические занятия, и с $26,2 \pm 4,4$ до $29,0 \pm 4,1$ баллов в группе, где использовался VR-шлем. В отношении динамики мотивационной сферы в параметре восстановления локуса контроля у пациентов со смешанной болью статистически значимые изменения получены только в группе с применением VR-шлема, однако в данном случае отмечалось достоверно значимое снижение данного параметра с $30,5 \pm 2,7$ до $25,8 \pm 6,9$ баллов после окончания реабилитационных мероприятий. При этом изменения, полученные в

группах с применением «Шлема виртуальной реальности», независимо от характера боли, являются статистически более значимыми, тогда как моновоздействие в виде посещения «Школы пациента», а также отсутствие психокоррекции продемонстрировали отсутствие динамики в параметре восстановления локуса контроля.

Таблица 1.

Динамика показателя восстановления локуса контроля после психокоррекционных занятий

	1 основная группа арт-терапия	2 основная группа Шлем виртуальной реальности	3 группа сравнения Школа пациента	4 группа контрольная
Ноцицептивные	0,05*	0,02*	0,48	0,24
	0,15	0,02*	0,48	0,56

Проведенный анализ значимости различий в уровне выраженности показателя восстановления локуса контроля в соответствующих группах пациентов с ноцицептивными и смешанными характеристиками боли по критерию Манна-Уитни фиксирует достоверные различия между ними до начала реабилитационных мероприятий ($U=21,0$; $p=0,03$) и не фиксирует после окончания реабилитации ($U=33,0$; $p=0,22$), что можно трактовать как положительную динамику в части достижения оптимального реабилитационного настроя с целью повышения приверженности к лечению как во время пребывания в стационаре, так на последующем амбулаторном этапе.

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что различия во взаимосвязи уровня мотивации к достижению улучшения своего состояния и итогового комплаенса в процессе комплексной реабилитации у пациентов с хронической болью в спине ноцицептивного и смешанного типа детерминируют целесообразность включения в индивидуальный реабилитационный план таких больных психокоррекционных занятий. Наиболее эффективным в отношении коррекции мотивационной сферы данной категории больных является применения комплексного подхода с использованием нескольких методов психокоррекции, в том числе включающих работу с образной сферой пациентов, тогда как моновоздействие не отражает значимых изменений в уровне мотивации. Среди исследованных вариантов психокоррекционного воздействия наибольшую эффективность продемонстрировало проведение занятий с использованием высокотехнологичного средства «Шлем виртуальной реальности» в сочетании с посещением «Школы пациента». Полученные результаты демонстрируют достижение мотивационного уровня в параметре восстановления

локуса контроля у пациентов с ноцицептивной и смешанной болью после проведения психокоррекционных занятий с использованием «Шлема виртуальной реальности», что позволяет сделать вывод об оптимизирующем влиянии данного метода на мотивационную сферу и соответствует имеющимся в литературе предположениям о психологических механизмах влияния высокотехнологичных средств виртуальной реальности на мотивацию.

Литература

1. Солоха, О. А. и др. Боль в спине: от диагностики к лечению // Медицинский совет. – 2020. – №2. – С. 34–42.
2. Зиновьева, О. Е. Патогенетическое лечение неспецифической боли в спине / О. Е. Зиновьева, А. Н. Баринов // Медицинский Совет. – 2018. – №9. – С. 25–28.
3. Данилов, А. Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход / А. Б. Данилов, Ал. Б. Данилов. – М. : «АММ ПРЕСС», 2016. – 636 с.
4. Leemhuis, E. et al. Therapeutic Matrix: Virtual Reality as a Clinical Tool for Spinal Cord Injury-Induced Neuropathic Pain // Brain Sciences. – 2021. – V. 11 (9). – P. 1201.
5. Вець, И. В. Адаптация опросника «Вторичная выгода от болезни» // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». – 2021. – № 4. – С. 130–151.
6. Воловик, М. Г. Технологии виртуальной реальности в комплексной медицинской реабилитации пациентов с ограниченными возможностями (обзор) / М. Г. Воловик, В. В. Борзиков, А. Н. Кузнецов, Д. И. Базаров, А. Г. Полякова // Современные технологии в медицине. – 2018. – Т. 10. – № 4. – С. 173–182.
7. Stamm, O. Virtual reality in pain therapy: a requirements analysis for older adults with chronic back pain / O. Stamm, R. Dahms, U. Müller-Werdan // Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation. – 2020. – V. 17 (1). – P. 129.
8. Tejera, D. M. et al. Effects of Virtual Reality versus Exercise on Pain, Functional, Somatosensory and Psychosocial Outcomes in Patients with Non-specific Chronic Neck Pain: A Randomized Clinical Trial // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – V. 17 (16). – P. 5950.
9. Li, Z. et al. The Effect of Virtual Reality Training on Anticipatory Postural Adjustments in Patients with Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Preliminary Study // Neural Plasticity. – 2021.
10. Волкова, Н. И. Шкалы и алгоритмы в общеврачебной практике / Н. И. Волкова, И. Ю. Давиденко, И. С. Джериева [и др.]. – Москва : «ГЭОТАР-Медиа», 2020. – 208 с.
11. Белова, А. Н. и др. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей и научных сотрудников. – М. : Антидор. – 2002. – С. 440.
12. Котельникова, А. В. Виртуальная реальность в коррекции болевого синдрома у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов и позвоночника / А. В. Котельникова, И. В. Погонченкова, В. Д. Даминов, А. А. Кукшина, Н. И. Лазарева // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – № 2 (96). – С. 41–48.

РАЗДЕЛ 14. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ВЫЗОВЫ 21 ВЕКА

ДЕВИАЦИИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И СЕКСУАЛЬНОСТИ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Авилов А.Ю.¹, Сапелкин С.В.², Бизюк А.П.³

¹ СПбМСИ, Санкт-Петербург, Россия

sasha.awilov2016@yandex.ru

²ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия

³ГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: гендерная идентичность, умственная отсталость, шизофрения.

DEVIATIONS OF GENDER IDENTITY AND SEXUALITY IN PERSONS WITH MENTAL PATHOLOGY

Avilov A.Yu.¹, Sapelkin S.V.², Bizyuk A.P.³

¹ SPbMSI, St. Petersburg, Russia

sasha.awilov2016@yandex.ru

² FSBI V.M. Bekhterev NRMC PN, St. Petersburg, Russia

³ FSBEI HE «Academician I.P. Pavlov First SPbSMU», St. Petersburg, Russia

Keywords: gender identity, mental retardation, schizophrenia.

Введение. В зарубежной и отечественной литературе не так много работ, раскрывающих значения аномалий гендерной идентичности в генезе психических расстройств. В середине XX века французский ученый Анри Эй [6], анализируя феноменологию шизофренических психозов, особо выделил сексуальные переживания, которые выражаются гомосексуальностью, афишируемым гермафродитизмом, садомазохистскими тенденциями, гротескными и жестокими эротическими фантазиями, карикатурным, вычурным сексуальным поведением. Незнанов Н.Г., Кацюбинский А.П., Мазо Г.Э. [5] предположили, что патология сексуального поведения и гендерной идентичности у больных шизофренией связаны с влиянием шизофренического процесса на нормальное половое и сексуальное развитие в динамике заболевания, принимающие вид паранойяльных и бредовых идей. Клиническая картина подобных расстройств содержит в себе явления интерпретативного бреда, бреда перевоплощения с полоролевым и сексуальным содержанием [4], а непрерывно текущей процесс охватывает всю структуру личности больного, формируя атипичную, шизофреническую половую идентичность [1]. Транссексуальные и гомосексуальные тенденции, обнаруживаемые у взрослых пациентов с расстройствами интеллектуального

развития, проявляются феноменологией качественно другого характера. Выдвинуто предположение, что особенности полового поведения таких людей зависят от характера недоразвития мозговых структур и от формы заболевания, по классификации Д.Н. Исаева [3].

Нами [1] экспериментально было доказано, что гендерное поведение при некоторых формах умственной отсталости проявляется у мужчин гомосексуальностью, кросс-дрейсингом, нарциссизмом с частичной гинефелией, идентификацией себя с женским полом. Известный российский психиатр А.О. Бухановский [2] под сходными с транссексуализмом состояниями помимо фетишистского трансвестизма, гомосексуализма, рассматривал также транссексуальную установку на смену пола при шизофрении. Последняя патология была рассмотрена автором лишь в форме отдельных клинических случаев. Мы в своем исследовании попытались рассмотреть более широко аспекты гендерной идентичности сходные с транссексуализмом при шизофрении и умственной отсталости.

Цель: описание и анализ сходных с транссексуализмом аспектов гендерной идентичности при шизофрении и умственной отсталости.

Задачи:

- дать характеристику гендерной идентичности и поведения при шизофрении и умственной отсталости;
- сравнить механизмы проявлений гендерной идентичности и поведения при указанных психических заболеваниях.

Материал и методы. В исследование приняли участие 80 больных от 21 до 42 лет, проживающих на территории одного из ПНИ Санкт-Петербурга. Из них 40 человек имели диагноз умственная отсталость (УО) и 40 человек диагноз шизофрения (Ш), все обследуемые - мужчины. Цели исследования достигались с помощью клинико-феноменологического метода и психодиагностической методики тематический апперцептивный тест (ТАТ), а также статистических процедур корреляционного, кластерного анализа, непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждения. Статистический анализ показал следующие результаты. В группе УО все испытуемые проявляли высокий интерес к сексу, гомосексуальное поведение присутствовало у значительной части испытуемых и проявлялось чаще, чем в группе Ш ($p = 0,000016$). Как гомосексуалов идентифицируют себя 82,4% испытуемых. Гомосексуальность в этой группе имеет эротический и чувственный компоненты, проявляясь романтическим поведением, таким как влюбленность, иерархия гендерных отношений, ревность. Данные корреляционного анализа показали, что гомосексуальность имеет положительную корреляцию с транссексуальными тенденциями ($r = 0,589923$) и идентификацией себя с персонажем другого пола ($r = 0,720998$).

Гомосексуальная проекция по результатам ТАТ значительно выше в группе УО ($p = 0,000205$). Гомосексуальная проекция имела выраженные положительные корреляции с транссексуальными тенденциями ($r = 0,723$) и предпочтением женской идентичности ($r = 0,825$). Встречающиеся в группе Ш гомосексуальные эпизоды и проекции не представляется возможным интерпретировать как истинную гомосексуальность, поскольку они имеют бредовой характер, присутствуют идеи сделанности сексуального (гомосексуального) влечения, фантазии искусственного полового акта «с неопределенным существом мужского пола» с искусственным половым членом. На вопросы в беседе или задания стимульного материала ТАТ больные из группы «Ш» дают вычурные ответы вульгарного сексуального, в том числе гомосексуального, содержания, интерпретируя картинки как грубый половой акт, сексуальное насилие или убийство. Для данной группы по сравнению группой УО характерны иные формы сексуальных предпочтений, такие как сексуальное удовлетворение с неодушевленными предметами (с куклами, нарисованными картинками сексуального содержания). Другие формы сексуальных предпочтений имеют положительную корреляцию с проявлением сексуальных перверсий ($r = 0,518$), транссексуальными тенденциями ($r = 0,531$). Гетеросексуальное половое влечение, преобладающее в группе Ш по сравнению с УО ($p = 0,035$) также включалось в сложную структуру бредовых идей.

Транссексуальные тенденции статистически значимо преобладали в группе больных УО ($p = 0,007$). Больные (87%) признавали желание родиться и жить в женском образе, фемининное гендерное поведение доминировало в быту и в оформлении внешности. Кросс-дрейсинговое поведение, преобладавшее в группе УО ($p = 0,036$) выражалось в стремление переодеться в женскую одежду, женское нижнее белье, колготки и обувь. В группе Ш данные феномены проявлялись вычурностью, атаксией, паралогическими явлениями. Стремлению принять женскую сущность придавали метафизическое значение, сопровождавшееся идеями двуполости, находящейся внутри женской сущности, постоянно себя проявляющей и причиняющей больному страдания.

Проведение иерархического кластерного анализа для характеристик группы УО и Ш показало, что группа УО, представлена двумя различающимися гроздьями: одна связана с адекватной идентификацией своего пола («гетеросексуальные предпочтения», «считает себя мужчиной» и «идентификация себя с героем своего пола» по ТАТ). Вторая гроздь полученного кластера, в свою очередь дифференцируется на связь «транссексуальных тенденций» с «кросс-дрейсингом», а также и на общий набор признаков нарушений полоролевой идентичности, упорядоченность которых отличается от результатов больных шизофренией. Здесь нам представляется картина естественной, сознательной гомосексуальности в группе УО.

Группа Ш представлена двумя гроздьями, одна из которых, включая нарциссизм и

мастурбацию, позволяет видеть эти два феномена как автономные от основных тенденций в этой группе и не влияющие на общую картину патологии. Вторая гроздь, полученная для группы Ш, являясь весьма разнородной, имеет иерархически разветвленную структуру, одним из ее ветвей является связка между «идентификацией с героем своего пола» и «взглядом на себя как на мужчину», что указывает на фактор адекватности гендерной идентичности или на относительную способность членов этой группы к подобной идентичности.

Выводы. При умственной отсталости у мужчин формируется гендерная идентичность, представленная гомосексуальностью, женственностью, транссексуальными тенденциями, сходными с типичными проявлениями паттернов при истинной гомосексуальности и транссексуализме, таких как половое влечение к лицам своего пола, желание иметь женские половые признаки, кросс-дрейсинг.

При шизофрении у мужчин гендерная идентичность представляют собой перверсии в виде метафизической интерпретации сексуальности и своей идентичности, удовлетворения полового влечения с неодушевленными предметами, бредовой интерпретацией гомосексуальных и транссексуальных тенденций. Истинной гомосексуальности и транссексуальных состояний, основанных на желании иметь в себе признаки другого пола и гомосексуальности, для данного заболевания не типичны.

Литература

1. Авилов А.Ю., Сапелкин С.В., Бизюк А.П. Общественно ориентированная психиатрия: научно-практические аспекты и векторы развития. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. М.: Макс-пресс, 2022. с. 19-22.
2. Бухановский А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная адаптация и реабилитация: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1994
3. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003. 384 с.
4. Матевосян С.Н. Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико – феноменологические особенности и лечебно - реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). М.: ООО Медицинское информационное агентство. 2012. 393 с.
5. Незнанов Н.Г., Кацюбинский. А.П, Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная психиатрия: руководство для врачей. – СИМКБ. 2020. 904 с.
6. Эй А. Шизофрения. Киев.: Сфера. 1998. 388 с.

ФЕНОМЕН ОБЫДЕННОГО САДИЗМА: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Атаджыкова Ю.А, Ениколопов С.Н.

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

at.julia@gmail.com

enikolopov@mail.ru

Ключевые слова: обыденный садизм, психопатия, темная триада, темная тетрада, психодиагностика.

THE PHENOMENON OF EVERYDAY SADISM: DIAGNOSTICS AND FUTURE RESEARCH

Atadzhykova Yu.A., Enikolopov S.N.

¹ FSBSI MHRC, Moscow, Russia

at.julia@gmail.com

enikolopov@mail.ru

Keywords: everyday sadism, psychopathy, dark triad, dark tetrad, diagnostics.

Понятие «обыденный садизм» берет начало в работах группы исследователей под руководством Д. Поульса [20], которые обозначили этим термином субклинический садизм – набор поведенческих, когнитивных и эмоционально-личностных характеристик, имеющих более мягкие формы манифестации по сравнению со своими клиническими эквивалентами (в категории расстройств личности и парафилий) и подразумевающий наличие у индивида мотивации к жестокости в качестве ведущей, или, другими словами, стремления причинить боль ради причинения боли самого по себе [23, 12]. Исследование садизма как субклинической единицы играет важную роль в области не только общей, но и клинической психологии, поскольку позволяет анализировать ряд релевантных негативных явлений, таких как буллинг, семейное насилие, самоповреждения и др. [14, 22].

Несмотря на то, что субклинический, или обыденный, садизм изучается в зарубежной психологии уже более десяти лет, и авторами этого понятия и другими исследователями был разработан ряд инструментов для измерения садистических черт в общей популяции, теоретический базис для всеобъемлющего понимания обыденного садизма до сих пор остается не исследованным [24]. Одна из наиболее популярных концептуализаций, существующих сегодня — это описание садизма как черты личности наряду с другими, во многом феноменологически сходными, чертами, такими как психопатия и нарциссизм. Последние два конструкта вместе с макиавеллизмом входят в «Темную триаду» личностных черт, исследование которой остается актуальным в отечественной и зарубежной психологии. Субклинические психопатия и садизм демонстрируют устойчивые связи с кругом феноменов, изучение которых представляется особенно актуальным не только в психологии, но и в смежных науках (социология, юриспруденция, криминология и др.). Согласно эмпирическим исследованиям, темные личностные черты связаны с такими явлениями, как черты «Большой Пятерки», антисоциальное поведение, черты эмоциональной холодности, различные формы агрессии, гендерная враждебность, из более современных – явление троллинга в интернете, а

также многие другие [13, 22, 26].

Не вызывает сомнения то, что психологические исследования теоретической основы различных видов агрессии, антисоциального поведения и других смежных конструктов, эмпирических связей этих явлений с эмоционально-личностными особенностями и поведением индивидов, а также оценки различного рода рисков и построение прогностических моделей не теряет своей актуальности в современном мире. Исследования показывают, что субклиническая психопатия и обыденный садизм имеют наиболее разнообразные и выраженные связи с различными аспектами проявления агрессии и антисоциального поведения, представляющие наибольшие риски для общества. Например, в отличие от индивидов с преобладающими нарциссическими или макиавеллистскими чертами, которые более склонны проявлять агрессию в ограниченном контексте, индивиды с садистическими и психопатическими чертами скорее рассматриваются как «агрессоры без повода» [23]. Так, психопатия является сильным предиктором криминального насилия и рецидивов совершения насильственных преступлений, что подтверждается не только на англоязычных выборках, но и в других популяциях [9, 25]. Обыденный садизм в свою очередь из всех темных черт оказался наиболее сильным предиктором троллинга в интернете [10], а также проявления агрессии без провокации при условии больших затрат и отсутствия значимой выгоды [12].

Тем не менее, в российской психологии исследования этих субклинических конструктов остаются ограниченными и часто изолированными друг от друга. Наиболее исследованным явлением представляется конструкт «Темной триады». В 2014 году Егорова с коллегами перевели и адаптировали для русскоязычной популяции методику диагностики и измерения темных черт, который за последующие годы подтвердил свою валидность и актуальность [4, 8]. К сожалению, исследования наиболее опасных темных черт – психопатии и обыденного садизма – более ограничены в силу недостаточности методического инструментария. Так, в настоящее время на русский язык переведена и апробирована на русскоязычной популяции только одна методика измерения психопатических черт – Триерархический опросник психопатии К. Патрика [18], в то время как в зарубежной науке существует большое разнообразие таких методик, которые включают как опросники, так и методы экспертной оценки и клинического интервью [15, 16, 27]. Триерархический опросник обнаружил достаточные психометрические показатели для использования в исследованиях, однако задача сбора нормативных данных для общей популяции остается актуальной [1]. Методик для оценки выраженности черты обыденного садизма в настоящее время не так много и в зарубежной психологии, однако и среди разработанных инструментов можно выделить как более структурно простые, так и более многоаспектные методики [11]. Более подробные

обзоры, посвященные феномену обыденного садизма и способам его диагностики, только начинают появляться в русскоязычном пространстве [2, 3].

Актуальность исследования темных черт личности, помимо их связей с релевантными для изучения параметрами в контексте общественной безопасности (такими, как антисоциальное поведение и проявления агрессии и враждебности) подтверждается интересом зарубежных и отечественных исследователей к их концептуализации в форме так называемой «Темной Тетрады» [17, 6]. Еще более 10 лет назад ряд авторов, изучающих черты «Темной триады», в связи с возрастающим интересом к феномену обыденного садизма и накоплением некоторых эмпирических данных, подняли вопрос о возможной инкорпорации черты обыденного садизма в концепт «Темной триады» личностных черт [13, 18]. Одной из важных целей теоретического исследования темных черт по отдельности, а также в совокупности, является концептуальное отделение каждого из конструктов от остальных. Актуальной проблемой является частичное совпадение обыденного садизма и психопатии, которое получило некоторое прояснение благодаря последней версии опросника обыденного садизма, включающего разные формы садизма (физический, вербальный и викарный) [17]. Особенно важным это различие предстает в свете того, что, хотя все темные черты имеют ряд общих корреляций (например, с агрессией), каждая из них может быть по-разному связана с конкретными проявлениями антисоциального поведения и другими феноменами в области девиантной психологии (например, при учете разных видов провокации, видов агрессии, эмоциональных реакций на различные стимулы и т.д.).

Исследование «Темной тетрады» как концептуального расширения [10, 17] «Темной триады» уже набирает популярность среди зарубежных исследователей, а в 2022 году одноименная методика была адаптирована русскоязычными авторами и обнаружила удовлетворительные психометрические показатели, а также соответствующую оригинальной методике внутреннюю структуру опросника [6]. Все эти исследования стимулируют дальнейшее изучение феномена темных черт личности на русскоязычных выборках.

Нами был выбран инструмент для оценки выраженности черты обыденного садизма, являющийся наиболее полным и охватывающим сразу три аспекта ее проявления - физический, вербальный и викарный – Всесторонняя оценка садистических черт [12]. Сравнение этой методики с другими англоязычными инструментами оценки обыденного садизма представлены в нашем последнем обзоре [2]. В настоящее время ВОСЧ переведен нами на русский язык, отредактирован с помощью метода обратного перевода и находится на этапе сбора данных для апробации. В исследовании также применяются классические методики для измерения релевантных исследуемому конструкту индивидуальных особенностей (таких, как эмпатия, агрессия, враждебность и др.), а также наиболее актуальные

русскоязычные методики инструменты [1, 6]. Основными целями такого исследования является подтверждение валидности новой методики измерения черты обыденного садизма, сбор нормативных данных для русскоязычной популяции для субклинической психопатии и обыденного садизма; изучение связей этих конструктов с релевантными параметрами; а также сбор дополнительных эмпирических данных для подтверждения внутренней структуры и валидности новейшего опросника – «Темной тетрады».

Литература

1. Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. Апробация методики диагностики психопатии К. Патрика на российской выборке. Психологическая наука и образование. 2015. Том 20. № 4. С. 75–85.
2. Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. Феномен обыденного садизма. Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2021. № 1. С. 3856.
3. Дериш Ф.В. Темная триада личности: обзор современных исследований. Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2021. №2.
4. Егорова М.С., Ситникова М.А., Паршикова О.В. Адаптация Короткого опросника Темной триады. Психологические исследования. 2015. Т. 8. № 43. С. 1.
5. Егорова, М.С., Паршикова, О.В., Ситникова, М.А. Половые различия по показателям Темной триады. Психологические исследования. 2015. 8(39).
6. Корниенко Д. С., Вязовкина В.К., Горностаев И.С. Адаптация и психометрическая проверка методики “Короткий опросник темной тетрады”. Психологический журнал. 2022. Т. 43. № 5. С. 87-98.
8. Корниенко Д.С., Дериш Ф.В., Психометрические характеристики "Короткого опросника Темной триады". Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2019. №4.
9. Bergström H., Farrington D.P. Psychopathic personality and criminal violence across the life-course in a prospective longitudinal study: Does psychopathic personality predict violence when controlling for other risk factors?, *Journal of Criminal Justice*, 2022.
10. Buckels E. E., Trapnell P. D., Paulhus D. L. Trolls just want to have fun. *Personality and Individual Differences*, 2014. 67, 97–102.
11. Buckels E. The Psychology of Everyday Sadism. Dissertation. 2018. University of British Columbia.
12. Buckels E., Jones D., & Paulhus D. Behavioral Confirmation of Everyday Sadism. *Psychological science*, 2013. 24.
13. Chabrol E., Van Leeuwen N., Rodgers R., Séjourné N. Contributions of Psychopathic, Narcissistic, Machiavellian and Sadistic Personality Traits to Juvenile Delinquency. *Personality and Individual Differences*, 2009. 47, 734-739.
14. Greitemeyer T., Sagioglou C. Predictors of nonsuicidal self-injury: The independent contribution of benign masochism and antisocial personality, *Personality and Individual Differences*, Volume 168, 2021.
15. Hare, R. D. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, 2nd edition. 2003. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
16. Patrick, C. J. Operationalizing the triarchic conceptualization of psychopathy: Preliminary description of brief scales for assessment of boldness, meanness, and disinhibition. Unpublished manuscript. 2010. University of Minnesota. Minneapolis, MN.
17. Johnson L. K., Plouffe R. A., Saklofske, D. H. Subclinical sadism and the Dark Triad: Should there be a “Dark Tetrad”? *Journal of Individual Differences*, 2019. 40, 127–133.
18. Patrick C.J., Fowles D.C., Krueger R.F. Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*. 2009. Vol. 21. P. 913-938.
19. Paulhus D. L. Toward a Taxonomy of Dark Personalities. *Current Directions in Psychological Science*, 2014. 23(6), 421–426.
20. Paulhus D.L., Dutton D.G. Everyday sadism. The dark side of personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology. In V. Zeigler-Hill & D. K. Marcus (Eds.). (pp. 109–120). 2016. American Psychological Association.
21. Pechorro P., Curtis S., DeLisi M., Maroco J., Nunes C. Dark Triad Psychopathy Outperforms Self-Control in Predicting Antisocial Outcomes: A Structural Equation Modeling Approach. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2022. 12(6):549-562.
22. Pineda D., Galán M., Martínez-Martínez A., Campagne D.M., Piqueras J.A. Same Personality, New Ways to Abuse: How Dark Tetrad Personalities Are Connected With Cyber Intimate Partner Violence. *J Interpers*

Violence. 2022.

23. Reidy D.E., Zeichner A. & Seibert, L. Unprovoked Aggression: Effects of Psychopathic Traits and Sadism. *Journal of personality*, 2011. 79, 75-100.

24. Russell M. A Functional Perspective on Everyday Sadism. 2019.

25. Shagufta S. Psychopathy predicting violent criminal behaviour among adult offenders. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 2020. 14(1), 75–83.

26. Thomas L., Egan V. A systematic review and meta-analysis examining the relationship between everyday sadism and aggression: Can subclinical sadistic traits predict aggressive behaviour within the general population?, *Aggression and Violent Behavior*, 2022.

27. Tsang S, Salekin RT, Coffey CA, Cox J. A comparison of self-report measures of psychopathy among nonforensic samples using item response theory analyses. *Psychol Assess.* 2018 Mar;30(3):311-327.

СУБЪЕКТИВНОЕ ОЩУЩЕНИЕ ОДИНОЧЕСТВА И ТРЕВОЖНОСТЬ У СТУДЕНТОВ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ

Воробьева Е.В., Каркищенко В.М.

ФГАОУ ВО ЮФУ, Ростов-на-Дону, Россия

evorob@sfedu.ru

Ключевые слова: субъективное ощущение одиночества, тревожность, студенты.

SUBJECTIVE FEELING OF LONELY AND ANXIETY AMONG STUDENTS DURING PANDEMIC

Vorobyeva E.V., Karkishchenko V.M.

FSAEI HE SFU, Rostov-on-Don, Russia

evorob@sfedu.ru

Keywords: subjective feeling of loneliness, anxiety, students.

Введение. Главным параметром студенческого возраста является стремление отыскать свое место в мире, обрести свой круг близких людей и единомышленников. Если этого не случается, рождается чувство одиночества, выступающее как состояние, где сочетаются беспокойство по поводу реального или воображаемого отсутствия желательных социальных контактов и неопределенность, и, как следствие, тревожность и «уход» в себя. Ситуация пандемии COVID-19 оказала существенное влияние на психическое здоровье населения, способствовала усилению изоляции людей друг от друга, сопровождалась переходом вузов на дистанционный формат обучения, неформальные личностные контакты студентов между собой существенно сократились [14]. Под субъективным ощущением одиночества в работе понимается «один из психогенных факторов, влияющих на эмоциональное состояние человека, находящегося в измененных (непривычных) условиях изоляции от других людей»

[9]. Под тревожностью понимается «переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей опасности» [11]. Уровень тревожности зависит от индивидуально-типологических особенностей, которые, в свою очередь, обусловлены влиянием наследственных факторов [4, 5]. В работе исследовалось предположение о том, что уровень субъективного ощущения одиночества у студентов ВУЗов в эпоху пандемии может быть взаимосвязан с уровнем ситуативной и личностной тревожности.

Материал и методы. В работе приняли участие 78 студентов, проживающих в г. Ростове-на-Дону, в возрасте 18-26 лет, 1-4 курсов различных высших учебных заведений (ЮФУ, ДГТУ, РИНХ) гуманитарных факультетов, 45 женщин, 33 мужчины. Использовались методики: Методика субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона [13], Опросник для определения вида одиночества [7], Опросник Спилбергера-Ханина на измерение тревожности [13], Личностная шкала проявления тревоги [13], Шкала тревоги Бека [2], Экспресс-диагностика склонности к немотивированной тревожности [1]. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием IBM SPSS STATISTICS version 19.

Результаты и их обсуждение. Результаты по Методике субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона показали, что низкий уровень субъективного ощущения одиночества ($13,8 \pm 3,8$) выражен у 34 респондентов (44%), 22 респондента (28%) имеют средний уровень субъективного ощущения одиночества ($27,3 \pm 4,9$), 22 респондента (28%) имеют высокий уровень субъективного ощущения одиночества ($48,3 \pm 5,5$). По Опроснику для определения вида одиночества С. Г. Корчагиной получено, что средний уровень выраженности диффузного вида одиночества в нашей выборке составил $6,9 \pm 1,5$, отчуждающего вида одиночества $7,8 \pm 1,6$, диссоциированного вида одиночества $8,9 \pm 2,2$, состояния одиночества (без определения вида) $9 \pm 3,3$. Результаты оценки выраженности ситуативной тревожности по Опроснику Спилбергера-Ханина показали, что 50 респондентов (64%) имеют низкий уровень ($25,6 \pm 3,5$), 25 респондентов (32%) - средний уровень ($34,6 \pm 3,3$), 3 респондента (4%) - высокий уровень ($48,7 \pm 0,6$). Оценка выраженности личностной тревожности показала, что 62 респондента (79%) имеют высокий уровень ($55,2 \pm 7,1$), 14 респондентов (18%) - средний уровень ($39,6 \pm 4,8$), 2 респондента (3%) - низкий уровень (29 ± 0). Оценка проявления тревоги с применением шкалы Дж. Тейлора показала, что 11 респондентов (14%) имеют средний уровень личностной тревожности ($9,5 \pm 2,5$) с тенденцией к низкому, 29 респондентов (37%) имеют средний уровень личностной тревожности ($20,3 \pm 3,1$) с тенденцией к высокому, 30 респондентов (39%) имеют высокий уровень личностной тревожности

(30,2±3,7), 8 респондентов (10%) имеют очень высокий уровень личностной тревожности (43,5±0,5). В результате тестирования студентов по Шкале тревоги Бека получено, что 67 человек (86%) имеют низкий уровень тревоги (10,9±5,3), 11 человек (14%) имеют средний уровень тревоги (26,4±4,4). Оценка склонности к немотивированной тревожности с применением методики В. В. Бойко показала, что 42 человека (54%) имеют некоторую склонность к немотивированной тревожности (5,8±1,1), 36 человек (46%) не имеют склонности к немотивированной тревожности (3,1±1,3).

Проведенный корреляционный анализ по Спирмену показал наличие статистически достоверных взаимосвязей между показателем субъективного ощущения одиночества по методике Д. Рассела и М. Фергюсона и выраженностью ситуативной ($R=0,64$, $p<0,01$) и личностной ($R=0,81$, $p<0,01$) тревожности по методике Спилбергера-Ханина, и показателем по шкале тревоги Дж. Тейлора ($R=0,83$, $p<0,01$), и показателей по шкале тревоги Бека ($R=0,39$, $p<0,01$), и склонности к немотивированной тревожности по методике В. В. Бойко ($R=0,38$, $p<0,01$).

Полученные данные подтверждаются в работах других авторов. В работе Никифоровой С.А. выявлена взаимосвязь между субъективным ощущением одиночества и ситуативной и личностной тревожностью [10]. Прихожан А. М., Дубровина И. В. считают, что тревожность влияет на успешность обучения и налаживания социальных контактов [12]. Присутствие рядом других людей снижает интенсивность негативных эмоциональных состояний и уменьшает уровень тревоги. Отсутствие или недостаточность социальных связей может считаться возможной причиной развития стресса [6]. Краснова В.В., Холмогорова А.Б. на основе своих исследований составили психологические особенности студента с высоким уровнем социальной тревожности: избегает социальной активности; застенчив во время выступлений; не стремится к совместной деятельности с сокурсниками; чувствует напряжение в ситуациях взаимодействия с малознакомыми людьми; не способен обратиться за поддержкой к преподавателям и одногруппникам; в компаниях молчалив; воспринимает критические замечания в свой адрес как неприятие [8]. Высокий уровень личностной тревожности у студентов сочетается с повышенной восприимчивостью и обидчивостью, что значительно затрудняет общение и влияет на эффективность этого общения, следовательно, на взаимоотношения с другими людьми [15]. Боднар Э.Л. и Шахматова Е.П. показали, что высокотрехотные студенты испытывают трудности в общении с группой [3].

Выводы. Уровень субъективного ощущения одиночества у студентов ВУЗов разных направлений подготовки взаимосвязан с уровнем личностной и ситуативной тревожности. Более высокому уровню субъективного ощущения одиночества соответствует более высокий уровень личностной и ситуативной тревожности.

Литература

1. Барканова О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы. Психологический практикум. Красноярск: Литера-Принт, 2009. 237 с.
2. Бек А., Джудит С. Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. М.: ООО И.Д. Вильямс, 2006. 400 с.
3. Боднар Э.Л., Шахматова Е.П. Личностная тревожность и состояние одиночества как критерии вузовской адаптации студентов // Психолого-педагогические проблемы образования, 2015. С. 189-193.
4. Воробьева Е.В. Психогенетика. Учебник для ВУЗов. Ростов-на-Дону : Южный федеральный университет, 2014. 283 с.
5. Воробьева Е.В. Психогенетическое исследование личностных особенностей // Северо-кавказский психологический вестник. 2005. № 3. С. 13-19.
6. Карвасарский Б.Д., Бизюк А.П., Володин Н.Н. Клиническая психология. Учебник для вузов. Питер, 2019. С. 896.
7. Корчагина С.Г. Психология одиночества: учебное пособие. М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. 228 с.
8. Краснова В. В., Холмагорова А. Б. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация // Психологическая наука и образование, 2011. № 1. С. 1-10.
9. Краткий психологический словарь. Сост. Л. А. Карпенко / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1985. 431 с.
10. Никифорова С.А. Психотерапевтические возможности физической культуры и спорта в ситуации переживания проблемного одиночества // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум», 2019. С. 70-74.
11. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. - Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.
12. Прихожан А.М., Дубровина И.В. Психология. М.: Академия, 1999. 461 с.
13. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М.: ПЕР СЭ, 2004. 176 с.
14. Сетянова, Е.Б., Воробьева Е.В. К вопросу о влиянии пандемии COVID-19 на психическое здоровье населения // Ананьевские чтения 2020. Психология служебной деятельности: достижения и перспективы развития. Материалы международной научной конференции. Санкт-Петербург: ООО "Скифия-принт", 2020. С. 1036-1037. <https://elibrary.ru/item.asp?id=44603748>
15. Уварова М.Ю., Кедярова Е.А. Исследование личностной тревожности и мотивации достижения у студентов-первокурсников // Известия Иркутского государственного университета. Серия: «Психология», 2014. Т. 8. С. 74 - 86.

НОВЫЕ ЗАДАЧИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ

Воробьева Н.В., Киреева И.Н., Риковская В.Б.

СПбГКУЗ ГПБ №3 им. И.И.Скворцова-Степанова, Санкт-Петербург, Россия

rik-veronika@yandex.ru

Ключевые слова: оказание психиатрической помощи, пандемия, психологическое консультирование родственников, выгорание специалистов.

NEW OBJECTIVES OF THE WORK OF MEDICAL PSYCHOLOGISTS IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL DURING THE PANDEMIC ERA

Vorobyeva N.V., Kireeva I.N., Rikovskaya V.B.

SPbSEHI I.I. Skvorcov-Stepanov CPH No.3, St. Petersburg, Russia

rik-veronika@yandex.ru

Keywords: providing psychiatric care, pandemic, psychological counseling of relatives, burnout in specialists.

В связи со сложностью, напряженностью и неопределенностью эпидемиологической ситуации, связанной с распространением новой коронавирусной инфекции, и введением жестких карантинных ограничений, в марте 2020 года допуск родственников пациентов в нашу психиатрическую больницу, как и во многие учреждения здравоохранения, был прекращен. Многие стационары перепрофилировались на оказание помощи пациентам, заболевшим новой коронавирусной инфекцией. Наша больница была также перепрофилирована на оказание помощи психиатрическим пациентам, заболевшим новой коронавирусной инфекцией, что повлекло изменение в работе всех отделений и структур больницы, существенно увеличив психологическую напряженность и уровень профессионального стресса всего персонала больницы. Наряду со сложившейся сложной ситуацией родственники пациентов, лишённые возможности посещения своих близких, очных бесед с лечащими врачами в отделениях и представителями администрации больницы, оказались в информационном вакууме, испытывали сильнейшую тревогу и значительное эмоциональное напряжение, остро нуждаясь как в информационной, так и в психологической поддержке. Как следствие, это провоцировало большое количество конфликтов и недопонимания между персоналом больницы и непосредственно родственниками и близкими находящихся в больнице пациентов. В эпоху пандемии даже кратковременное игнорирование или недостаточное внимание к вопросу профилактики и коррекции факторов психологической напряженности и профессионального стресса достаточно быстро может привести к эмоциональному выгоранию и профессиональной деформации медицинских специалистов, поскольку к числу изначальных стресс-факторов добавляются дополнительные: угроза заражения. Резко возросшая рабочая нагрузка, требует постоянного поддержания мобилизационной готовности; противоречивость поступающей информации и административных указаний; существуют организационные проблемы и невозможность долгосрочного планирования, связанные с неопределенностью ситуации; отсутствие опыта, на который можно было бы опереться, и ясных прогнозов относительно улучшения ситуации.

Разрушаются привычные стереотипы поведения в рабочих ситуациях; недоступны стандартные способы совладания со стрессом, утрачены привычные источники удовольствия; социальные ресурсы. Требуется фактическая инструментальная помощь, за которой можно обратиться в стрессовой ситуации; и чем обширнее социальная поддержка, тем конструктивнее осуществляется переработка жизненных и рабочих стрессов [1, 3, 4, 5]. Одной из принятых к реализации мер для профилактики эмоционального выгорания у медицинского персонала было создание в марте 2020 года горячей телефонной линии для оказания кризисной помощи родственникам пациентов и привлечение к этой работе медицинских психологов [2]. Перед медицинскими психологами, работающими на телефоне «горячей линии», были поставлены следующие задачи: 1. информирование родственников пациентов по общим организационным вопросам (предоставление информации об условиях пребывания и внутреннем распорядке больницы, графике приема передач, об условиях взаимодействия с врачами и представителями администрации, о порядках предоставления психиатрической помощи, особенностях маршрутизации пациентов в условиях сложной эпидемиологической обстановки); 2. психологическая поддержка и психологическое консультирование родственников (помощь в преодолении ситуативной тревоги и эмоционального напряжения, связанных с диагностированием психического расстройства и с фактом госпитализации в закрытый психиатрический стационар, с распространением коронавирусной инфекции, а также с другими сложными жизненными ситуациями); 3. психообразование родственников (повышение их грамотности в вопросах психического здоровья, разъяснение особенностей протекания психических расстройств, работа, нацеленная на дестигматизацию, подготовка родственников к продуктивной беседе и конструктивному взаимодействию с врачом); 4. медиация (урегулирование проблемных ситуаций, работа с возражениями, предубеждениями и дисфункциональными установками родственников относительно психиатрического лечения, разрешение спорных и внештатных ситуаций, информационная подготовка врачей и сотрудников администрации к беседе с конфликтными родственниками). До момента снятия ограничений на посещение родственниками пациентов больницы ежедневно на телефон горячей линии поступало до 100 звонков. Все телефонные звонки фиксировались в ежедневном отчете, что позволило провести анализ проведенной работы и основные запросы родственников пациентов:

–42% от общего количества звонков – разрешение вопросов справочного характера;

–17% - психологическая поддержка и консультирование родственников пациентов;

–14% - психологическая поддержка и консультирование родственников пациентов, находящихся в другом городе;

–12% - разрешение конфликтных и проблемных ситуаций на уровне «горячей линии» и отделения;

–10% - осуществление экстренной связи «врач-родственник»;

–5% - информирование, поддержка и дальнейшая маршрутизация выписавшихся пациентов.

Привлечение медицинских психологов, имеющих опыт психокоррекционной и психообразовательной деятельности, к работе на телефоне «горячей линии» в нашем психиатрическом учреждении позволило обеспечить:

1. Повышение качества обслуживания и степени удовлетворенности пользователей психиатрической помощи предоставляемыми медицинскими услугами;
2. Доступную и оперативную связь родственников с представителями учреждения по широкому спектру вопросов, вне зависимости от места нахождения абонента;
3. Осуществление непосредственного предоставления информации, исходя из актуальных запросов, решение задач здесь и сейчас;
4. Осуществление дифференцированного подхода к решению проблемных вопросов с учетом степени их значимости и необходимой срочности реагирования;
5. Своевременное выявление возможного недовольства со стороны родственников, для предотвращения конфликтных ситуаций, их своевременного разрешения, для профилактики жалоб;
6. Повышение доступности психообразовательной работы с родственниками.

Привлечение такого мощного ресурса позволило перенаправить значительно усилившийся в условиях карантинных ограничений поток напряжения и недовольства у родственников на психологов, тем самым снизив уровень стрессовой нагрузки и риски эмоционального выгорания у врачей и других медицинских работников, задействованных в оказании помощи пациентам. Таким образом, можно говорить о том, что профессиональное сопровождение родственников психиатрических пациентов опытными медицинскими психологами позволило достичь следующих результатов: снизить нагрузку на медицинский персонал; повысить качество обслуживания и удовлетворенность пользователей психиатрической помощью; обеспечить доступность и оперативность связи родственников с врачами; помогать родственникам, исходя из их актуальных запросов, «здесь и сейчас»; дифференцировать подходы к решению проблемных вопросов с учетом степени их значимости и необходимой срочности реагирования; своевременно выявлять возможное недовольство у родственников, предотвращать конфликтные ситуации, профилируя жалобы, снижая их количество; предоставлять своевременно полученные от родственников сведения в структурные подразделения больницы; оптимизировать организацию взаимодействия врачей

с родственниками; обеспечить доступность психообразовательной работы с родственниками; расширить пространственно-временную, когнитивную и эмоционально-личностную зону восприятия родственниками сложившейся ситуации.

Литература

1. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией. Соц. и клин. психиатрия, 2007.-Т. 17.- Вып.1.- С.43-47.
2. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. А.Н.Моховиков под ред. и с предисловием В.Е.Кагана. – М.: Смысл, 2001. – 494с.
3. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева. – 2015. – Т.2. – С.17-21.
4. Роджерс, К. Консультирование и психотерапия. – М.: ЭксмоПресс, 2012. – 464 с.
5. Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы - отношение к предубеждениям и обвинениям.- М.: Алетейя, 2001.-216с.

ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ПРОКРАСТИНАЦИИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ВОСПРИЯТИЯ ПРОСТРАНСТВА

Гаврилова А.О.¹, Зверева М.В.²

¹ НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия

Gawreks@gmail.com

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

art@mzvereva.ru

Ключевые слова: прокрастинация, восприятие, восприятие пространства, лень.

A PILOT STUDY OF THE RELATIONSHIP OF PROCRASTINATION WITH THE PECULIARITIES OF SPACE PERCEPTION

Gavrilova A.O.¹, Zvereva M.V.²

¹ NEPI HE MIP, Moscow, Russia

Gawreks@gmail.com

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

art@mzvereva.ru

Keywords: procrastination, perception, space perception, laziness.

Введение и постановка проблемы исследования. В современном быстро развивающемся мире темп жизни набирает обороты, перед человеком открываются не только новые возможности, но и новые задачи, которые необходимо решать, что делает навык планирования и организации своей деятельности особенно значимым для каждой личности. Продуктивность, многозадачность и успешность - такие требования ставит перед человеком общество. В поле

зрения психологов относительно недавно попал такой феномен как «прокрастинация». Прокрастинация – «систематическое несоблюдение человеком установленных им самим сроков реализации деятельности, сопровождаемое внутренним психологическим дискомфортом» [2, с. 129]. Постоянное саморазвитие, обучение и высокий уровень профессионального функционирования являются неотъемлемой частью интеграции личности в обществе, что делает вопрос изучения феномена «прокрастинация» важным для психологической науки.

Исследователи отмечают, что с увеличением темпа жизни возрастает и распространенность прокрастинации среди учащейся молодежи (Kachgal M. M. et al., 2001; Tibbett T.P., Ferrari J.R, 2014). Однако прокрастинация становится обыденным феноменом для поколения 25-35 лет, чего раньше не отмечалось [4]. Что делает изучение феномена актуальным и значимым в современном мире?

Большинство исследований показывает, что для прокрастинатора самым трудным является старт деятельности [5]. Исходя из этого, можно предположить, что люди, склонные к прокрастинации, обладают определенными чертами личности, а также особым образом воспринимают окружающее пространство и категорию времени, что в дальнейшем влияет на организацию работы и, собственно, может провоцировать прокрастинацию.

В своем исследовании мы опирались на философские работы профессора, доктора философских наук Джона Перри [3]. В одной из своих работ он выдвигает умозрительную гипотезу о том, что существует два типа организации, предпочитаемого типа работы в пространстве:

1. «Вертикалы» - тип людей, склонных к упорядоченному хранению документов и файлов в рабочем пространстве. «Сама идея вертикальной организации происходит от вертикальных шкафов для хранения документов... На самом деле способность использовать их по назначению и является отличительной чертой вертикально организованного человека».[3, с.66].

2. «Горизонталы» - тип людей, склонных к хаосу на рабочем месте. Рабочее пространство такого человека неупорядоченно, все нужные для работы материалы рассыпаны по рабочему месту (горизонтальным поверхностям) [3].

Для экспериментального исследования была взята эта гипотеза. Основное предположение: прокрастинаторы чаще отдадут предпочтение горизонтальной организации пространства. В данном случае восприятие рассматривается как первая операция в процессе организации пространства. Таким образом, настоящее пилотажное исследование является первым в череде работ по изучению аспекта «пространственная организация» в связи с феноменом «прокрастинация».

Материалы и методы. Методики исследования:

1. Опросник «Шкала академической прокрастинации» (PASS) в адаптации М.В Зверевой [1] - выбран для отбора респондентов с нужными характеристиками. Методика включает в себя 3 части: частота прокрастинации, причины прокрастинации (социальная тревожность, лень, вызов, плохой перфекционизм), личностные черты «прокрастинатора» (самоконтроль, импульсивность, организованность, избегание неудач).

2. Тест «Поиск слов» (авторская разработка). Методика состоит из 4-х прямоугольных таблиц (12x9 ячеек, в каждой из которых расположена буква). Задача испытуемого заключается в поиске слов «триггеров» (в таблицах представлены специально отобранные слова, связанные с такими процессами, как работа и обучение), расположенных по горизонтали и вертикали, в зашумленном пространстве. Время выполнения каждой таблицы ограничено (1 минута). Оценивается общее количество найденных слов, а также отдельно по их ориентации (вертикальной или горизонтальной).

Выборка. 34 респондента (мужчины и женщины). Возраст от 18 до 25 лет. Образование: высшее, неполное высшее.

Результаты. Ответы по опроснику «Шкала академической прокрастинации» (PASS) были обработаны в соответствии с ключом, предложенным автором. Для обработки теста «Поиск слов» были, отдельно для каждого респондента, посчитаны все слова найденные по вертикали и все слова найденные по горизонтали. Анализ данных проводился с помощью метода «непараметрическая корреляция Спирмена». Поиск корреляции проводился между показателями шкал второй и третьей части опросника «Шкала академической прокрастинации», и количеством слов, найденных по горизонтали и вертикали в тесте «Поиск слов».

Ниже представлены таблицы 1 и 2 с результатами проведенного анализа.

Таблица 1.

Описательные статистики для опросника PASS и методики «Поиск слов»

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартное отклонение
«Шкала оценки прокрастинации PASS» (баллы)					
Частота прокрастинации	34	8	30	18,59	5,088
Социальная тревожность	34	1,0	4,2	1,926	0,7456
Лень	34	1,0	4,8	3,129	0,9559
Плохой перфекционизм	34	1,0	4,1	1,580	0,6340
Вызов	34	1,0	4,0	1,610	0,7838

Организованность	34	1,2	4,8	2,539	0,9429
Избегание неудач	34	1,7	4,7	3,417	0,7227
Импульсивность	34	1,0	4,3	2,490	1,0290
Самоконтроль	34	2,7	5,0	3,980	0,6458
«Поиск слов» (абс. количество слов)					
Горизонтально ориентированные слова	34	0	26	11,15	6,734
Вертикально ориентированные слова	34	0	19	9,41	4,398
Общее количество слов	34	4	37	20,26	7,790

Статистическая обработка данных для проверки гипотезы взаимосвязи между прокрастинацией и восприятием пространства проведена с использованием непараметрического критерия корреляции Спирмена. По ее результатам была выявлена отрицательная корреляция между следующими показателями:

1. «Лень» и «Импульсивность» с количеством найденных по вертикали слов.
2. «Вызов» с количеством найденных по горизонтали слов.

Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Коэффициенты корреляции между показателями опросника прокрастинации и характеристиками восприятия пространства

«Поиск слов» «Шкала PASS»	Горизонтальные	Вертикальные	Общее
Лень	-0,030	-,354*	-0,155
«Вызов»	-,405*	-0,091	-,351*
Импульсивность	-0,072	-,410*	-0,162

* - Уровень значимости 0.05

Резюме. Полученные корреляции позволяют говорить о наличии связи между особенностями восприятия пространства (предпочтение горизонтали или вертикали при поиске слов-триггеров в зашумленном поле) и личностными особенностями прокрастинаторов. «Лень» как причина прокрастинации отрицательно коррелирует с количеством найденных слов по вертикали, что позволяет предположить, что чем меньше человек испытывает лень, тем быстрее и легче он находит слова по вертикали. Ему легче сфокусироваться на задаче поиска слов. Такая же ситуация характерна и для другой черты личности - «импульсивность». Снижение импульсивности значимо увеличивает количество найденных слов по вертикали.

Стоит отметить, что российская культура принадлежит к европейскому типу написания текстов: по горизонтали и слева-направо, что дает вероятность базового превалирования горизонтального поиска слов при выполнении методики. Следовательно, поиск вертикальных слов в целом менее свойственен испытуемым и требует от них большей сосредоточенности. Фактор прокрастинации «Вызов» обратно коррелирует с нахождением слов по горизонтали. По данным зарубежных авторов «вызов» относится к типу «возбуждающих» типов прокрастинации, что позволяет предположить, что он, возможно, является продуктивным вариантом прокрастинации. Чем более ярко выражен вызов, тем меньше слов найдено по горизонтали, испытуемый больше сосредоточен на поиске слов вообще, но упускает понятные ему простые горизонтальные слова. Можно сказать, что косвенно подтверждается гипотеза о наличии связи между горизонтальной и вертикальной организацией пространства и прокрастинацией.

Для подтверждения полученных данных требуется расширение методического комплекса с добавлением классических методик, направленных на изучение восприятия пространства. Кроме того, необходимо добавить отдельную методику, направленную на выявление частоты прокрастинации у испытуемых. Полученные в пилотажном исследовании данные позволяют предложить дизайн следующего исследования с расширением методического комплекса и выборки, более детальной математической обработки.

Литература

1. Зверева М.В. Методические рекомендации. Шкала оценки академической прокрастинации PASS (Procrastination Assessment Scale for Students by L. Solomon & E. Rothblum). – М.: Сам Полиграфист, 2018 - 28с.
2. Курденко А.Н. Прокрастинация и лень: психологическое содержание понятий [Электронный ресурс] // РЕМ: Psychology. Educology. Medicine. 2019. No 1. С.129. URL: <http://pem.esrae.ru/pdf/2019/1/253.pdf> .
3. Перри Д. Искусство прокрастинации: как правильно тянуть время, лоботрясничать и откладывать на завтра. - М. : Ад Маргинем Пресс, 2017. - 128 с.
4. Старостина С. М., Воронцова Т. А. Выраженность прокрастинации и копинг-стратегии у взрослых в современном информационном обществе // Психология интегральной индивидуальности в информационном обществе. – 2021. – С. 149-155.
5. Sederlund, A. P., Burns, L. R., Rogers, W. "Multidimensional models of perfectionism and procrastination: Seeking determinants of both." International Journal of Environmental Research and Public Health 17.14 (2020): 5099.

**СУИЦИДАЛЬНЫЙ ЮМОР КАК РАЗНОВИДНОСТЬ ЧЕРНОГО ЮМОРА:
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

Говоров С.А.¹, Иванова Е.М.²

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

stsgovorov@hotmail.com

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ivalenka13@gmail.com

Ключевые слова: суицидальный юмор, суицид, самоубийство, черный юмор.

**SUICIDE HUMOR AS A FORM OF DARK HUMOR: CLINICAL AND
PSYCHOLOGICAL ASPECTS**

Govorov S.A.¹, Ivanova E.M.²

¹ FSAEI NE Pirogov RNRMU, Moscow, Russia

stsgovorov@hotmail.com

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

ivalenka13@gmail.com

Keywords: suicide humor, suicide, dark humor.

Введение. В связи с активным развитием средств цифровой коммуникации особую озабоченность специалистов в области психического здоровья вызывают юмористические суицидальные мемы – одна из форм суицидального юмора, представляющая собой медиаобъекты, затрагивающие разные формы суицидального поведения, которые распространяются и трансформируются через Интернет большим количеством пользователей. Суицидогенность определенных форм упоминаний самоубийства в СМИ и культуре («эффект Вертера»), общественный резонанс вокруг суицидов подростков и их высокая активность в социальных сетях, обуславливают актуальность изучения суицидального юмора, традиционно выделяемого как раздел черного юмора.

Черный юмор. Бостонский «Словарь мировых литературных терминов» дает следующее определение черному юмору: «юмор, обнаруживающий предмет своей забавы в опрокидывании моральных ценностей, вызывающих мрачную усмешку» [5, с. 350]. Ряд исследователей схожим образом определяют его в первую очередь через взаимосвязь с социальными нормами [8, 11], однако и юмор в целом трактуется многими специалистами как игровое нарушение общественных запретов и предписаний [4], поэтому в этих подходах к

пониманию черного юмора его специфика относительно юмора общего недостаточно очерчена. Как правило, среди социальных норм выделяют этикет, моду, правила вежливости, традиции, нравы, ритуалы, табу и т.д., причем все они будут значительно отличаться друг от друга степенью наказания за их нарушение [6]. Табу представляет собой одни из самых строгих социальных норм, причем, зародившись как религиозные, они могут постепенно приобретать вторичную роль социального регулятора. Таким образом, черный юмор может быть выделен относительно юмора общего тем, что имеет дело с наиболее строгими социальными нормами и в первую очередь – нормами табу.

Необходимо отметить, что описание юмора как «нарушающего», «опрокидывающего» общественные устои представляется дискуссионным. Известно, что смеховое поведение может выполнять функцию не только нарушителя социальных норм, но и использоваться как наказание за их нарушение (осмеяние воров, юношей и девушек, не вступивших в брак в положенной срок и т.д.) [1], а комедиант может занимать как позицию радикала, так и консерватора [13]. Это позволяет поставить под сомнение концепцию юмора как «нарушителя» и сформулировать его функцию как осмысление социальных норм, рождающихся в диалектическом противостоянии старого и нового. Результатом этого осмысления может стать как движение в сторону прогресса и модернизации, так и сохранение status quo, или даже движение в сторону более традиционных форм социальных норм. Таким образом, может быть предложено следующее определение: черный юмор - юмор, предметом игры и забавы которого являются наиболее строгие из социальных норм (табу), что способствует их осмыслению. Его семантическое поле включает смерть, определенные виды сексуальных отношений (к примеру, инцест), болезнь, инвалидность, религиозную символику и т.д. – все те аспекты социальной жизни, при столкновении с которыми от члена общества требуется наиболее строго регламентированное поведение.

Суицидальный юмор. Суицидальный юмор представляет собой разновидность черного юмора, затрагивающего одну из самых табуированных тем - самоубийство. Суицидальное табу традиционно для христианской культуры, однако необходимо отметить, что нормы в отношении самоубийства функционируют не только как строгий запрет, но и как предписание. Социальные нормы, регулирующие суицидальное поведение в современном обществе, носят расщепленный и довольно противоречивый характер, что было отмечено классиком суицидологии Э. Дюркгеймом, выделявшим среди прочих эгоистический суицид, связанный со слабой интеграцией индивида с обществом и определяющийся нарушением социальных норм, и альтруистический суицид, связанный с повышенной интеграцией с обществом и определяющийся следованием социальным нормам, предписывающим суицидальное поведение как акт раскаяния, подвига, исполнения долга и т.д. [2]. Однако, реальные суициды

не всегда могут быть вписаны в рамки этих концепций – их оценка происходит по довольно противоречивой системе координат, которая включает такие оси как сила – слабость, подвиг – позор, протест – смирение, необходимость – прихоть, альтруизм – эгоизм, истинность – демонстративность, спасение ближнего – его наказание и т.д. Учитывая способность юмора совмещать когнитивные схемы, находящиеся в оппозиции друг к другу, а также то, что юмор представляет собой не отношение индивида к миру вокруг, а рефлексию этого отношения, которое не укладывается в однозначные категории “хорошо/плохо” [3], суицидальный юмор может рассматриваться как инструмент осмысления табу на самоубийство, который среди прочих формулирует следующие вопросы «Что такое суицид? Как к нему нужно относиться? В каких случаях он запрещен/предписан?».

Обращаясь к эмпирическим исследованиям суицидального юмора на материале Интернет-мемов, можно отметить, что мнения специалистов относительно его влияния на психическое здоровье интернет-пользователей расходятся. Среди негативных последствий отмечаются формирование суицидальной идеации, нанесение самоповреждений по принципу подражания [9, 12]. Также высказывается и противоположное мнение: подобные мемы повышают настроение и создают чувство общности у людей с симптомами депрессии [10]. Однако, положительный эффект наблюдается лишь в краткосрочной перспективе - их частый просмотр блокирует формирование более конструктивных копинг-стратегий [7].

Необходимо отметить ряд ограничений, присутствующих в существующих на данный момент исследованиях суицидальных мемов. Во-первых, юмористические и неюмористические мемы не всегда четко дифференцированы, что является принципиальным моментом для изучения суицидального юмора. Во-вторых, большинство исследований были проведены на условно здоровых респондентах. Наличие того или иного психического расстройства, а также присутствие суицидальных попыток в анамнезе либо не контролировалось, либо их количество в общей выборке было недостаточным для выявления статистически значимых результатов, что обуславливает актуальность дальнейших исследований роли суицидальных мемов на клинической выборке. В-третьих, остается открытым вопрос о различиях в восприятии суицидальных мемов в разных возрастных группах. Внимание специалистов в этой области сфокусировано преимущественно на подростках и молодых людях.

Заключение. Одним из вызовов XXI века, стоящих перед специалистами в области психического здоровья, является изучение различных форм коммуникаций в Интернете, среди которых суицидальный юмор вызывает особое внимание и озабоченность общества. Его негативная репутация, вероятно, связана с тем, что зачастую он воспринимается как гомогенное явление (хотя суицидальные шутки могут значительно отличаться друг от друга

по содержанию) и трактуется исключительно как символическое нарушение суицидального запрета. Однако, принимая во внимание расщепленный характер табу, можно утверждать, что он одновременно ставит под сомнение и суицидальное предписание (что в свою очередь можно трактовать как антисуицидальный фактор). Дальнейшее изучение суицидального юмора как сложного, комплексного явления, роль которого не может быть сведена исключительно к самоуничижительной функции и суицидогенности, представляет значительный интерес для специалистов. Практическое значение определяется возможностью его использования для разработки методов, позволяющих проводить более дифференцированную диагностику, чем простое указание на присутствие суицидальной идеации, определяемое по склонности больного к суицидальному юмору; а также выявлением условий и критериев, в рамках которых он может быть применим в психотерапии и психологическом просвещении. Особенно важную практическую ценность приобретают клинические исследования суицидального юмора, которые на данный момент представлены крайне ограниченно.

Литература

1. Артемова Ю.А. Ипостаси смеха. Ритуал, традиция, юмор. Издательство: Смысл, 2015, 240 стр.
2. Дюркгейм Э. Самоубийство, Москва: Издательство АСТ, 2022 – 512 стр.
3. Козинцев А.Г. Разнонаправленное двуголосое слово: эстетика и семиотика юмора, Антропологический форум, 2013, № 18, стр. 143-162, EDN RDTBIV
4. Козинцев А.Г. Смех: истоки и функции. Наука, 2002 - Laughter - 220 стр.
5. Словарь мировых литературоведческих терминов. Бостон, 1979. 450 стр.
6. Тирских, М. Г. Стереотипизация социального поведения: правовые и иные социальные регуляторы общественных отношений / М. Г. Тирских, Л. Ю. Черняк // Академический юридический журнал. – 2009. – № 3(37). – стр. 4-11. – EDN KTNKEN.
7. Файнтух Е.Д., Холмогорова А.Б. Коммуникация на тему депрессии в Интернете - фактор психопатологии или ресурс для психотерапии? // Современная терапия психических расстройств. – 2021. – № 1. – стр. 44
8. Aillaud, M. & Piolat, Annie. (2013). Compréhension et appréciation de l'humour : approche cognitivo-émotionnelle. *Psychologie Française*. 58. 255–275. 10.1016/j.psfr.2013.04.001.
9. Akil A. M., Ujhelyi A., Logemann H. N. A. Exposure to Depression Memes on Social Media Increases Depressive Mood and It Is Moderated by Self-Regulation: Evidence From Self-Report and Resting EEG Assessments. *Front Psychol.* 2022 Jun 29;13:880065. doi: 10.3389/fpsyg.2022.880065. PMID: 35846661; PMCID: PMC9278136.
10. Akram U., Drabble J., Cau G., Hershaw F., Rajenthiran A, Lowe M., Trommelen C., Ellis J.G Exploratory study on the role of emotion regulation in perceived valence, humour, and beneficial use of depressive internet memes in depression // *Scientific Reports*. – 2020. – Vol. 10. – P. 899.
11. Brigaud E, Blanc N. When Dark Humor and Moral Judgment Meet in Sacrificial Dilemmas: Preliminary Evidence With Females. *Eur J Psychol.* 2021 Nov 30;17(4):276-287. doi: 10.5964/ejop.2417
12. Jadayel, E. H., Medlej, K., and Jadayel, J. J. (2018). Mental disorders: a glamorous attraction on social media? *International Journal of Teaching & Education*, 7.465-476.
13. Paton C. The comedian as a portrayer of social morality // *Humor in society: Resistance and control* / C. Powell (Ed.). L.: Macmillan, 1988. P. 206 – 233

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Давыдова А.М.

БУ ВО СурГУ, Сургут, Россия

kam05@bk.ru

Ключевые слова: синдром профессионального выгорания, профессиональный стресс, пандемия, covid-19

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE SYNDROME OF PROFESSIONAL BURNOUT OF MEDICAL WORKERS DURING THE PANDEMIC

Davydova A.M.

BI HE SurSU, Surgut, Russia

kam05@bk.ru

Keywords: professional burnout syndrome, occupational stress, pandemic, covid-19.

Введение. Под синдромом профессионального выгорания понимается процесс развития хронического профессионального стресса умеренной интенсивности, вызывающий деформацию личности профессионала, оказывающий влияние на физическое и психическое здоровье специалиста [1]. Актуальность и научная новизна проблемы обусловлена тем, что профессиональная деятельность медицинских работников протекает в особых условиях и характеризуется воздействием значительного числа стрессогенных факторов, воздействие которых может приводить к снижению эффективности выполнения деятельности, профессиональному выгоранию и психосоматическим нарушениям, что приобретает особую значимость в условиях пандемии коронавируса. Согласно отечественным и международным данным высокий уровень нагрузки и угрозы заражения значительно повышают риск профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации в форме симптомов депрессии, тревоги и эмоционального дистресса у медицинских работников во время пандемии [2,3]. В связи с этим важно своевременно диагностировать психологические последствия пандемии для медицинских работников с целью выявления проблем, которые требуют психологического сопровождения.

Цель данного исследования- изучить взаимосвязи между уровнем стресса, эмоциональной нестабильностью и профессиональным выгоранием у медицинских работников, работающих в условиях пандемии COVID-19.

Материал и методы. В связи с поставленной целью было организовано исследование психологических особенностей синдрома профессионального выгорания у медицинских работников лечебных учреждений г.Сургута, оказывающих медицинскую помощь пациентам в «красной зоне». Всего в исследовании приняли участие 26 человек. Группу 1 составили 13 человек среднего медицинского персонала (медсестры) в возрасте от 20 до 62 лет и со стажем от 2 до 45 лет. Группу 2 составили 13 человек старшего медицинского персонала (врачи разного профиля) в возрасте от 28 до 61 года и стажем от 5 до 38 лет. Диагностическиметодики: 1. методика диагностики профессионального выгорания К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н. Е. Водопьяновой; 2. шкала профессионального стресса Д. Фонтана; 3. Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС); 5. Методика дифференцированной оценки состояний сниженной работоспособности» (ДОРС) разработанная А. Б. Леоновой и С. Б. Величковой; 6. 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (шкала эмоциональная нестабильность).

Результаты исследования. Были получены высокие показатели эмоциональной нестабильности, в особенности у старшего медицинского персонала; умеренный уровень профессионального стресса в обеих группах; преобладающий средний уровень профессионального выгорания, как у старшего, так и у среднего медицинского персонала; сильно повышенный уровень дистресса и соматизации, а также выраженный уровень напряжения у старшего медицинского персонала.

Следующим этапом количественного анализа данных было сравнение показателей проведенных методик в группах медицинских сестер и в группе врачей. Расчет критерия Манна-Уитни позволил выявить семь параметров, имеющих значимые различия (при $p \leq 0,05$). В подгруппе врачей оказался выше уровень эмоционального истощения, деперсонализации, редукции персональных достижений, профессионального стресса, соматизации, депрессии и эмоциональной нестабильности, чем в подгруппе медицинских сестер. Для установления статистических корреляций между исследуемыми компонентами была осуществлена математическая обработка данных методом факторного анализа. Результаты факторного анализа свидетельствуют, что в подгруппе медсестер выделяются следующие факторы:

1. Эмоциональная неустойчивость;
2. Компоненты профессионального выгорания;
3. Эмоциональная дезадаптация.

Первый фактор состоит из таких компонентов как эмоциональная стабильность (-0,962), эмоциональная нестабильность (0,962), профессиональный стресс (0,530) и эмоциональное истощение (0,725). При этом констатируется обратная корреляция с «эмоциональной стабильностью». Для медицинских сестер характерны сниженный эмоциональный тонус,

утрата интереса к окружающему, равнодушие. Они испытывают дискомфорт на рабочем месте в силу стрессогенных условий профессиональной среды. Также отмечается низкая толерантность по отношению к фрустрации, раздражительность и утомляемость. В условиях пандемии наблюдаются чрезмерные нагрузки, эмоциональная устойчивость нарушается, что способствует развитию профессионального стресса, эмоционального истощения и эмоциональной нестабильности. Второй фактор включает в себя следующие компоненты: редукция персональных достижений (-0,777), деперсонализация (0,850). Медицинские сестры дистанцируются, обесценивают межличностные контакты, наблюдается поверхностная утрата эмоционального компонента общения. Стоит отметить, что получена обратная корреляционная связь с редукцией персональных достижений. Медицинские сестры стараются не упрощать свои профессиональные задачи и обязанности, несмотря на стрессогенность профессиональной среды в период пандемии. Третий фактор состоит из таких компонентов как соматизация (0,660) и депрессия (0,665). Для анализируемой подгруппы свойственно пониженное настроение, чувство страха, чувство безысходности, чрезмерная мнительность. При этом испытуемые отмечают у себя расстройства сна, головные боли, учащенное сердцебиение. Важно упомянуть, что соматизация может выступать как механизм психологической защиты.

В подгруппе врачей выделяются следующие факторы:

1. Эмоциональная неустойчивость;
2. Межличностное дистанцирование;
3. Эмоциональная дезадаптация.

Первый фактор совпадает с фактором, выделенным в подгруппе медицинских сестер, и состоит из таких компонентов как эмоциональная стабильность (-0,706), эмоциональная нестабильность (0,706), профессиональный стресс (0,868) и эмоциональное истощение (0,769). Подгруппа врачей отмечает в связи с условиями пандемии сниженный эмоциональный тонус, эмоциональное перенасыщение, импульсивность, также возможные вспышки гнева и агрессии. Второй фактор включает в себя следующие компоненты: редукция персональных достижений (-0,782), деперсонализация (0,631) и дистресс (-0,738). При этом констатируется обратная корреляционная связь с редукцией персональных достижений и дистрессом, т.е. чем выше уровень деперсонализации (отстраненности от межличностных контактов), тем ниже уровень редукции персональных достижений (обесценивание профессиональных достижений и успехов) и дистресса. Врачи оценивают свои профессиональные достижения и успехи по достоинству, не уменьшают обязанности и профессиональные задачи. Необходимо отметить, что деперсонализация может являться механизмом психологической защитой от психогенных факторов профессиональной среды в период пандемии. Таким образом врачи не растрачивают

психические и энергетические ресурсы. Третий фактор состоит из таких компонентов как: депрессия (0,663) и соматизация (0,773). Данный фактор совпадает с аналогичным фактором в подгруппе медицинских сестер.

Таким образом, результаты показали, что первый (эмоциональная неустойчивость) и третий (эмоциональная дезадаптация) факторы совпадают у среднего и старшего медицинского персонала. Средний и старший медицинский персонал переживают симптомы депрессии, эмоциональную нестабильность, утрату интереса к окружающему, равнодушие, а также соматизацию. В группе врачей эти симптомы проявляются более выражено в силу более сложной профессиональной деятельности, которые работали в «красной зоне» одновременно нескольких лечебных учреждений. Также в ходе исследования была обнаружена корреляционная связь между компонентом профессионального выгорания (эмоциональное истощение) и личностной характеристикой «эмоциональная нестабильность» как у среднего медицинского персонала, так и у старшего. Результаты исследования показывают достаточно высокую распространенность профессионального стресса, многочисленные соматические жалобы, а также распространенность синдрома профессионального выгорания среди медицинских работников в период пандемии. Полученные результаты могут быть использованы специалистами помогающих профессий при разработке программ по профилактике и коррекции профессионального выгорания.

Литература

1. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова – СПб.: Питер, 2008. -336 с.
2. Первичко Е.И., Конюховская Ю.Е. Психологическое благополучие врачей и медицинского персонала в условиях пандемии COVID-19: обзор зарубежных исследований /Е.И.Первичко, Ю.Е.Конюховская // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология – 2020. – том 11, № 3. – С. 595-608.
3. Холмогорова А.Б. Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным Covid-19 на разных этапах пандемии / А.Б. Холмогорова, С.С. Петриков // Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care – 2020 – № 3. – С. 321 – 33.

ОСОБЕННОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО И СОМАТИЧЕСКОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ

Карасева Е.А., Шаповалова В.Г.

ФГБОУ ВО ТвГУ, Тверь, Россия

kea12@mail.ru

shapovalova_lera9@mail.ru

Ключевые слова: инструментальное самоповреждающее поведение, соматическое самоповреждающее поведение, намерение (желание) наносить самоповреждения, подростки с

суицидальным риском.

FEATURES OF INSTRUMENTAL AND SOMATIC SELF-INJURIOUS BEHAVIOR OF ADOLESCENTS WITH SUICIDAL RISK

Karaseva E.A., Shapovalova V.G.

FSBI HE TvSU, Tver, Russia

kea12@mail.ru

shapovalova_lera9@mail.ru

Keywords: instrumental self-harming behavior, somatic self-harming behavior, the intention (desire) to inflict self-harm, adolescents with suicidal risk.

Проблема самоповреждающего поведения является одной из наиболее социально значимых в клинической психологии. Согласно статистическим данным, пик самоповреждающего поведения приходится на подростковый возраст (от 13 до 18 лет) [1, 9]. Принято считать, что акты самоповреждающего поведения не направлены на прекращение жизнедеятельности, что и отличает их от суицидального поведения. Однако, в клинической практике самоповреждения могут быть как ассоциированы с суицидальным поведением, так и встречаться в качестве относительно автономного феномена, существующего вне суицидального контекста [7, 9]. Дифференциальным признаком между самоповреждающим и суицидальным поведением является намерение индивида по отношению к реализуемым действиям. Намерение совершить суицидальную попытку находит свое выражение в реализации действий и особенностях поведения индивида, направленных на прекращение жизнедеятельности. Намерение совершить самоповреждающее поведение проявляется в желании индивида нанести повреждение конкретных участков тела для достижения какого-либо иного результата: получить внимание от окружающих, «выйти» из диссоциативного состояния и т.д. Однако, следует учитывать факт влияния различных факторов на действия субъекта, посредством которых снижается его способность в полной мере осознавать фактический характер и опасность своих действий либо руководить ими, что может привести к летальному исходу по причине легкомыслия, небрежности. Мы предполагаем, что намерение (желание) наносить самоповреждения состоит из следующих элементов: сила/интенсивность мыслей о нанесении самоповреждений, сила намерения (желания) наносить самоповреждения, личная (субъективная) необходимость нанесения самоповреждений, психологическая/моральная готовность к нанесению самоповреждений.

Анализ информационных источников (статьи в периодических изданиях, сети Internet)

свидетельствует об увеличении исследований, посвященных проблеме самоповреждающего поведения, что указывает на рост внимания исследователей к изучению этой темы, однако данный феномен до сих пор остается малоизученным. На данный момент выявляется недостаточно исследований, направленных на изучение специфики преобладающего инструментального или соматического самоповреждающего поведения, как следствие неконструктивного переживания индивидом проблемной ситуации.

Таким образом, высокая распространённость и клиническая значимость самоповреждающего поведения среди подростков в сочетании с постепенно увеличивающимся суицидальным риском демонстрируют необходимость исследования особенностей разных форм самоповреждающего поведения (инструментальной и соматической) у подростков с суицидальным риском. Получение данных сведений необходимо для определения эффективных психотерапевтических мишеней при построении действенных программ коррекции самоповреждающего поведения в подростковом возрасте.

Необходимо отметить, что самоповреждающее поведение рассматривается некоторыми исследователями как вариация неадаптивных форм копинг-стратегий (О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, А.А. Зайченко и др.) [2, 4, 6, 8]. Существует иная точка зрения, согласно которой самоповреждающее поведение рассматривается как аутоагрессивное поведение индивида, направленное на нанесение вреда собственному телу, без суицидальных тенденций (Н.А. Добровидова, Н.А. Польская, Е.Н. Чуева и др.) [5, 7, 9]. В нашей работе мы придерживаемся данной точки зрения, т.е. самоповреждающее поведение представляет собой нетипичное поведение индивида, нарушающим психосоциальную адаптацию личности, несущее в себе угрозу общественной стабильности. Первоначальный смысл применяемых копинг-стратегий заключается в совладании, разрешении стрессовой ситуации без разрушающего/деструктивного компонента [3]. Важное значение при дифференциации данных подходов имеет временной фактор. Единоразовое/редкое применение самоповреждающего поведения с последующим возвратом индивида к использованию проблемно-ориентированных вариантов копинг-стратегий позволяет рассматривать самоповреждающее поведение как вариант относительно адаптивной копинг-стратегии (данный поведенческий паттерн не является устойчивой, стабильной моделью поведения). Частое/постоянное применение самоповреждающего поведения стимулирует генерализацию данных действий, которые постепенно приобретают характер универсального ответа на неспецифический стресс, т.е. хронифицируются, прочно входят в поведенческий репертуар несовершеннолетних. В данном случае самоповреждающее поведение следует рассматривать как аутоагрессивное, деструктивное поведение индивида. Таким образом, самоповреждающее поведение больше относится к отклоняющему поведению, чем к совладающему, т.к.

представляет собой явное социальное отклонение: фокус внимания подростка направлен на удовлетворение потребности в нанесении самоповреждений, приобретающих строение влечений. Соответственно, использование неадаптивных копинг-стратегий подростком с самоповреждающим поведением может привести к усилению актов самоповреждающего поведения.

Цель работы заключается в исследовании особенностей инструментального и соматического самоповреждающего поведения у подростков с суицидальным риском.

Методы и методики исследования:

1. Анализ медицинской документации.
2. Клинико-психологическая беседа.
3. Метод шкалирования.
4. Авторская анкета «Отношение к самоповреждающему поведению» (Карасева Е.А., Шаповалова В.Г.).
5. Комплекс психодиагностических методик: Шкала причин самоповреждающего поведения Н.А. Польской., 2014; «Карта риска суицида» Л.Б. Шнейдер; Методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хейма.

Выборку составили 30 подростков в возрасте от 13 до 18 лет. У всех респондентов регистрируются акты самоповреждения. У 15 респондентов преобладает инструментальное самоповреждающее поведение (1-я экспериментальная группа), у остальных (15 человек) – соматическое самоповреждающее поведение (2-я экспериментальная группа). Выборку респондентов 2-х групп составили 13 девушек (87%), двое юношей (13%).

База эмпирического исследования: Центр суицидальной превенции ГБУЗ ОКПНД Тверской области.

Результаты исследования. С помощью методики «Шкала причин самоповреждающего поведения» Н.А. Польской были получены результаты, на основании анализа которых, общая выборка была разделена на 2 группы: 1-я группа подростков, у которых доминирует инструментальное самоповреждающее поведение; 2-я группа подростков, у которых преобладает соматическая форма самоповреждающего поведения (в качестве основания для выделения групп выступало преобладание конкретной формы самоповреждающего поведения).

В ходе анкетирования было установлено, что подростки с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением относятся к самоповреждающему поведению, как естественному, привычному поведению. Они демонстрируют безразличное отношение к возникающим мыслям о нанесении самоповреждений, иногда могут отследить мысли, провоцирующие намерение (желание) наносить самоповреждения, и практически не

испытывают негативных эмоций после реализации актов самоповреждений. Подростки с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением чаще испытывают негативное отношение к возникающим мыслям о нанесении самоповреждений, могут отследить мысли, провоцирующие намерение (желание) наносить самоповреждения, а также испытывают широкий спектр отрицательных эмоций после реализации самоповреждающего поведения. Следует отметить наличие намерения (желания) прекратить/сократить использование самоповреждений у подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением.

С помощью метода шкалирования было установлено, что подростки с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением демонстрируют высокие показатели: по интенсивности возникающих мыслей о нанесении самоповреждений ($Mx=8,7$; $max=10$); силе намерения наносить самоповреждения ($Mx=8,7$; $max=10$); личной «необходимости» самоповреждений ($Mx=8,9$; $max=10$) и готовности к реализации самоповреждающего поведения ($Mx=8,9$; $max=10$). У подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением выявляются средние показатели по интенсивности возникающих мыслей о нанесении самоповреждений ($Mx=5,1$; $max=10$); силе намерения наносить самоповреждения ($Mx=5,3$; $max=10$); личной «необходимости» самоповреждений ($Mx=5,8$; $max=10$) и готовности к реализации самоповреждающего поведения ($Mx=4,3$; $max=10$). Следовательно, подростки с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением имеют выраженное намерение (желание) наносить самоповреждающее поведение, а подростки с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением обладают умеренным намерением (желанием) наносить самоповреждения.

С помощью методики «Карта риска суицида» (модификация для подростков Шнейдер Л.Б.) было установлено, что у подростков с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением регистрируется значительный уровень суицидального риска ($Mx=31,3$ балл; $max=45$ баллов). У подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением регистрируется незначительный уровень суицидального риска ($Mx=6,1$ баллов; $max=45$ баллов).

Также была определена адаптивность копинг-стратегий на трех уровнях переработки стрессового события (эмоциональный, поведенческий и когнитивный) у подростков с преобладающим инструментальным и соматическим самоповреждающим поведением. Было установлено, что большинство подростков с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением используют неадаптивные копинг-стратегии: на когнитивном уровне – 12 человек (80%); на эмоциональном и поведенческом уровнях – по 14

человек (94%). Меньшее количество подростков с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением используют относительно адаптивные копинг-стратегии: на когнитивном уровне – 3 респондента (20%); на эмоциональном и поведенческом уровнях – по 1 респондент (6%). Адаптивные копинг-стратегии никто не применяет. Подростки с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением чаще используют неадаптивные копинг-стратегии на когнитивном уровне (11 человек, 73%) и на эмоциональном уровне (9 человек, 60%); на поведенческом уровне преобладают относительно адаптивные копинг-стратегии (8 человек, 53%). Меньшее количество подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением используют относительно адаптивные копинг-стратегии: на когнитивном уровне – 3 подростка (20%), на эмоциональном уровне – 6 подростков (40%); на поведенческом уровне менее часто применяется неадаптивные копинг-стратегии (6 респондентов, 40%). Адаптивные копинг-стратегии на когнитивном и поведенческом уровнях применяют по одному респонденту (6%), на эмоциональном уровне адаптивные копинг-стратегии не используются.

Мы предполагаем, что использование подростками с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением относительно адаптивных копинг-стратегий позволяет находить альтернативные способы разрешения проблемных ситуаций, препятствует фиксации аутоагрессивной модели поведения. Также было установлено, что у подростков с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением доминируют неадаптивные копинг-стратегии на эмоциональном и поведенческом уровнях переработки стрессового события; у подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением доминируют неадаптивные копинг-стратегии на когнитивном уровне переработки стрессового события. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что у подростков с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением превалирует физический компонент самоповреждающего поведения (большая травматизация, серьёзные повреждения тканей и органов тела). У подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением самоповреждения обусловлены психологическим компонентом - стремлением подростка преодолеть психологическое неблагополучие, вызванное когнитивными искажениями по типу застревания (фиксация на негативных событиях, самовзвинчивание и т.д.). Данное предположение нуждается в дополнительной проверке на эмпирическом уровне и комплексном изучении на более широкой выборке.

Резюме. Таким образом, при исследовании самоповреждающего поведения у подростков с суицидальным риском было установлено, что подростки с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением имеют значительный уровень суицидального риска, выраженное намерение (желание) наносить самоповреждения, а также

у них преобладают неадаптивные копинг-стратегии на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях переработки стрессового события. У подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением регистрируется незначительный уровень суицидального риска, умеренное намерение (желание) наносить самоповреждения, у них преобладают неадаптивные копинг-стратегии на когнитивном и эмоциональном уровнях переработки стрессового события. На поведенческом уровне у респондентов преобладают относительно адаптивные копинг-стратегии.

Литература

1. Горбатов С.В. Особенности Я-концепции девочек подростков с несуйцидальным самоповреждающим поведением / Арбузова Е.Н., Шаболтас А.В., Горбачева В.В. // Суицидология. – 2020; – 11 (1): – С. 53-69.
2. Гринёва В.В. Самоповреждающее поведение как деструктивная копинг-стратегия в контексте пограничного расстройства личности / В.В. Гринёва. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2022. – № 27 (422). –С. 142-144. – URL: <https://moluch.ru/archive/422/93793/> (дата обращения: 29.09.2022).
3. Данилова А.В. Обзор психологической литературы по проблеме совладающего поведения / А.В. Данилова. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2021. – № 43 (385). –С. 61-63. – URL: <https://moluch.ru/archive/385/84704/> (дата обращения: 24.10.2022).
4. Дерябина В.Ю., Труевцев Д.В. Самоповреждающее поведение в контексте склонности к расстройствам личности: выпускная квалификационная работа специалиста по направлению подготовки: 37.05.01 – Клиническая психология. – Барнаул:[б.и.],–2017. –URI: <http://elibrary.asu.ru/handle/asu/3585>(дата обращения: 09.11.2022).
5. Добровидова Н.А. Диагностика отклоняющегося поведения. Выпуск 1. Психологическая диагностика самоповреждающего и суицидального поведения: учебно-методическое пособие для обучающихся факультета педагогики и психологии, направлений подготовки «Психолого-педагогическое образование», «Психология», «Педагогика», практикующих психологов, социальных работников / Н.А. Добровидова М.Ю. Горохова, И.Л. Матасова, Е.Н. Устюжанинова, М. А. Шаталина. – Электрон. текстовые данные (932 КБ). – Самара: СФ ГАОУ ВО МГПУ, – 2022. – URL: https://samara.mgpu.ru/files/library_elektron/psih_ped/Diagnostika_1.pdf (дата обращения: 10.11.2022).
6. Зайченко А.А. Самоповреждающее поведение / А.А. Зайченко. — Текст: электронный // Psyjournals.ru: [сайт]. — URL: https://psyjournals.ru/psytel2009/issue/40833_full.shtml (дата обращения: 08.11.2022).
7. Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: автореф. дис. кан.психол.наук.: спец. 19.00.04. / Н.А. Польская; МГППУ. – М., – 2017. – С. 423.
8. Сагалакова О.А., Стоянова И.Я. Когнитивно-перцептивная избирательность и регуляция социальной тревоги в ситуациях оценивания / О.А. Сагалакова, И.Я. Стоянова // Известия Алтайского государственного университета. – 2015. – 3-1(87). – С. 75–80.
9. Чуева Е.Н. Самоповреждающее поведение детей и подростков / Е.Н. Чуева // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. – 2017. – № 1 (29). – С. 71-77.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОТЧУЖДЕНИЕ И ПРИНЯТИЕ НОРМ МУЖСКОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Карпова Э.Б., Аршинова А.Д.

ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

e.karpova@spbu.ru

arshinova.and@gmail.com

Ключевые слова: отчуждение, гендерные нормы, эгалитарные нормы мужского поведения, традиционалистские нормы мужского поведения.

PSYCHOLOGICAL ALIENATION AND CONFORMITY TO MASCULINE NORMS IN ADULTS

Karpova E.B., Arshinova A.D.

FSBI HE SpbSU, St. Petersburg, Russia

e.karpova@spbu.ru

arshinova.and@gmail.com

Keywords: alienation, gender norms, egalitarian norms of male behavior, traditionalist norms of male behavior.

Введение. Отчуждение – понятие, характеризующее ситуацию нарушения или разрыва связей индивида с миром, феноменологически сходное с утратой смысла, описанной В. Франклом [3]. В 1998 С. Мадди связал отчуждение с такими видами экзистенциальных недугов, как вегетативность, нигилизм и авантюризм. Самым тяжелым из них считается вегетативность, которая характеризуется отсутствием смысла жизни, апатией и скукой, а также недостатком избирательности в действиях. Нигилизм является менее тяжелой формой экзистенциальной болезни, так как в жизни человека остается некоторое подобие осмысленности, хотя она может быть парадоксальна. На когнитивном уровне нигилист может найти смысл, только опровергая все, что претендует на позитивное значение. На эмоциональном уровне нигилизм обычно включает в себя гнев, отвращение и цинизм. На уровне действия такой человек склонен к соперничеству и борьбе, а не к какому-либо самоопределению. Наименее тяжелой формой экзистенциальной болезни является авантюризм, при котором сохраняется некоторая основа для поиска позитивного смысла, но только через экстремальные, рискованные действия. На когнитивном уровне это проявляется в том, что людям с таким недугом повседневная жизнь кажется пустой, и только интенсивные необычные переживания вызывают у них вкус к собственной жизни. На эмоциональном уровне авантюристы апатичны и скучают в обычной

жизни, чувствуя возбуждение, страх и оживление, только когда идут на риск. На поведенческом уровне такие люди колеблются между вялостью и героической интенсивностью [4].

Обращает на себя внимание, что выделенные С.Мадди формы отчуждения характеризуются утратой переживания осмысленности жизни. Жизнь людей, не ориентированных на ценности и смыслы, сводится к реагированию на стимулы, удовлетворению потребностей и исполнению принятых в обществе норм поведения [3].

Одним из видов таких норм, регулирующих поведение личности как субъекта межличностных и межгрупповых отношений, включающих гендерную составляющую, являются гендерные нормы. Гендерные нормы — это правила, образцы поведения, стандарты деятельности мужчин и женщин как членов общества и представителей разных социальных групп. Совместно со смыслами, ценностями и традициями они формируют социокультурное пространство, в котором существуют люди. Наравне с социальными и групповыми нормами нормы женского и мужского поведения: интегрируют детей разного пола в группы в процессе становления гендерной идентичности; формируют модели поведения, соответствующего представителям групп мужчин и женщин; регулируют общий ход гендерной социализации и контролируют поведение, отклоняющееся от предписанного социальным полом; упорядочивают и стабилизируют отношения в группе. Однако из-за низкой подверженности изменениям они могут препятствовать реализации и личностному развитию членов группы [1].

В настоящее время в общественном сознании сосуществуют два вида норм: эгалитарные (нацеленные на равенство) и традиционалистские (патриархальные).

Согласно традиционалистским нормам мужского поведения, мужчина должен самостоятельно принимать решения и быть экспертом во многих областях; быть лидером как в профессиональной сфере, так и в семье, иметь высокий социальный статус, демонстрировать готовность к соперничеству и предприимчивость. Считается, что мужественность основана на физической силе и эмоциональной устойчивости; что «настоящий» мужчина должен во всем стараться избегать сравнений с женщинами и гомосексуалами; что мужчины гиперсексуальны, а в партнерских отношениях секс для них важнее, чем эмоциональное вовлечение [1].

На сегодняшний день все большую популярность приобретают эгалитарные нормы гендерного поведения, не противопоставляющие роли мужчин и женщин, а предоставляющие людям свободу действовать в соответствии с их индивидуальными способностями, склонностями и возможностями [2].

Целью данного исследования стало изучение связи между приверженностью человека к гендерным нормам традиционалистского или эгалитарного типа и выраженностью у него

признаков экзистенциальных недугов по С. Мадди.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 человек (47 женщин и 33 мужчины) в возрасте от 18 до 52 лет. Средний возраст испытуемых составил $24,94 \pm 9,75$ лет. Поиск респондентов осуществлялся через социальную сеть ВКонтакте.

При проведении исследования использованы методики: опросник «Нормы мужского поведения» И. С. Клециной и Е. В. Иофе (И. С. Клецина, Е. В. Иоффе, 2017), позволяющий определить к какому типу гендерных норм склоняется респондент: традиционалистскому, эгалитарному или смешанному; «Опросник субъективного отчуждения для взрослых» Е. Н. Осина, измеряющий выраженность отчуждения от работы, общества (social institutions), межличностных отношений, семьи, собственного внутреннего мира, а также вегетативности, нигилизма, авантюризма, бессилия (потери человеком веры в свою способность влиять на жизненные ситуации, однако при сохранении чувства их важности [3]). Согласие с каждым утверждением участники оценивают в процентной шкале, баллы по субшкалам методики рассчитываются как среднее по входящим в неё утверждениям.

При статистической обработке данных использовались описательные статистики, критерий Колмогорова-Смирнова, χ^2 Пирсона, t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. Согласно полученным данным, отчуждение и связанные с ним экзистенциальные недуги не связаны с возрастом (коэффициенты корреляции возраста и отчуждения составили: с отчуждением общим $r=0.077$, $p>0.05$; от работы $r=0.083$, $p>0.05$; от общества $r=0.029$, $p>0.05$; от людей $r=0.065$, $p>0.05$; от семьи $r=0.014$, $p>0.05$; от себя $r=-0.038$, $p>0.05$; вегетативностью $r=0.069$, $p>0.05$; бессилием $r=-0.005$, $p>0.05$; нигилизмом $r=0.062$, $p>0.05$; авантюризмом $r=0.168$, $p>0.05$). Различия между группами мужчин и женщин по средним значениям показателей субъективного отчуждения оказались статистически значимыми только по шкале «Авантюризм» ($t = 2.69$, $p<0.01$), по которой мужчины набрали более высокие баллы.

Для проверки различий между группами с разным уровнем принятия мужских нормативных установок по показателям субъективного отчуждения выборка была разделена на две подгруппы: с высоким уровнем принятия мужских нормативных установок (традиционалисты) и с низким уровнем принятия мужских нормативных установок (эгалитаристы). Для повышения достоверности различий не учитывались результаты, находящиеся в диапазоне $M \pm 1/4\sigma$.

Средний возраст в группе эгалитаристов составил 22.65 ± 7.3 лет, в группе традиционалистов – 29.3 ± 12.18 . Различия по возрастному признаку, полученные с помощью U-критерия Манна-Уитни оказались статистически значимы ($U=284$; $p<0.01$). Люди старшего

возраста чаще ожидают от мужчин поведения, соответствующего патриархальной модели.

Принадлежность респондента к группам эгалитаристов и традиционалистов оказалась связана с полом ($X^2 = 4.31$, $p < 0.05$): мужчины чаще соглашались с утверждениями, транслирующими патриархальные нормы мужского поведения, женщины чаще высказывали несогласие с ними.

При сравнении групп людей, находящихся на разных полюсах принятия мужских нормативных установок, по критерию t-Стьюдента были получены следующие результаты (см. таблицу 1):

Таблица 1.

Сравнение групп эгалитаристов и традиционалистов по средним показателям параметров отчуждения.

Наименование шкалы	Эгалитаристы		Традиционалисты		t-value	p
	Mean	Std. Dev.	Mean	Std. Dev.		
Отчуждение от работы	27.86	13.97	40.74	19.52	-3.08	0.003
Отчуждение от общества	31.60	16.55	40.24	19.59	-1.91	0.061
Отчуждение от других людей	24.49	18.23	34.49	16.99	-2.23	0.029
Отчуждение от семьи	22.32	14.98	29.70	17.62	-1.81	0.076
Отчуждение от самого себя	25.93	15.46	32.44	20.93	-1.43	0.157
Вегетативность	28.49	15.96	35.28	15.96	-1.68	0.098
Бессилие	27.99	15.47	36.06	18.51	-1.90	0.063
Нигилизм	28.40	13.57	41.74	18.40	-3.34	0.001
Авантюризм	22.34	11.26	32.68	15.73	-2.91	0.006
Отчуждение общее	27.07	12.24	36.67	15.46	-2.77	0.007

На уровне значимости $p \leq 0.01$, люди, придерживающиеся традиционалистских норм, демонстрируют более высокие показатели по шкалам «отчуждение от работы», «нигилизм», «авантюризм» и «отчуждение общее» по сравнению с людьми, придерживающихся эгалитарных норм. На уровне значимости $p \leq 0.05$, группы таким же образом различаются по шкале «отчуждение от других людей». По шкалам «отчуждение от общества», «отчуждение от семьи», «отчуждение от самого себя», «вегетативность» и «бессилие» статистически значимых различий выявлено не было.

Выводы. Таким образом, отчуждение оказалось не связано с возрастом респондентов, а половые различия проявились только в большей склонности мужчин к рискованному

поведению, измеряемому шкалой «авантюризм». Было обнаружено, что предпочтение норм мужского поведения патриархального типа связано с интенсивностью симптомов отчуждения и смыслоутраты. Люди, противопоставляющие роли мужчин и женщин и требующие от мужчин исключительно маскулинных форм поведения, более склонны ощущать отсутствие смысла в повседневной жизни, чувствовать оживление только от участия в рискованной деятельности, а в обычной жизни скучать и испытывать апатию. Они чаще отрицают саму возможность существования смысла в жизни и направляют свою активность на утверждение данной позиции, в связи с чем обычно имеют склонность к соперничеству и борьбе, на эмоциональном уровне сопровождающихся гневом, отвращением и цинизмом.

Литература

1. Клёцина И.С., Иоффе Е.В. Гендерные нормы как социально-психологический феномен: монография. Москва: Проспект, 2017.
2. Клёцина И.С. Нормы женского и мужского поведения как детерминанты гендерных отношений //Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей: векторы развития современной психологической науки. Санкт-Петербург, 2017. С. 383-388.
3. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Смыслоутрата и отчуждение // Культурно-историческая психология. 2007. № 4. С. 68-77.
4. Maddi S.R. Creating Meaning Through Making Decisions // The Human Search for Meaning / Ed. by P. T. P. Wong, P. S. Fry. Mahwah, 1998.

ОБЗОР ДЕВИАЦИИ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПОСТ- И ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО СОСТОЯНИЯ

Кашкаров А.П.

ФГБУ НМИЦН им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

kashkaroff@rambler.ru

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое состояние, перитравматическое расстройство личности, ветераны боевых действий, релаксационно-восстановительные методики.

REVIEW OF PERSONALITY DEVIATION UNDER CONDITIONS OF POST- AND TRAUMATIC STRESS STATE

Kaschkarov A.P.

FSBI V.A. Almazov NMRC, St. Petersburg, Russia

kashkaroff@rambler.ru

Keywords: post-traumatic stress disorder, peritraumatic personality disorder, combat veterans, relaxation and recovery techniques.

Введение. Проблематикой психической травмы и посттравматических тревожных

расстройств занимались многие отечественные и зарубежные специалисты, в числе которых и фундаментально - Э. Крепелин, М. Зеленова, Н. Резник; с точки зрения диагностики - К. Ясперс, А.У. Shalev и R. Mayou с соавторами. С.Г. Сукиасян сообщает, что реактивность психической травмы, являясь одним из значимых компонент, может фиксироваться при любых психических расстройствах, следовательно, не является однозначной и достаточной нозологической специфичностью при диагностике [14]. Гипотеза, что ПТСР из социально-психологического феномена переросло в клинический [13], [14], на наш взгляд, обоснованный не только исследованиями, но и практикой, спорна. Боевая травма, по существу, является «сенсibiliзирующим психику воинов» фактором, «приобретенным предрасположением», что известно в литературе с начала XX века [3, 4]. Боевая травма бывших и нынешний комбатантов – ветеранов боевых действий (ВБД) в определенных социально-политических и экономических условиях перерастает в моральную травму, сочетаясь с соматической или психической патологией (в том числе патологии ощущений), может детерминировать депрессивные, диссоциативные, личностные расстройства с признаками социальной дезадаптации в виде тревожности, раздражительности, эмоциональной отчужденности, ангедонии, навязчивых переживаний, бессонницы, кошмарных сновидений, импульсивности, враждебности, и когнитивные нарушения; но не приводит однозначно к формированию ПТСР и/или острого стрессового расстройства (ОСР) [10]. Отдельное исследование показывает важность оценки личностных особенностей, роли уязвимости в развитии психопатологии посттравмы как фактора корректной диагностики. В своих работах Е.В. Снедков поднимет проблему нозологической самостоятельности посттравматического расстройства как медицинской и социально-психологической проблемы. Интересно, что в США неуточненные расстройства экстремального стресса (Disorders of extreme stress not otherwise specified — DESNOS) корректно определяют наряду с ПТСР. В данном исследовании сделана попытка рассмотреть проблематику диагностики стрессовых состояний. Очевидно, что руководство для врачей [11] частично утратило актуализированный смысл и нуждается в дополнении. Экспериментально было доказано [7], что причиненный ОСР и ПТСР вред здоровью можно корректировать, в том числе посредством релаксации разного типа [9].

Цель - обзор и анализ предикторов ПТСР и ПТР в условиях боевых действий и их последствий.

Задачи:

1. анализировать особенности реактивного и девиантного поведения ВБД в симптоматике ПТСР и ПТР для уточнения корректной диагностики психопатологических расстройств в дискурсе: болезнь, синдром или психологическая реакция?

2. определить возможные корреляции между тяжестью травмы, характером боевых действий и личностным психопатологическим профилем комбатантов в парадигме ОСР и ПТСР, уточнить характер психопатологических нарушений;

3. оценить в сравнении степень выраженности ПТСР и ПТР относительно определенных в МКБ и DSM диагностических рамок.

Цели исследования достигались с помощью адекватного диагностического алгоритма, психодиагностической методики «тематический апперцептивный тест», личностного опросника Шмишека, катамнестических наблюдений, а также статистических процедур корреляционного, контент- и кластерного анализа. Близкий подход был апробирован ранее и показал свою продуктивность [7].

Материал и методы. В продолжающемся исследовании принимают участие 194 мужчины, из них 156 из числа проходивших или проходящих службу в контингенте войск и сил СВО в 2022-2023 году в возрасте от 20 до 56 лет (преимущественно в категории «добровольцев» и мобилизованных), и 38 - в возрасте 43-70 лет, из которых большинство - участники боевых действий в ДРА и ЧР, проживающие ныне в разных регионах России и Беларуси. Средний возраст обследуемых $39,48 \pm 10$ лет. Из этой репрезентативной выборки только четверо имеют подтвержденный диагноз ПТСР, установленный в соответствии с МКБ-10 и DSM-5 (классификации предполагают разные диагностические рамки), однако более 40 мужчин имеют ярко выраженные признаки стрессового расстройства, у иных военнослужащих источник угрозы вызывает чувство неопределенности ввиду неконгруэнтности ситуации. К сему относится и субъективный опыт автора – участника II чеченской и нынешней кампаний. Боевая травма — многофакторный, сложный феномен с признаками психической, физической, социальной и моральной травмы, а не только экстремальный стресс, как отмечается в классификациях МКБ и DSM. Развитие постстрессовых расстройств проявляется осложнениями разной нозологии, и неспецифическими реакциями «посттравматического» типа. ПТСР по сей день рассматривается не как нозология, а как синдром [13]. Специфичность механизмов и клинических симптомов ПТСР как «психогенного заболевания, обусловленного воздействием исключительного, неординарного, чрезвычайного стресса, способного вызвать дистресс у любого человека» [1], характеризуется особенностями реактивного воздействия. [2]. Примерно у каждого 4-го комбатанта фиксировали первую реакцию на травматическое воздействие, а не ОСР [13].

В соответствии с методологией исследования, не противоречащей по промежуточным выводам с личным опытом уточнено, что симптомы ОСР наблюдались на 4-10-е и более сутки, а согласно определению МКБ они проявляются в течение 48–72 часов после травмы. Временные рамки («ограничительный критерий длительности») для проявления клинических

симптомов ОСТР 48 часов по критериям МКБ-10 и 72 часа согласно критериям DSM-5 — действуют только у 10% пострадавших. Для ПТСР — 6 месяцев по МКБ-10 и 1 - по DSM-5. Так симптомы ПТСР согласно классификациям, должны развиваться спустя месяцы после травмы, а отмечаются с первых дней. В этой связи С.Г. Сукиасян предлагает обсуждать «перитравматические расстройства», а не три известных посттравматических клинических формы ПТСР, границы которых являются нечеткими, а критерии спорными [13]. Практика диагностики и реабилитации ВБД непротиворечива, есть случаи ангажированного отношения к уточнению диагнозов на местах; ПТСР стараются «не ставить», предпочитая его неуточненным расстройствам экстремального стресса, что «защищает» государство от дополнительных компенсационных выплат и расходов на реабилитацию ВБД, но не защищает людей.

Поскольку в условиях травмы у личности имеются возможности реагировать на нее в пределах возможностей защитных механизмов — инстинктивных, психологических, поведенческих, организм человека пользуется как адаптивными, так и дезадаптивными способами. От субъективной оценки тяжести катастрофических последствий травмы в начальный период условно пропорционально зависит риск развития ПТСР [16]. Психическая травма как стрессогенный феномен характеризуется основными признаками-критериями: наступает внезапно и неожиданно, создает угрозу жизни и психофизической целостности организма и личности вне обыденного жизненного опыта [13]. Отдельный и дополнительный фактор влияния связан с особенностями боевой ситуации. В современных условиях военных действий «пятого поколения» прямое соприкосновение с противником не всегда актуально, что предполагает и отсутствие возможности сдачи в плен как непротиворечивого действия для выхода из стрессовой ситуации. Условия связаны с типично дистанционным характером действий: для достижения стратегических целей противоборствующими сторонами применяется информационно-психологическое давление с опорой на наукоемкие технологии, тактика нанесения массированных ударов высокоточным оружием наземного и воздушного базирования, артиллерийские налеты, минирование территории, использование БПЛА с подвешенными боеприпасами и применение средств радиоэлектронной борьбы. В этих условиях у полевых мотострелковых подразделений затруднены возможности влияния (атаковать, отступить в укрытия), ибо противник вне видимости. Зато актуальны условно новые понятия недосягаемости источника опасности и травмы, с сохранением реальности в ощущениях комбатантов. Так условия современной войны значительно отличаются от предыдущих военных конфликтов и детерминируют клинические и хронологические особенности для участников. Отсюда гипотеза, что боевая травма не специфический, а стимулирующий или катализирующий фактор причинный фактор приобретает

дискуссионный смысл [2, 12, 14].

Иногда клиническая практика свидетельствует о развитии расстройств, обусловленных неординарным стрессом. Практикующие в ПНИ клинические психологи, среди которых к.п.н. А.Ю. Авилов (СПбМСИ) в частности, анализируют опыт и случаи неадекватных поведенческих реакций пациентов с неуточненным ПТСР в отношении медицинского персонала. Очевидно, что проблематика новейшего времени на местах усугубляется недостаточностью профессиональной подготовки кадров.

Результаты и их обсуждения. Чем тяжелее клиническая картина ПТСР, тем менее выражены тревожно-фобические симптомы - нервозность, напряженность, состояния паники, чувство опасности и страхи, иррациональные реакции. Статистический анализ показал следующие результаты. В группе ВБД афганской и двух чеченских кампаний испытуемые проявляли высокий интерес к социализации, что зафиксировано на уровне 63,4%, при том, что 84% респондентов имели семьи с детьми, а 7% среди их числа – многодетные; и таким образом успешно социализировались. Среди другой части ВБД фиксировались экзальтированное, а иногда (5,4%) эпатажное поведение [5, 15]. Среди «новой» группы, прошедшей или находящейся в зоне СВО девиантное - агрессивное или наоборот социофобное поведение наблюдается в 90% случаев; надо сделать поправку на продолжающиеся пока незавершенные относительно валидности и транспарентности исследования, а также на недостаточные технические возможности исследователя, находящегося в эпицентре событий в режиме реального времени. Тем не менее, есть интересные наблюдения. Девиантное поведение присутствует у значительной части (79%) испытуемых, даже среди идентифицирующих свою позицию как психологически устойчивую, то есть без конфликта мировоззрений и действий. Агрессивность (направленная вовне) в группе имеет выраженный реваншистский поведенческий компонент, спровоцированный тремя аспектами: А) невозможность влиять на события (отдых, релаксация, обсуждения тактики действий, что связано с традиционным и обязательным единоначалием в воинских коллективах), Б) - страхом перед действиями противника, угрожающими жизни и здоровью комбатанта и В) – лавинообразным ОСР в ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости – коллеги. Данные корреляционного анализа показали, что агрессивность поведенческих реакций имеет отрицательную корреляцию с активностью боевых действий (при активности субъект более психологически устойчив) и положительную - с вовлеченностью в жизнь воинского коллектива (субъективным авторитетом).

Выводы. При ПТСР у мужчин страдает мотивационно-ценностная ориентация, идентичность мигрирует в перверсии в виде метафизической интерпретации «нормы» и фактических ощущений, с психической травмой от усердия в зоне боевых действий, что имеет значение

личностный фактор; ОСР мигрирует из функционального в органическое. Промежуточные выводы уместны на основе новой психиатрической парадигмы. Источником психических расстройств становится не столько боевая травма, а негативный смысл, осознаваемый ВБД. Эта субстанция не является застывшей, навсегда данной, она меняется в зависимости обстоятельств и во времени. В этом ключе апробированы методы релаксации на основе библиотерапии и культурной депривации, и в ранее проведенных исследованиях установлено, что наилучшую восстановительную способность обследуемые получают при качественной адаптации и социализации, причем значительные успехи фиксируются там, где экс-комбатанты (ВБД) создают многодетные семьи и заботятся о них [7]. Рекомендованы и апробированы методы релаксации для ВБД [6, 9].

Поскольку первичные реакции на травматические события характеризуются как адаптивные, направленные на выживание, резистентные угрозе, актуализируются физиологические и психологические ресурсы организма и механизмы совладения. Когда естественные меры оказываются недостаточными, резистивный процесс трансформируется в дезадаптивный с экстремальным и форсированным развитием патологических форм противостояния травме — ОСР, ПТСР, ПТР и др. с переходом причинно-следственной связи особенности личности в депрессивные расстройства, девиантное антисоциальное поведение, неадекватные агрессивные и суицидальные риски. Да, клинико-патогенетическая диагностика, лечебно-реабилитационные принципы в контексте соматоформной динамики ПТСР ВБД потребовали совершенствования. В этом практика на местах снова как «паровоз, нагоняющий опоздание». Посему актуализировалась необходимость изучать предрасполагающие факторы влияния и последствия психической травмы, корректно и независимо от административного давления различать симптомы проявления болезни и как реактивные формы поведения, уделять большее внимание качественной подготовке профильных специалистов – отбору новых кадров в ответ на вызовы времени.

Литература

1. Азарных Т.Д., Азарных Н.А. Акцентуации характера как предикторы острой стрессовой реакции. – URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/222815751.pdf> (дата обращения 15.01.2023).
2. Андриющенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 104–109.
3. Бондарев Н.И. Условия возникновения и развития реактивных состояний // Труды Военно-морской медицинской академии. – Л.: ВММедА, 1944. – С. 46–52.
4. Добротворский Н.М. Душевные заболевания в связи с войной (по литературным данным за 1915–1918 гг.) // Научная медицина. – 1919. – № 1. – С. 378–386.
5. Жигач А. Ненормальные сотрудники. Вредные советы по найму персонала. – Деловой Петербург, от 16.04.2019. – URL: https://www.dp.ru/a/2019/04/15/Ljudi_s_izjuminkoj (дата обращения 15.01.2023).
6. Кашкаров А.П. Врѣшь — не возьмѣшь! 80 способов снизить уровень тревоги. – М.: Солон-Пресс, 2023. – 160 с. - ISBN 978-5-91359-539-3
7. Кашкаров А.П. Как с помощью творчества локализовать посттравматический синдром. – Личность и культура. - №4. – 2017. – с. 36.

8. Кашкаров А.П. Инновационный инструмент независимой этической оценки. – Личность и культура. - №6. – 2017. – с. 40.
9. Кашкаров А.П. Сауна: Исцеление и комфорт. Секретные сведения от финских источников. — М.: СОЛОН-Пресс, 2018. — 144 с.
10. Лебедева Н.А., Борисова Е.Н. Изменение функций внимания у людей, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством // Психология стресса и совладающего поведения: вызовы, ресурсы, благополучие: матер. V Междунар. науч. конф.: в 2 т. / отв. ред. М.В. Сапоровская, Т.Л. Крюкова, С.А. Хазова. – Кострома: Костромской государственной университет, 2019. – С. 276–280.
11. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.
12. Резник А.М., Сюняков Т.С., Щербаков Д.В., Мартынюк Ю.Л. Психотические расстройства у ветеранов локальных войн // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2020. – Т. 120, № 6–2. – С. 31–36.
13. Сукиасян С.Г. Посттравматические или перитравматические расстройства: диагностическая дилемма // Современная терапия психических расстройств. 2022. №3. С. 3–13.
14. Сукиасян С.Г., Татевосян М.Я. Личностный фактор в генезе и развитии боевого посттравматического стрессового расстройства // Психология и психотехника. – 2010. – Т. 12. – С. 82–98.
15. Стрельникова Ю.Ю. Личность в условиях боевых действий: динамика изменений, диагностика, коррекция. - СПб.: Инфо-да. – 2013. – 262 с.
16. Хажуев И.С. Когнитивно-поведенческая терапия участников контртеррористической операции на Северном Кавказе. - Психологическая газета, 2016. – (дата обращения 15.01.2023): <http://psy.su/feed/4606/>.

ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНАЦИИ ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Medvedeva.ti@gmail.com

Ключевые слова: COVID-19, коронавирусная инфекция, вакцинация, депрессия.

ATTITUDE TO VACCINATION OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

Medvedeva T.I., Enikopov S.N., Boyko O.M., Vorontsova O.Yu.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Medvedeva.ti@gmail.com

Keywords: COVID-19, coronavirus infection, vaccination, depression.

Введение. Вакцинация сыграла важную роль в уменьшении риска заболевания, тяжелого течения и смерти от коронавирусной инфекции. Люди с психическими заболеваниями оказались группой населения особенно уязвимой в условиях пандемии.

Меньшая эффективность вакцинации. Исследования, проведенные еще до старта массовой вакцинации от COVID-19, в которых экстраполировались данные, полученные в

рамках вакцинации людей, страдающих психическими заболеваниями, от других инфекций, таких как гепатит В, грипп, показали более низкий иммунный ответ [4]. Более поздние исследование подтвердили эти данные - вакцинированные люди, страдающие психическими заболеваниями, имеют повышенный риск заражения коронавирусной инфекцией (на 24%) [5], а также у них выше риск более тяжелого течения инфекции даже при проведении вакцинации. 25 февраля 2022 года Centers for Disease Control and Prevention (CDC) включил психические заболевания в список состояний, способных утяжелять течение COVID-19.

Процент вакцинированных по сравнению с общей популяцией. При сравнении процента вакцинированных среди здоровых людей и людей с психическими заболеваниями получены неоднозначные выводы. В израильском исследовании на выборке в 50240 человек [7], в котором обследовано 25120 пациентов, страдающих шизофренией, показано, что вероятность быть привитым от ковида у пациентов из клинической группы значимо ниже, чем в контрольной. Предполагается, что такая ситуация может быть объяснена недостатком знаний и осведомленности, недостатком активных рекомендаций по поводу вакцинации со стороны лица, заботящегося о психически больном, а также страхом. Аналогичный результат получен в исследовании [3], которое показало более низкую готовность к вакцинации в группе людей, страдающих психическими заболеваниями. Авторы считают, что полученные различия между выборками связаны с тем, что в группе людей, страдающих психическими заболеваниями, респонденты, в среднем, были моложе, чем в контрольной группе.

Отношение к вакцинации. Важное значение имеет вопрос о желании вакцинироваться у людей с психическими заболеваниями, о вере в то, что вакцинация поможет не заболеть или легче перенести инфекцию. Исследование [1] было направлено на изучение отношения к вакцинации у группы психически больных, госпитализированных в остром состоянии. Исследователи делают вывод о том, что причиной принятия решения является точка зрения человека, а не его психическое состояние. Среди факторов, влияющих на готовность к вакцинации людей, подчеркивается влияние культуральных различий. Так, например, китайские данные [2] показывают противоположный результат: значимо больше людей из клинической группы (64.5%) готовы платить за вакцинацию от COVID-19 по сравнению с представителями контрольной группы (38.1%). Напротив, исследование, проведенное в Дании, показало более низкую готовность к вакцинации у людей, страдающих психическими заболеваниями (84.8%), по сравнению с общей популяцией (89.5%) [3].

Целью исследования был анализ «веры в вакцинацию» как действенный способ справиться с заболеванием» у людей с психическими заболеваниями.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 122 молодые женщины, страдающие расстройствами депрессивного спектра, проходящие лечение в НЦПЗ с сентября 2021 года по

июль 2022 года (средний возраст $20,01 \pm 5,4$). Группу сравнения составили 90 женщин, ранее не обращавшихся за психиатрической помощью, осветивших на вопросы через интернет (средний возраст $20,03 \pm 2,6$). Группы статистически не различались по возрасту. Все испытуемые отвечали на вопрос о том, в чем они видят решение проблемы пандемии. Можно было выбрать несколько вариантов ответа, среди которых был ответ «вакцинация». Группа больных депрессией была разделена на подгруппы «не верящих в вакцинацию» (57 человек, средний возраст $20,05 \pm 5,4$) и «верящих в вакцинацию» (65 человек, средний возраст $20,57 \pm 4$). Подгруппы статистически не различались по социодемографическим показателям. Все испытуемые выполнили методики: Симптоматический опросник SCL-90-R; «Я-структурный тест Г. Аммона», в исследовании использовалась шкала «Конструктивный нарциссизм»; Опросник Шкала инвестиций в тело (BIS) (Body Investment Scale) [6]. Также оценивались ответы по отдельным вопросам о самоотношении и намеренном самоповреждении, ответы на которые давались по 5 бальной шкале Лайкерта.

Результаты и обсуждение. Результаты показали, что 60,2% здоровых молодых женщин видят решение в вакцинации, против 53,9% в группе больных депрессией, однако анализ не показал статистически значимые различия между этими группами (Хи-квадрат $p=0,183$), что вероятно обусловлено большой дисперсией данных внутри групп. Однако, внутри группы больных депрессией подгруппа, которая не верила в вакцинацию, отличалась значительно более выраженными клиническими симптомами «Депрессии», «Психотизма», «Индекса тяжести состояния» (SCL-90R) (Таб. 1).

Таблица 1.

Результаты экспериментальной и контрольной групп

Параметр SCL-90R	Не верят в вакцинацию	Верят в вакцинацию	Значимость различий (ANOVA)
SCL_Депрессия	$2,19 \pm 0,86$	$1,66 \pm 0,98$,002
SCL_Паранойяльность	$1,20 \pm 0,89$	$0,91 \pm 0,79$,059
SCL_Психотизм	$1,12 \pm 0,73$	$0,77 \pm 0,65$,007
SCL_GSI Общий индекс тяжести	$1,54 \pm 0,71$	$1,27 \pm 0,72$,044
SCL_PDSI Индекс тяжести наличного дистресса	$2,25 \pm 0,53$	$2,08 \pm 0,55$,089
SCL_PSI число беспокоящих симптомов	$58,05 \pm 19,34$	$51,18 \pm 19,47$,055

Эти результаты позволяют объяснить расхождения в исследованиях, проведенных в разных странах, по поводу отношения к вакцинации людей с психическими заболеваниями.

Вероятно, такие исследования можно проводить только с учетом тяжести состояния больного. Подгруппа «не верящих» в вакцинацию отличалась ощущением низкой собственной ценности, это проявлялось в ответах на отдельные вопросы, вопросы «Шкалы инвестиции тела» и шкалы «Конструктивный нарциссизм» теста Аммона (Табл. 2).

Таблица 2.

Результаты экспериментальной и контрольной групп

	Не верят в вакцинацию	Верят в вакцинацию	Значимость различий (Манн-Уитни)
Положительный образ тела (Шкала инвестиций тела BIS)	2,51±1,26	3,02±1,13	,042
Нарциссизм конструктивный (Аммон)	29,75±13,59	39,97±13,59	,025
Ощущение безнадежности будущего	2,52±1,33	1,82±1,58	,010
Суицидальные намерения	1,43±1,51	0,78±1,18	,010
Мысли о смерти	1,70±1,46	1,15±1,44	,042
Ощущение, что Вы хуже других	2,40±1,46	1,89±1,48	,062
Ощущение собственной никчемности	2,53±1,55	1,78±1,51	,009
Намеренное_самотравмирование	3,59±1,42	2,82±1,73	,022

Выводы. Группа молодых женщин с депрессией не отличалась от группы здоровых отношением к вакцинации, однако анализ показал, что при высоких показателях психопатологии снижается «вера в вакцинацию». Такое снижение связано, в том числе, с более низким ощущением ценности жизни и себя самого.

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

Литература

1. Danenberg R., Shemesh S., Tzur Bitan D., Maoz H., Saker T., Dror C., Hertzberg L., Bloch Y. Attitudes of patients with severe mental illness towards COVID-19 vaccinations: A preliminary report from a public psychiatric hospital // J Psychiatr Res. 2021. Vol. 143. pp. 16-20.
2. Hao F., Wang B., Tan W., Husain S.F., McIntyre R.S., Tang X., Zhang L., Han X., Jiang L., Chew N.W.S., Tan B.Y., Tran B., Zhang Z., Vu G.L., Vu G.T., Ho R., Ho C.S., Sharma V.K. Attitudes toward COVID-19 vaccination and willingness to pay: comparison of people with and without mental disorders in China // BJPsych Open. 2021. Vol. 7. no. 5. pp. e146.
3. Jepsen O.H., Kolbaek P., Gil Y., Speed M., Dinesen P.T., Sonderskov K.M., Ostergaard S.D. COVID-19 vaccine willingness amongst patients with mental illness compared with the general population // Acta Neuropsychiatr. 2021. Vol. 33. no. 5. pp. 273-276.
4. Mazereel V., Van Assche K., Detraux J., De Hert M. COVID-19 vaccination for people with severe mental illness: why, what, and how? // Lancet Psychiatry. 2021. Vol. 8. no. 5. pp. 444-450.
5. Nishimi K., Neylan T.C., Bertenthal D., Seal K.H., O'Donovan A. Association of Psychiatric Disorders With Incidence of SARS-CoV-2 Breakthrough Infection Among Vaccinated Adults // JAMA Netw Open. 2022. Vol. 5. no. 4. pp. e227287.

6. Orbach I., Mikulincer M. The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale // Psychological Assessment. 1998. Vol. 10. no. 4. pp. 415-425.
7. Tzur Bitan D. Patients with schizophrenia are under-vaccinated for COVID-19: a report from Israel // World Psychiatry. 2021. Vol. 20. no. 2. pp. 300-301.

**ТРУДНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ СИТУАЦИИ В ЖИЗНИ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ:
ИДЕНТИФИКАЦИЯ, ТИПОЛОГИЗАЦИЯ, ИЗМЕРЕНИЕ**

Нартова-Бочавер С.К., Бардадымов В.А., Хачатурова М.Р., Ерофеева В.Г.

ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ, Москва, Россия

snartovabochaver@hse.ru

Ключевые слова: благополучие, студенты, трудные жизненные ситуации, стресс, «становящаяся взрослость».

**DIFFICULT LIFE SITUATIONS IN THE LIFE OF MODERN STUDENTS:
IDENTIFICATION, TYPOLOGATION, MEASUREMENT**

Nartova-Bochaver S.K., Bardadymov V.A., Nachaturova M.R., Yerofeyeva V.G.

FSAI HE NRU HSE, Moscow, Russia

snartovabochaver@hse.ru

Keywords: well-being, students, difficult life situations, stress, “emerging adulthood”.

В современном мире произошли изменения в определении возрастных границ. Американский психолог Дж. Арнетт [5] выделил и описал период «становящейся взрослости», в течение которого молодые люди сосредоточены на себе, много времени уделяют поиску своего пути и отвечают на главные вопросы в своей жизни. Обучение в вузе является одной из траекторий проживания «становящейся взрослости».

Учащиеся вузов сталкиваются с множеством трудностей в период обучения, так как многие связывают образование с карьерными возможностями и успехом. Кроме того, из-за отложенного взросления задерживается решение многих задач взрослых – сепарация от родителей, экономическая независимость, создание собственной семьи и родительство [5]. Молодые люди, пытаясь справиться с трудностями, чувствуют психологическое истощение и бросают обучение. По данным НИУ ВШЭ, 21% студентов выбывает, не завершив обучение.

Помощь с повышением уровня благополучия является задачей психологических служб вузов. Благополучие разделяется на гедонистическое, которое связано с хорошим самочувствием, и эвдемоническое, которое обеспечивает высокий уровень функционирования

[3, 6] Хронический и повседневный стресс могут в значительной степени ухудшать благополучие [4, 7]. Хронический стресс возникает из-за значительных событий, для разрешения которых человеку нужно активировать все свои физические, социальные и психологические ресурсы. В свою очередь повседневный стресс студенты могут не замечать из-за его рутинного характера и на первый взгляд небольшого воздействия. Однако опасность такого вида стресса состоит в том, что он обладает кумулятивным эффектом и может привести к психологическому срыву [4, 7].

Итак, чтобы помочь студентам повысить уровень благополучия, необходимо проанализировать реальные жизненные контексты и рассматривать их как источники уязвимости. Такой подход позволит подумать о разработке интервенций для совладания со стрессами. Трудной жизненной ситуацией считается негативное событие, которое приводит к появлению беспокойства, ощущению неопределённости, сложностям с разрешением ситуации и чувством собственной некомпетентности [1, 2].

Однако неизвестно, что современные студенты считают трудными жизненными ситуациями в период обучения. Индивидуальные различия влияют на то, как воспринимаются одни и те же события разными людьми. Поэтому цель исследования состояла в том, чтобы идентифицировать трудности, с которыми сталкиваются современные студенты, и разработать надёжный и валидный опросник, позволяющий отслеживать, как они различаются у студентов разных вузов и курсов. Идентификация трудных жизненных ситуаций позволит лучше понять, кому необходима психологическая поддержка и на каком этапе обучения. Это позволит студентам продолжить обучение без психологических нарушений и поддерживать мотивацию к выбранной профессии.

Для разработки опросника мы провели два эмпирических исследования. Сбор данных проводился осенью 2021 года. Первое исследование было эксплораторным, его цель состояла в получении описания трудных жизненных ситуаций, с которыми сталкиваются современные студенты. Респондентами стали 337 студентов разных ступеней образования: лицей ($n = 82$), бакалавриат ($n = 47$), магистратура ($n = 131$), аспирантура ($n = 76$) $M_{\text{возраст}} = 20,9$; $SD_{\text{возраст}} = 3,0$, 243 женского пола. Методом сбора данных стал письменный опрос, который включал вопросы об академических, социальных, эмоциональных, организационных трудностях, с которыми сталкиваются студенты во время обучения.

Для обработки данных использовался качественный контент-анализ. Четыре исследователя независимо друг от друга кодировали ответы, после чего проводили процедуру триангуляции. Выделенные коды и категории уточнялись и дополнялись с учётом комментариев друг друга. При возникновении двусмысленности обсуждение продолжалось до достижения согласия между всеми участниками. В результате получилось 48 трудных

жизненных ситуаций, которые объединились в 9 групп в соответствии с результатами контент-анализа – *академические, социальные, организационные и эмоциональные трудности; переезд; образ «Я»; стрессовые, чрезвычайные, экстремальные события вне учёбы.*

Цель второго исследования состояла в том, чтобы эмпирически проверить получившуюся структуру опросника. В этом исследовании приняли участие 717 студентов разных ступеней образования: колледж ($n = 138$), бакалавриат ($n = 492$), магистратура ($n = 55$), аспирантура ($n = 30$), 2 вольнослушателя, $M_{\text{возраст}} = 19,0$; $SD_{\text{возраст}} = 4,3$, 613 женского пола. 301 человек переехал для обучения (23 сменили страну), 416 обучаются в том же городе, в котором родились.

Для оценки трудностей использовалась бинарная Ли-шкала. Для выделения структуры опросника проводился кластерный анализ через внутригрупповую связанность на основе квадратичного Евклидова расстояния со стандартизацией категорий по Z -значениям и преобразованию значений от 0 до 1. Далее оценивался показатель надёжности полученной шкалы.

В результате кластерного анализа выделились 8 кластеров вместо 9 – *адаптация к условиям обучения, тревожность и перегрузки, психоэмоциональные трудности, организация занятий со стороны учебного заведения, социальные условия обучения, важность определяющих жизненных событий, сложности адаптации к новому месту, потери и страх потери.* Альфа Кронбаха полученной шкалы – 0,738, что говорит о достаточно высокой согласованности пунктов.

Респонденты чаще всего отмечали тревогу из-за успеваемости, экзаменов, подготовки публикаций, страх неудачи на экзамене и отчисления (81%); академическую перегрузку (79%) и необходимость сохранять эмоциональную устойчивость (78%). В то время как самыми редкими стали – война/вооружённые конфликты (8%); адаптация к обучению в многокультурной среде (12%); напряжение и конфликты с однокурсниками и соседями по общежитию (14%).

По всем кластерам, кроме «Потери и страх потери», получены статистически значимые различия в зависимости от пола, ступени образования и факта переезда. Девушки отмечали больше трудностей, чем парни, вероятно, потому что девушки оказываются более чувствительными к смене среды и с большей внимательностью относятся к своему психологическому состоянию. Студенты-бакалавры сталкиваются с большими трудностями, чем студенты других ступеней, потому что им приходится адаптироваться к новой модели обучения. Студенты, которые переехали в связи с обучением, также испытывают больше трудностей, по сравнению со студентами, которые поступают в вуз в родном городе. Факт переезда связан с необходимостью полностью изменить свой образ жизни, поэтому это

событие является потенциальным стрессором и угрозой для благополучия.

Таким образом, психологическим службам вузов следует уделить особое внимание при работе с девушками, студентами бакалавриата и студентами, которые сменили место жительства для обучения. Разработанный опросник позволит идентифицировать типичные трудности, с которыми сталкиваются молодые люди. Этот инструмент также может использоваться в образовательной политике с целью улучшения вузовского климата и среды обучения.

Исследование подготовлено при поддержке РФФИ (проект No 20-513-05014).

Литература

1. Анцыферова, Л. И. (1994). Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита. *Психологический журнал*, 15(1), 3–18.
2. Битюцкая, Е. В. (2007). Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания. *Психологическая наука и образование*, 12(4), 87–93.
3. Нартова-Бочавер, С. К. (2015). Психологическая суверенность как предиктор эмоциональной устойчивости в ранней и средней взрослости. *Клиническая и специальная психология*, 4(1), 15–28.
4. Нартова-Бочавер, С. К. (2019). Жизненная среда как источник стресса и ресурс его преодоления: возвращаясь к психологии повседневности. *Психологический журнал*, 40(5), 15–26.
5. Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469.
6. Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34.
7. Harrison, M. H. (1985). Effects on thermal stress and exercise on blood volume in humans. *Physiological reviews*, 65(1), 149-209.

ТРЕВОГА О ЗДОРОВЬЕ У РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Первичко Е.И., Чижова А.Р., Митина О.А., Степанова О.Б., Конюховская Ю.Е.

Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

elena_pervichko@mail.ru

Ключевые слова: тревога о здоровье, личностная тревожность, ситуативная тревожность, ценности, пандемия COVID-19.

HEALTH ANXIETY OF YOUNG RUSSIANS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Pervichko E.I., Chizhova A.R., Mitina O.A., Stepanova O.B., Koniukhovskaia Ju.E.

Faculty of Psychology at Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

elena_pervichko@mail.ru

Keywords: health anxiety, trait anxiety, state anxiety, values, COVID-19 pandemic.

Введение. Пандемия COVID-19, захлестнувшая весь мир в 2020 году, явилась событием мирового масштаба, характеризующимся не только набором определенных ограничений, но и кардинальными изменениями жизни людей во время постоянной угрозы их здоровью и жизни, а также состоянием неопределенности будущего при изменении жизненных перспектив. Такое положение дел ставит перед психологами большое количество важных задач в области психодиагностики и оказания психологической помощи, а также предоставляет возможность исследовать изменение важных компонентов личностного функционирования, а именно эмоциональную и ценностную сферы личности в трудной жизненной ситуации (Wojanowska et al., 2020).

Цель исследования – изучение динамики тревоги о здоровье во время пандемии COVID-19 у молодых россиян и связи тревоги о здоровье ценностью здоровья у них в этих условиях.

Материал и методы исследования. Диагностический комплекс составили: (1) Социально-демографическая анкета, направленная на сбор основных сведений о респондентах; (2) Краткая шкала тревоги о здоровье SHAI (Salkovskis et al, 2002; Желонкина, Ениколопов, Ермушева, 2014); (3) Опросник диагностики ценностных ориентаций Ш. Шварца PVQ-R2 (Шварц и др., 2012); (4) Шкала личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина STAI (Spielberger et al., 1972, 1983; Ханин, 1983). Исследование проводилось онлайн-формате в период с 04.01.2021 по 31.03.2021. Выборку исследования составили 142 респондента (109 женщин и 33 мужчин) в возрасте от 18 до 68 лет ($31,68 \pm 11,51$), в их числе респонденты молодого возраста (до 44 лет включительно, согласно критериям ВОЗ) – 89 человек.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование показало, что у молодежи во время самоизоляции наблюдаются достоверное повышение тревоги о здоровье, по сравнению с ее выраженностью до пандемии и после завершения режима самоизоляции, тогда как у людей старше 44 лет значимых различий не обнаружено. При этом уровень тревоги о здоровье у молодежи во время самоизоляции входит в диапазон высоких значений (рис. 1).

Исследование системы ценностей показало, что во время самоизоляции ценность здоровья становится наиболее значимой в структуре ценностей как у молодежи, так и лиц старшего возраста, тогда как до пандемии и после завершения самоизоляции ценности самостоятельности и благожелательности являются более приоритетными, чем здоровье, в обеих возрастных группах. Выход ценности здоровья на первые позиции в ценностной структуре совершенно нетипично для лиц молодого возраста в обычных жизненных условиях (Арина, Иосифян, Николаева, 2019; Lau et al., 1986; и др.).

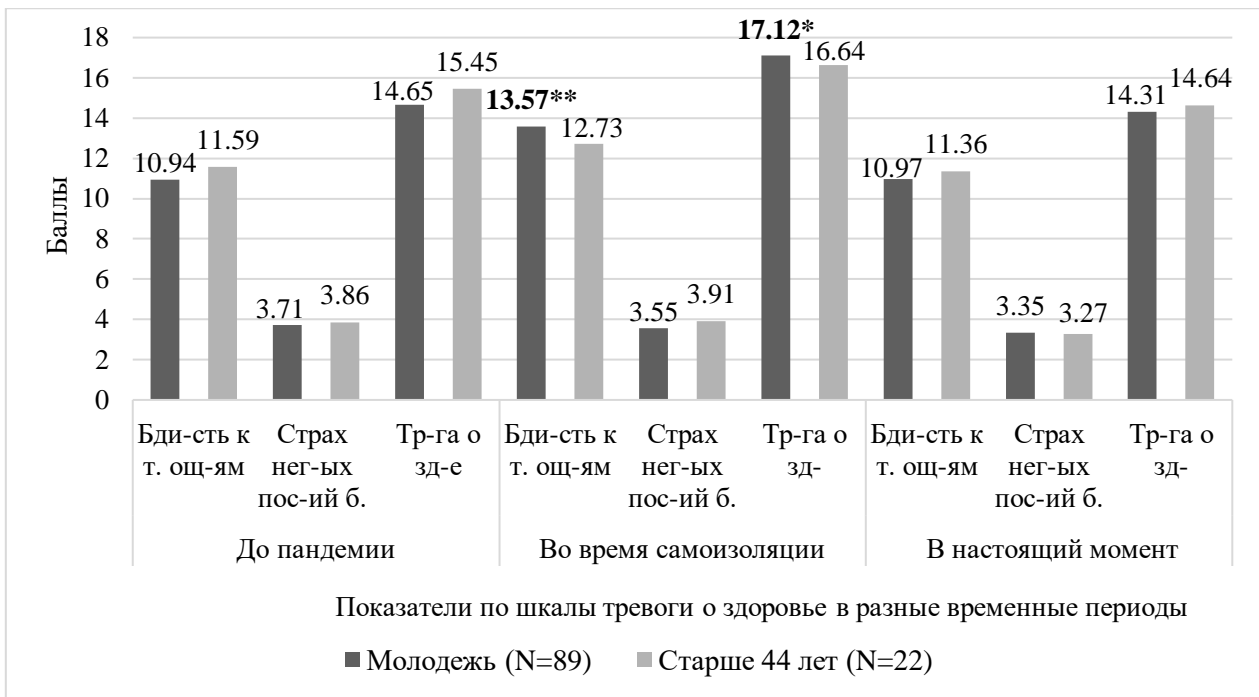


Рисунок 1. Динамика тревоги о здоровье у молодежи и людей старше 45-х лет на разных этапах пандемии.

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$.

Были выявлены значимые различия в ценностных предпочтениях молодежи, при сравнении в периоды до пандемии COVID-19, во время самоизоляции и после завершения самоизоляции: (1) во время самоизоляции повысилась значимость ценностей категорий «безопасность» и «конформизм» и снизилась значимость ценностей категории «самостоятельность», а также ценностей стимуляции, достижений, репутации, универсализма - заботы о природе, «универсализма – заботы о других, традиций, благожелательности – заботы о других; (2) после снятия режима самоизоляции снизилась и соответствуют уровню «до пандемии» значимость ценностей категорий «безопасность» (личная и общественная безопасность) и «конформизм» (конформизм – правила). При этом повысилась значимость ценностей категории «самостоятельность», стимуляции, достижений, власти, а также категории «благожелательность». Причем ценности категории «самостоятельность» (а именно, самостоятельности поступков) и «власти» (власти над ресурсами) становятся более значимыми, а ценности категорий «благожелательности» (как заботы) и «конформизм» (соблюдение правил) - менее значимыми, чем до пандемии COVID-19.

Согласно полученным данным, у молодежи тревога о здоровье стабильно вносит положительный вклад в предпочтение ценностей здоровья (личной безопасности) и межличностного конформизма и отрицательный - в предпочтение ценности традиций на всех этапах исследования. Наряду с этим, обнаружен вклад тревоги о здоровье в другие ценностные предпочтения в условиях пандемии COVID-19, а именно: (1) во время самоизоляции наблюдается положительный вклад тревоги о здоровье в предпочтение еще одной ценности

категории «безопасность» (ценность репутации) и категории «конформизм» (ценность соблюдения правил), и отрицательный вклад - в предпочтение ценностей самостоятельности мыслей и стимуляции; (2) после завершения режима самоизоляции тревога о здоровье, помимо уже описанного стабильного положительного вклада в ценности категорий «безопасность» (личная безопасность) и «межличностный конформизм», и отрицательного – в традиции, вносит отрицательные вклад в предпочтение ценностей категории «власть» (а именно власть над ресурсами) и ценности гедонизма.

Оказалось, что у молодых людей ценность здоровья стабильно положительно связана с личностной тревожностью как до, так и во время пандемии COVID-19, чего не наблюдается у лиц более старшего возраста. В то же время, в обеих возрастных группах тревога о здоровье положительно связана с ситуативной тревожностью. После завершения самоизоляции молодежь определяла здоровье как необходимое условие реализации достижений и сохранения психологического благополучия, в отличие от людей более старшего возраста, которые определяют значимость здоровья как необходимого для реализации заботы о других, наряду с желанием не беспокоить близких. Указанные различия имеют достоверный характер.

Наличие связей ценности здоровья с личностной и ситуативной тревожностями до и во время пандемии COVID-19, наряду со связью тревоги о здоровье с ситуативной тревожностью в настоящее время, можно, проинтерпретировать так, что люди, для которых важна ценность здоровья, склонны к тревожным реакциям и являются группой риска для развития расстройств тревожного спектра, что должны учитывать не только психологи в практической работе, но и другие специалисты системы здравоохранения, понимая особенности психологического статуса обратившегося к ним пациента.

Заключение. Полученные в исследовании данные относительно связи тревоги о здоровье и динамики системы ценностей у молодежи в условиях текущей пандемии COVID-19 вносят определенный вклад в понимание общего вопроса о связи и взаимного обусловливания тревоги и ценностей личности, а также ряда аспектов изменений эмоционально-личностной сферы в условиях угрозы здоровью. Полученные результаты могут быть полезны при оценке эмоционального состояния и оказании психологической помощи пациентам с тревожными расстройствами и людям в стрессовых ситуациях.

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

Литература

1. Арина Г.А., Иосифян М.А., Николаева В.В. Культурно-исторический подход к внутренней картине здоровья: феномены, структура, онтогенез // Руководство по психологии здоровья. – Москва: Изд-во Московского ун-та, 2019. – С. 56–102.
2. Желонкина Т.А., Ениколопов С.Н., Ермушева А.А. Адаптация русскоязычной версии методики Р. Salkovskis «Краткий опросник тревоги о здоровье» (Short health anxiety inventory) // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2014. – № 7 (1). – С. 30–37.
3. Ханин Ю. Стресс и тревога в спорте / Сост. Ю. Ханин. М.: Физкультура и спорт, 1983. С. 12–24.

4. Шварц Ш., Бутенко Т.П., Седова Д.С., Липатова А.С. Уточненная теория базовых индивидуальных ценностей: применение в России. - Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2012. Т. 9, No 1. С. 43–70.
5. Bojanowska A., Kaczmarek L., Kościelniak M., Urbańska B. Values and well-being change amidst the COVID-19 pandemic in Poland. 2020. - P. 1-23 10.31234/osf.io/xr87s. [Электронный ресурс] <https://psyarxiv.com/xr87s> (Дата обращения: 23.03.2021)
6. Lau R.R., Hartman K.A., Ware J.E.Jr. Health as a value: methodological and theoretical considerations. Health Psychol. 1986 - Vol. 5(1) - P. 25-43. doi: 10.1037//0278-6133.5.1.25. PMID: 3720718.
7. Salkovskis P.M., Rimes K.A., Warwick H.M., Clark D.M. The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis // Psychological Medicine. – 2002. – Vol. 32. – P. 843–853.
8. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 — Y2). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1983 - P. 42.

**ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ,
СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ И ВЛИЯЮЩИЕ НА
ЮРИДИЧЕСКИ ЗНАЧИМУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

Переpravina Ю.О.

ФГБУ НМИЦПН им. в. П. Сербского, Москва, Россия

psypy@mail.ru

Ключевые слова: индивидуально-психологические особенности, синдром зависимости от алкоголя, комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, сделкоспособность.

**INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS
SUFFERING ALCOHOL DEPENDENCE INFLUENCING CIVIL ACTIVITIES
(CAPACITY)**

Perepravina Y.O.

FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

psypy@mail.ru

Keywords: individual psychological characteristics, alcohol dependence, complex forensic psychological and psychiatric examination, decision making capacity.

Введение. Судебно-экспертная оценка лиц с синдромом зависимости от алкоголя в гражданских делах по признанию сделки недействительной является важным аспектом экспертологии в связи с их распространенностью и повышенной сложностью. Лица, страдающие психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, довольно часто, как и лица, страдающие органическими психическими

расстройствами, расстройствами шизофренического спектра, умственной отсталостью [2], оказываются уязвимыми к обману в ситуации совершения имущественных сделок, оформления кредитов и займов, вовлекаются в мошеннические схемы, в связи с чем позже пытаются признать совершенную ими сделку недействительной, обращаются в суд, который в свою очередь назначает комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу (либо судебно-психиатрическую экспертизу) по оценке делкоспособности.

В классических работах по судебной психиатрии [1, 5] представлены психические заболевания и их формы, которые наиболее часто встречаются в данного рода экспертизах и которые были описаны в психиатрических исследованиях при решении проблемы оценки делкоспособности. Выделяются основные нозологические группы, которые делятся на хронические и временные психические расстройства. Синдром зависимости от алкоголя в рамках судебно-экспертной оценки относится как к временным психическим расстройствам в форме второй стадии синдрома зависимости от алкоголя, так и к хроническим - синдром зависимости от алкоголя в конечной стадии.

Согласно отечественным психологическим исследованиям, эмоционально-волевые расстройства, характерные для синдрома зависимости от алкоголя, тесно связаны с изменением мотивационной сферы и формированием патологического влечения к алкоголю [4]. Злоупотребление алкоголем приводит к выраженным медико-биологическим и социальным последствиям [1]. Все эти факторы создают повышенную виктимность лиц с психическими и поведенческими расстройствами, увеличивают количество гражданских споров, связанных с тем, что интересы этих лиц ущемляются.

Объектом судебно-экспертного исследования являются особенности психики человека не в целом, а именно в юридически значимых ситуациях, под которыми понимаются юридические значимые периоды времени или ситуации, в которых разворачивается та или иная психическая деятельность подэкспертного лица, оцениваемая с позиции разных юридических критериев [4]. Юридическим критерием делкоспособности является «способность понимать значение своих действий и/или руководить ими на юридически значимый период совершения сделки». Соответственно, задача медицинского психолога в рамках судебно-психологической оценки ответить на вопрос, оказывали ли индивидуально-психологические особенности подэкспертного, структура и динамика его психической деятельности существенное влияние на способность к осознанной регуляции и осмыслению происходящего на момент совершения сделки. При диагностике лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, обнаружено, что между группами, разделенными по экспертному решению, не выявлено значимых различий по патопсихологическому параметру, однако решающим является фактор

индивидуально-психологических особенностей. [3]

Материал и методы. В исследовании приняли участие 35 человек, которые проходили комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу или судебно-психиатрическую экспертизу с участием медицинского психолога в ФГБУ «НМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. Все подэкспертные относятся к нозологической группе «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя» (F10). В ходе экспериментально-психологического исследования использовался базовый набор патопсихологических методик, методики на исследование индивидуально-психологических особенностей, такие как «ИТО», «ММИЛ».

Результаты и выводы. В наших исследованиях [3] были обнаружены два механизма нарушения саморегуляции при совершении сделки: 1) неспособность понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки по механизму податливого к воздействию окружающих поведения при принятии решений, уязвимости к обману, психопатологического мотива сделки; 2) неспособность понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки по механизму мотивационно-волевого снижения, трудностей формирования намерения, отсутствии интенций к осуществлению какого-либо выбора. Лица, страдающие психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, превалировали в группе со вторым механизмом, а также в группе лиц, которые могли понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки.

Для лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, которые не могли понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки, характерны такие индивидуально-психологические особенности как снижение критико-прогностических способностей, выраженное мотивационно-волевое снижение, снижение/неустойчивость мотивационной направленности, сужение круга ценностно-смысловых ориентаций, снижение самоконтроля, инертность, пассивная стратегия совладания со стрессом, трудности в формировании намерений или их нечеткость, необщительность, снижение саморегуляции в субъективно сложных ситуациях.

Для лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, которые могли понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки, характерны такие индивидуально-психологические особенности как завышенная самооценка и переоценка себя, отрицание каких-либо затруднений, демонстративность, эгоцентризм, импульсивность, отсутствие выраженной тревожности, устойчивость мотивационной направленности, выраженная общительность и многочисленные поверхностные социальные контакты, способность к социальной адаптации

в малой группе.

Литература

1. Королева Е.В. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у лиц, совершивших сделки: диссертация ... доктора медицинских наук: 14.01.06. Москва, 2010. 314 с.
2. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2019 году: Аналитический обзор / Под ред. Е.В. Макушкина. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П.Сербского” Минздрава России, 2020. – Вып. 28. – 200 с.
3. Переpravина Ю.О. Способность гражданина к совершению сделки: критерии судебно-психологических экспертных оценок [Электронный ресурс] / Ю.О. Переpravина // Психология и право. 2021. Том 11. № 4. С. 153-168. Режим доступа: <https://psyjournals.ru/psyandlaw/2021/n4/perepravina.shtml>
4. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата. М.: Издательство Юрайт, 2014. 421 с.
5. Харитонов Н.К., Королева Е.В., Корзун Д.Н. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших имущественные сделки, в гражданском процессе (критерии экспертной оценки): Пособие для врачей // О современных видах и методах комплексных судебно-психиатрических экспертных исследований / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 2008. С. 131-162.

ОПРОСНИК АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОЙ АПРОБАЦИИ

Польская Н.А.^{1,2}, Кузнецова-Фетисова А.А.³

¹ ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

polskayana@yandex.ru

² ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия

³ ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева, Москва, Россия

nastasyabelous@mail.ru

Ключевые слова: разработка опросника, аутодеструктивное поведение, юношеский возраст.

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR QUESTIONNAIRE: RESULTS OF PRIMARY VALIDATION

Polskaya N.A.^{1,2}, Kuznetsova-Fetisova A.A.³

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

polskayana@yandex.ru

² FSBI Sukhareva SCMHC, Moscow, Russia

³ SBHI N.A. Alekseev PCH №1, Moscow, Russia

nastasyabelous@mail.ru

Keywords: questionnaire development, self-destructive behavior, youth.

Введение. Проявления аутодеструктивного поведения повышают риск нарушений

физического и психического здоровья, включая инвалидность и преждевременную смерть. Тенденция к росту аутодеструктивного поведения, особенно в подростково-юношеской популяции, отмечается многими специалистами [1, 2, 6, 12], поэтому особую актуальность приобретает разработка методик комплексной оценки аутодеструктивного поведения, учитывая, что разные виды саморазрушения нередко связаны между собой. Так, американские исследователи предлагают опросник рискованного, импульсивного и саморазрушительного поведения (RISQ), в рамках которого они выделяют восемь шкал – употребление наркотиков, агрессия, самоповреждающее поведение, азартные игры, рискованное сексуальное поведение, импульсивное питание, злоупотребление алкоголем и безрассудное поведение [13]. В отечественной психологии под аутодеструктивным или саморазрушительным поведением [6] подразумевается намеренное причинение себе вреда или совершение действий, которые имеют негативные последствия для индивида. В рамках данного понятия объединяются суицидальное и несуйцидальное самоповреждающее поведение, употребление ПАВ, нарушения пищевого поведения, рискованное сексуальное поведение и др. [9, 12]. Несмотря на наличие достаточного числа шкал и опросников, направленных на оценку конкретного вида аутодеструктивного поведения, в некоторых случаях, например, при проведении скрининговых исследований в популяции, полезно использовать инструменты, позволяющие дать обобщенную оценку выраженности аутодеструктивных тенденций.

Цель. Разработка опросника, направленного на оценку аутодеструктивного поведения, с выделением таких шкал как (1) употребление алкоголя и (2) наркотических веществ, (3) употребление лекарственных препаратов для изменения своего текущего состояния, (4) курение, (5) склонность к рискованному поведению и (6) нарушения пищевого поведения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 175 человек, из которых 117 – женского пола, 58 – мужского пола в возрасте от 18 до 35 лет. Из них 14 имеют среднее образование; 29 – высшее; 8 – неоконченное высшее; 124 – на момент исследования указали, что обучаются в вузе и являются студентами. Исследование было проведено в двух форматах: очного индивидуального тестирования и онлайн-тестирования; опрос респондентов проводился на условиях анонимности и добровольного согласия. В первоначальную версию опросника были включены 40 утверждений с выбором ответа по шкале Ликерта: от 1 – «совершенно не верно» до 5 – «совершенно верно». Проверка на ретестовую надежность проводилась спустя 10-15 дней после первичного тестирования. Для проверки конвергентной валидности использовались: (1) опросник эмоциональной дисрегуляции [10]; (2) краткий пятифакторный опросник личности [11], (3) опросник «Стратегии совладающего поведения» [3]; (4) опросник причин самоповреждающего поведения [7].

Результаты и обсуждение. Первичная проверка факторной структуры опросника

проводилась с помощью эксплораторного факторного анализа (метод главных компонент с Варимакс-вращением). Было выделено пять факторов. Не удалось выделить шкалу склонности к нарушениям пищевого поведения. Исходя из результатов факторизации, были получены следующие шкалы: (1) курение – 5 пунктов; (2) склонность к рискованному поведению – 11 пунктов; (3) употребление наркотических веществ – 4 пункта; (4) употребление лекарственных препаратов для изменения своего текущего состояния – 5 пунктов; (5) употребление алкоголя – 5 пунктов. Содержание пунктов с соответствующими им факторными нагрузками, и их распределение по шкалам представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты факторного анализа

Повернутая матрица компонентов					
Пункты опросника	Компонент				
	1	2	3	4	5
<i>Фактор 1: курение</i>					
27. Я люблю курить	0,92				
9. Я курю	0,91				
21. Я чувствую удовлетворение, когда затягиваюсь сигаретой	0,88				
3. Курение успокаивает меня	0,86				
15. Хорошая сигарета – немаловажный атрибут хорошего отдыха	0,83				
32. Когда я сильно нервничаю, то мне надо покурить или что-то	0,78				
<i>Фактор 2: склонность к рискованному поведению</i>					
37. Люблю рисковать		0,77			
25. Я готов рискнуть, чтобы пережить что-то новое		0,74			
33. Мне нравится работа, в которой есть элемент опасности		0,72			
7. Осторожный человек – это не про меня		0,66			
13. Я совершал рискованные поступки только ради острых ощущений		0,64			
35. Можно рискнуть, если уверен в своих силах		0,61			
19. Иногда я совершенно не думаю о последствиях своих поступков		0,50			
1. Правила придуманы для того, чтобы их нарушать		0,48			
31. Ненавижу любые расписания		0,47			
38. Делать скучную работу – это не для меня		0,45			
36. Я говорю, что думаю, даже если это не в моих интересах		0,42			
<i>Фактор 3: употребление наркотических веществ</i>					
12. Я принимал наркотические вещества			0,92		
24. На своем опыте знаю, как могут действовать наркотические вещества			0,91		
6. В компании с друзьями мне приходилось принимать наркотические вещества			0,87		
30. Я попробовал наркотики, чтобы узнать, что это			0,82		
<i>Фактор 4: употребление лекарственных препаратов для изменения своего текущего состояния</i>					
26. Чтобы успокоиться, я принимаю таблетки				0,85	

14. Иногда я принимаю таблетки, чтобы улучшить свое настроение				0,72	
2. Когда я не могу уснуть, то принимаю снотворное				0,70	
20. Я часто принимаю лекарства, не требующие рецепта				0,62	
8. Иногда я принимаю таблетки «на всякий случай», даже если меня ничего не беспокоит				0,53	
<i>Фактор 5: употребление алкоголя</i>					
16. Мне нравится вкус алкоголя					0,77
22. Когда я выпиваю, мне становится хорошо					0,76
10. Я могу выпить больше алкоголя, чем большинство из моих друзей					0,54
40. Я стараюсь не отказывать себе в исполнении своих желаний					0,52
28. Иногда я думаю, как бы хорошо почувствовать вкус спиртного					0,47

Примечание: Метод главных компонент с варимакс-вращением с нормализацией

Кайзера.

Согласованность пунктов в выделенных шкалах (α Кронбаха) оказалась приемлемой: курение ($\alpha = 0,95$); склонность к рискованному поведению ($\alpha = 0,83$); употребление наркотических веществ ($\alpha = 0,94$); употребление лекарственных препаратов для изменения своего текущего состояния ($\alpha = 0,75$), употребление алкоголя ($\alpha = 0,71$). Показатели ретестовой надежности ($n=94$) шкал были достаточными ($r_s=0,7-0,8$). Проверка связей между шкалами опросника продемонстрировала значимые ($p<0,01$), но преимущественно невысокие корреляции ($r_s=0,27-0,45$), что свидетельствует об относительной независимости выделенных шкал друг от друга. При проверке половых различий более высокие значения были обнаружены у мужчин по шкале курения (критерий Манна-Уитни, $p=0,006$). Значимые связи ($p<0,05$) были получены между шкалами опросника аутодеструктивного поведения и шкалами:

- опросника эмоциональной дисрегуляции – избеганием, руминацией и трудностями ментализации ($r_s=0,18-0,38$);

- опросника Большой пятерки – эмоциональной стабильностью и добросовестностью ($r_s=-0,46- -0,67$), экстраверсией ($r_s=0,40-0,49$);

- опросника «Стратегии совладающего поведения» – конфронтацией, бегством-избеганием ($r_s=0,23-0,37$).

- общим показателем частоты самоповреждений, инструментальными и соматическими самоповреждениями ($r_s=0,26-0,37$).

Как показывают результаты корреляционного анализа, проявления аутодеструктивного поведения тесно взаимосвязаны с эмоционально-личностными факторами [9], а некоторые личностные черты могут как усиливать (экстраверсия), так и ослаблять (эмоциональная стабильность, добросовестность) тенденцию к саморазрушению. Отрицательная связь

эмоциональной стабильности и добросовестности с аутодеструктивным поведением очевидна: чем более выражены признаки эмоциональной нестабильности (нейротизма) и чем более выражены трудности с самодисциплиной и рассудительностью (добросовестностью), тем более уязвима личность к аутодеструктивному поведению. Интересно, что экстраверсия оказалась положительно связана со шкалами аутодеструктивного поведения, что, по всей видимости, обусловлено его коммуникативной функцией. Аутодеструктивные практики оказываются как способом поддержания близости с референтной группой, так и способом конфронтации с теми, кто к этой референтной группе не принадлежит, поэтому деструктивный копинг – конфронтация – оказался значимо связан со шкалами аутодеструктивного поведения.

Все шкалы аутодеструктивного поведения продемонстрировали значимые связи со шкалой избегания опросника эмоциональной дисрегуляции и частично – с еще одним деструктивным копингом – бегством-избеганием, что может служить подтверждением теоретических представлений об аутодеструктивном поведении как избегающем. Выявленные связи шкал опросника с самоповреждающим поведением ожидаемы, так как распространенность суицидальных попыток и несуйцидальных самоповреждений среди лиц с клинически выраженными нарушениями психического здоровья (например, аддиктивными расстройствами, депрессией, пограничным расстройством личности и др.), сопровождающимися разными формами аутодеструкции, высока [4; 5; 7; 8]. Кроме того, в основе самоповреждающего поведения, как и других видов саморазрушения, может находиться общий механизм эмоциональной дисрегуляции – избегание эмоционально болезненного опыта [7].

Выводы. Таким образом, опросник аутодеструктивного поведения на этапе первичной валидации показал удовлетворительные характеристики. В рамках его усовершенствования нами были уточнены некоторые формулировки пунктов и включены новые вопросы, относящиеся к нарушениям пищевого поведения. В настоящий момент проводится проверка доработанной версии опросника.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Уманский Л.Я. Аутодеструктивное поведение подростков// Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. М., 1989. С. 52 – 62.
2. Аутодеструктивное поведение в подростковом возрасте: профилактика и основы психолого-медико-педагогической помощи / Автор-составитель – Польская Н.А. Методические рекомендации [Электронный ресурс]. М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2019. 58 с.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008. 35 с.
4. Журавлева Т.В., Ениколопов С.Н., Зубарева О.В., Черная М.И. Клинико-психологические особенности аддиктов с незавершенными суицидальными попытками // Психология и право. 2015. Т. 5. № 4. С. 49–70.

5. Зверева М.В., Печникова Л.С. Самоповреждающее поведение у подростков в норме и при психической патологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2013. Т. 2. № 4.
6. Личко А.Е., Попов Ю.В. Саморазрушающее поведение у подростков // Социальная психиатрия: Фундаментальные и прикладные исследования. Л., 1990. С. 77–82.
7. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: Ленанд, 2017. 320 с.
8. Польская Н.А. Самоповреждающее поведение в клинической практике // Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, 2011.
9. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. №4. С. 176–190.
10. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 4. С. 71–93.
11. 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.
12. Соколова Е.Т. Аутодеструктивное поведение молодежи: клиничко-психологические и социокультурные ракурсы проблемы // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т. 17. №2. С. 225–226.
13. Sadeh N., Baskin-Sommers A. Risky, impulsive, and self-destructive behavior questionnaire (RISQ): A validation study // Assessment. 2017. Vol. 24. №. 8. P. 1080–1094.

ГОТОВНОСТЬ РУССКОЯЗЫЧНОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ, БЕЛАРУСИ И КАЗАХСТАНА К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19 В 2020-2022 И ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕЁ ФАКТОРЫ

Радионо́в Д.С.¹, Сорокин М.Ю.¹, Караваева Т.А.^{1,2,3,4}, Лутова Н.Б.¹

¹ ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

² ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

³ ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

⁴ ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: covid-19, вакцинация, пандемия.

RUSSIAN-SPEAKING POPULATION READINESS IN RUSSIA, BELARUS AND KAZAKHSTAN FOR VACCINATION AGAINST COVID-19 IN 2020-2022 AND FACTORS DETERMINING IT

Radionov D.S.¹, Sorokin M.Yu.¹, Karavaeva T.A.^{1,2,3,4}, Lutova N.B.¹

¹ FSBI V.M. Bekhterev NRMC PN, St. Petersburg, Russia

² FSBI HE SPbSU, St. Petersburg, Russia

³ FSBI HE SPbSPMU, St. Petersburg, Russia

⁴ FSBI N.N. Petrov NMRC of oncology, St. Petersburg, Russia

Keywords: covid-19, vaccination, pandemic.

Актуальность. Пандемия COVID-19 оказала серьезное влияние на психическое здоровье и благополучие населения во всем мире. Одной из ключевых составляющих профилактики распространения инфекционных заболеваний выступает вакцинация. Тем не менее, несмотря на высокие риски заболевания COVID-19, наблюдается массовое неодобрение и враждебность по отношению к вакцинации и ограничительным мерам, направленным на борьбу с новой коронавирусной инфекцией. Распространение дезинформации о вакцинах, имеющее давнюю историю еще в 18 и 19 веках, увеличивает недоверие к иммунопрофилактике, но, в свою очередь, основывается на различных убеждениях об источниках здоровья и болезни, принятых в обществе. Считается, что скепсис в отношении вакцин является одной из глобальных угроз для здоровья и достижения иммунитета населения против инфекций. В связи с чем, представляют интерес популяционные данные об отношении к вакцинации внутри максимально большого числа социальных подгрупп.

Цели и задачи. Целью данного исследования стало проведение систематического обзора и качественного синтеза научной информации о готовности к вакцинации против COVID-19 среди русскоязычного населения России, Беларуси и Казахстана, и факторах, на неё влияющих. Задачи исследования включали: проведение обзора научных статей на русском языке, оценивающих отношение населения к вакцине и проведению вакцинопрофилактики; экстракция данных о распространённости готовности и неготовности к вакцинации против COVID-19; анализ исследованных факторов отношения иммунопрофилактике.

Материалы и методы. Критериями включения публикаций в исследование были: 1) статьи, проиндексированные в национальной библиографической базе данных научного цитирования Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) по ключевым словам, релевантным цели обзора; 2) оригинальные медицинские исследования, проводимые на русском языке в период с 01.01.2020 по 28.02.2022; 3) публикации в рецензируемых научных журналах. Критериями исключения были: 1) статья не ставила своей целью оценку отношения к вакцинации против COVID-19 и/или факторов, определяющих его в ходе онлайн или очных опросов всего населения, и/или особых социальных групп (медицинских работников, студентов и т.д.); 2) публикация статьи на языке, отличном от русского; 3) отсутствие открытого доступа к полному тексту публикации. Основными поисковыми запросами в базе данных РИНЦ были: «COVID», «COVID-19», «коронавирусная инфекция», «вакцинация», «отношение». Осуществлялся разбитый на этапы поиск публикаций с наличием указанных слов и/или их сочетанием в названии публикации и ключевых словах с параметром учёта вариантов морфологии (рисунок 1). Тип публикации был представлен статьями в журнале, опубликованными с 01.01.2020 по момент проведения обзора (28.08.2022). Этап 1. При

поисковом запросе «COVID», «COVID-19» было найдено 13557 статей. Указанные статьи были представлены различными тематиками. Этап 2. При дальнейшем выборе разделов «клиническая медицина», «медицина и здравоохранение» было отсортировано 11682 статей, что составило 86% от общего числа публикаций по запросу «COVID», «COVID-19» с 01.01.2020 по 28.08.2022 годы. Этап 3. При дальнейшем поисковом запросе использовалось сочетание слов «COVID», «COVID-19», «коронавирусная инфекция», «вакцинация», «отношение», в результате было получено 20 публикаций, соответствующие критериям включения.

Результаты и их обсуждение. Проведённый анализ выявил ряд существенных фактов. Несмотря на исключительную значимость для общественного здравоохранения вопроса готовности к вакцинации населения в условиях неконтролируемого развития пандемии COVID-19, а также с учётом новизны для общества ситуации распространения новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2, репрезентативных или достаточно обширных популяционных всероссийских исследований, ставивших своей целью определение факторов отношения к вакцинации у русскоязычного населения, к лету 2022 года проведено мало: 6 публикаций (69,4% исследованной базы), с суммарной выборкой респондентов N=8558. При относительно большом итоговом числе участников опросов, все включённые в анализ исследования были описательными по своей природе и не включали в структуре предлагавшихся респондентам вопросов элементы общепризнанных моделей прогнозирования поведения, связанного со здоровьем (теория запланированного действия, модель убеждений о здоровье, социально-когнитивная теория и др.). В англоязычной литературе, напротив, использование теоретических парадигм для изучения поведения, связанного с вакцинацией, зачастую, является основополагающим критерием отбора релевантных анализу исследований. Несмотря на преимущественно описательные данные, достаточно надёжными являются сведения, полученные о распространённости установок готовности и неготовности к вакцинации, которые составили для русскоязычной популяции 47% и 30% соответственно. Это характеризует суммарную выборку обзора как настроенную более скептически к вакцинации против COVID-19, чем, например жители США (аналогичные показатели 52% и 22% население стран европейского региона (доля несогласных от 3,7% до 24% или стран с низким и средним уровнем среднедушевого дохода (доля готовых к вакцинации 78%; здесь полученные нами данные значительно расходятся с альтернативной оценкой готовности к вакцинации в России: 30,4%). При атеоретичности предпосылок большинства проанализированных исследований, полученные в них описательные данные о факторах готовности к иммунопрофилактике совпали со многими аналогичными международными исследованиями: предрасполагающими к благоприятному

отношению к вакцинации являлись мужской пол, зрелый возраст, более высокий уровень образования респондентов. Прямое сопоставление остальных полученных в данном обзоре предикторов с литературными сведениями затруднено. Наибольшим препятствием здесь является принципиально различный подход к оценке факторов согласия на вакцинацию в отечественных и зарубежных исследованиях. Так большинство переменных, выявленных в данном обзоре как бинарные предикторы согласия/сомнения/несогласия, в международных исследованиях учитываются как континуальные, отражающие процесс формирования поведения, связанного со здоровьем. Например, недоверие специалистам, фармкомпаниям, качеству вакцин, а также отношение к российской медицине – соответствуют измеряемой в широких пределах категории «доверия» в европейских, африканских и азиатских обществах. Переменные, отражающие степень изученности вакцины, опасность COVID-19, снятие ограничений, страх побочных эффектов и COVID-19 в анамнезе, существенные для формирования отношения к вакцинации в русскоязычной популяции, в зарубежных исследованиях также преимущественно учитываются как континуальный фактор, в частности, в рамках теории запланированного действия – как «воспринимаемый поведенческий контроль», который может выступать в роли модератора эффектов остальных компонентов теории запланированного действия. Среди таких дополнительных компонентов, которые семантически близки выявленным в ходе данного обзора факторам «влияние СМИ» и «мнение экспертов», в зарубежных публикациях обычно учитывается концепт «индивидуальных норм», также являющихся составным элементом теории запланированного действия. Наконец, важнейшим по данным многих исследований предиктором готовности к вакцинации, также подтверждённым для русскоязычной популяции, является положительное отношение к вакцинации в целом – компонент «отношение» в теории запланированного действия. Ограничения в методологии проведения и сообщения результатов проанализированных в обзоре исследований позволяют сформулировать рекомендации для реализации отечественных клиничко-психологических и клиничко-социологических исследований в будущем, которые позволят существенно повысить информативность и надёжность получаемых в них данных: следование стандартам представления научной методологии и результатов исследований, а также использование в качестве предпосылок популяционных исследований теоретических моделей описания поведения, связанного со здоровьем.

Проведённый обзор предметного поля (scoping review) выполняет большинство современных требований для проведения систематического обзора, выдвигаемых экспертным сообществом для реализации и представления систематических обзоров и метаанализов PRISMA. С рядом объективных причин связано невыполнение некоторых элементов чек-листа PRISMA (реализация первоначального протокола, синтез результатов). Во-первых,

подробность представления данных в опубликованных исследованиях недостаточная, что в более чем трети случаев не позволяет извлечь необходимые описательные сведения о проведённом исследовании. Во-вторых, гетерогенность представления данных, методологическая неоднородность исследований, обеспечивающая, с одной стороны, необходимое для научного поиска разнообразие точек зрения на проблему, в ряде случаев делает невозможным формирование достаточной по объёму исследовательской выборки, объединяющей несколько публикаций для ответа на общий исследовательский вопрос в соответствии с целью систематического обзора. В представленном исследовании единственным, доступным для подобного анализа вопросом являлась доля респондентов, согласных или несогласных на проведение вакцинации. Оценка систематических искажений (смещений) в отношении исследовательского вопроса о готовности к вакцинации, ассоциированных с половыми, возрастными, иными социально-демографическими переменными, была не правомочна. Большинство включённых публикаций ($n=14$, 84,4% объединённой выборки) сообщали о степени согласия с иммунопрофилактикой, и лишь несопоставимое меньшинство (от 8 до 14 публикаций, в зависимости от оцениваемого параметра) представляли достаточные сведения об экспериментальной выборке. В-третьих, выявленные недочёты в представлении данных исследованных публикаций определили необходимость корректировки первоначального протокола обзора и исключение анализа роли социально-демографических факторов в формировании согласия с вакцинацией.

Выводы. Представленные на русском языке исследования, посвящённые оценке популяционного отношения к вакцинации против COVID-19, совпадают с литературными данными международных научных результатов: значимы факторы отношения к качеству разрабатываемой вакцины, влияния СМИ и иных источников информации, общего отношения к пандемии COVID-19 и др. В русскоязычной популяции выявлены высокие уровни неготовности вакцинироваться против COVID-19 (30%) и сравнительно низкие показатели готовности к иммунопрофилактике (47%). Существенному повышению информативности и надёжности данных может служить опора исследователей на теоретические модели описания поведения, связанного со здоровьем, среди которых теория запланированного поведения имеет в настоящее время наибольший уровень доказательной применимости при оценке поведения населения в ситуации пандемии.

**ВОЗМОЖНОСТИ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КАЧЕСТВЕННЫХ
РЕЗУЛЬТАТОВ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ «ПРОБЛЕМНЫЕ
СИТУАЦИИ»**

Русаковская О.А.^{1,2}

¹ ФГБУ НМИЦПН им. В. П. Сербского, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

rusakovskaya.o@serbsky.ru

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, недееспособность, методы, проблемные ситуации.

**POSSIBILITIES OF STATISTICAL PROCESSING OF QUALITATIVE RESULTS OF
THE FORENSIC ASSESSMENT INSTRUMENT «PROBLEM SITUATIONS»**

Rusakovskaya O.A.^{1,2}

¹ FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

² FBI HE MSUPE, Moscow, Russia

rusakovskaya.o@serbsky.ru

Keywords: forensic assessment, legal incapacity, methods, problem situations.

Введение. При планировании дизайна любого исследования, направленного на изучение особенностей психической деятельности, основной проблемой является выбор между применением стандартизированных количественных или качественных методов. Количественные методы являются более удобными как для сбора первичного материала, так и для его статистической обработки, но направлены на измерение заданных самой методикой конструктов. Результаты качественных исследований часто воспринимаются как более субъективные, однако именно такие исследования, несмотря на все их недостатки, наилучшим образом позволяют «получить информацию о «человеческой» стороне вопроса», понять, как устроена реальность, т.е. позволяют решать научные задачи, недостижимые для количественных методов исследования [2, 3]. При этом одной из задач качественного исследования должна быть операционализация параметров, валидность которых в последующем может быть проверена, в том числе, математическими методами. Цель настоящего исследования - выделение параметров оценки методики «Проблемные ситуации», которая разработана как один из судебно-психиатрических методов исследования способности «понимать значение своих действий» [1].

Материалы и методы. Материал исследования – 52 человека, проходившие стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в связи с решением вопроса об изменении гражданско-правового статуса (о признании недееспособным – 20 человек; о повышении гражданско-правового статуса лица, признанного ранее недееспособным – 32 человека). При судебно-психиатрической экспертизе 28 испытуемым был установлен диагноз шизофрении, 16 – легкой и умеренной умственной отсталости, 8 – органического психического расстройства. Методы исследования включали стандартные методы судебно-психиатрического исследования: клинико-психопатологический (анамнез, катамнез, анализ симптомов психического расстройства), клинико-психологический, экспериментально-психологический (обследование проводилось медицинскими психологами центра). Методика «Проблемные ситуации» проводилась со всеми испытуемыми автором лично. В протоколах дословно фиксировались ответы испытуемых, реакция испытуемого на задания, все виды помощи, например, дополнительные или уточняющие вопросы. В дальнейшем для обработки результатов был применен контент анализ.

Результаты. На первом этапе была сформирована таблица, отражающая всю совокупность высказываемых испытуемыми суждений по каждой проблемной ситуации, относящиеся к следующим категориям: причины возникновения ситуации; возможные последствия; пути решения. Для каждого нового суждения формировалась отдельная строка в таблице. Наличие/отсутствие в ответе конкретного испытуемого того или иного суждения отмечалось бинарным кодом (есть – 1; нет – 0). Дополнительная категория отражала качественные особенности мышления испытуемого, проявившиеся при выполнении задания, которые также кодировались «1» или «0». Аналогично первой совокупности высказываемых суждений, в этой категории новые параметры вводились нами по мере их появления. Итоговый вариант таблицы, кроме ожидаемых качественных характеристик мышления, таких как замедленность, конкретность, обстоятельность, соскальзывания и т.д., содержал такие как, например, «несоответствие выделяемых причин путям решения», «обращение к личному опыту», «наличие четкой позиции», «рассуждательство о высоком». На втором этапе полученная таблица была транспонирована. В категории «качественные особенности мышления» оценки в 10 проблемных ситуациях по каждому из параметров были суммированы с получением каждым испытуемым итогового балла от 0 до 10 по каждой из встретившихся в общей совокупности характеристик. В каждой из трех категорий, относящихся к содержанию ответов, отдельные суждения были объединены в подкатегории, которые определялись содержанием проблемной ситуации. Так, по Проблемной ситуации №4, связанной с оформлением завещания, в общей совокупности суждений были выделены следующие подкатегории:

1. Ориентировка в гражданско-правовых вопросах: правильное понимание сути завещания, понимание особо крупного характера сделки, понимание рисков крупных сделок, знание правил наследования по закону и прав родственников, понимание возможности родственников оспорить завещание, понимание гражданско-правовых последствий владения недвижимостью.
2. Собственная позиция испытуемого по предложенной ситуации: наличие четкой собственной позиции; приоритет родственных связей; приоритет свободы личного волеизъявления; приоритет справедливости (кто ухаживал, тот и должен получить квартиру).
3. Оптимальное, с точки зрения испытуемого, и предусмотренное проблемной ситуацией решение: оставить квартиру соседке, оставить квартиру детям, завещать часть квартиры, продать квартиру и поделить.
4. Иные разумные варианты решения проблемной ситуации: жениться на соседке и прописать ее в квартиру; оформить с соседкой договор ренты; отблагодарить соседку иным образом.
5. Предложение испытуемым таких вариантов решения проблемной ситуации, которые вряд ли могут быть реализованы или которые не учитывают риски совершения тех или иных юридически значимых действий: «стать самостоятельным»; «чтобы жили в квартире и соседка, и дети»; «предложить соседке стать опекуном»; «переписать квартиру соседке, чтобы она могла там жить».
6. Предложение вариантов решения, предполагающих получение дополнительной юридической помощи.

Выводы. Полученные результаты позволяют проводить обработку данных как в общей совокупности, так и в отдельных группах испытуемых, используя такие статистические методы, как частотный, кластерный, факторный анализ. В целом, возможность на примерах конкретных проблемных ситуаций, связанных с социальными отношениями, здоровьем, распоряжением имуществом, чрезвычайными событиями исследовать уровень осведомленности испытуемого, адекватность и глубину понимания причин произошедшего, способность прогнозировать последствия, находить и оценивать альтернативные решения, по мнению автора очень важна для экспертной оценки «разумности действий и поступков человека» [5; 6] или, в судебно-психиатрическом контексте, его способности «понимать значение своих действий». Разработка и применение в судебно-психиатрической практике подобных методик будет способствовать повышению качества экспертных исследований, большей объективности и доказательности экспертных заключений [4].

Литература

1. Русаковская О. А. Методика "проблемные ситуации" при проведении судебно-психиатрических экспертиз // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С.Я. Рубинштейн): Материалы Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 25–26 ноября 2021 года. – Москва: Московский государственный психолого-педагогический университет, 2021. С. 218 – 220.
2. Харькова О.А., Холматова К.К., Кузнецов В.Н., Горбатова М.А., Гржибовский А.М. Введение в методологию качественных исследований // Психическое здоровье. 2017. №4. С. 3 – 9.
3. Харькова О.А., Холматова К.К., Кузнецов В.Н., Гржибовский А.М., Крупченко Д.А. Качественные исследования в медицине и общественном здравоохранении // Экология человека. 2016. №12. С. 54 – 59.
4. Харитоновна Н. К., Русаковская О.А. Психометрические методики зарубежной судебно-психиатрической практики и их теоретическая основа // Российский психиатрический журнал. 2018. № 5. С. 64-73.
5. Харитоновна Н.К., Русаковская О.А., Королева Е.В., Васянина В.И. Проблема ограниченной дееспособности в России и за рубежом: Аналитический обзор. М.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, 2016. 96 с.
6. Холодковская Е.М. Дееспособность психически больных в судебно-психиатрической практике. М., 1967. 112 с.

ОБ ОДНОМ ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ПРИВЛЕЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПОМОЩИ И НОВЫЕ ФОРМЫ СОТРУДНИЧЕСТВА

Семенова Н.Д.¹

¹ ФГБУ МНИИП, филиал ФГБУ НМИЦПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

niyami2020@gmail.com

Ключевые слова: субъективный опыт болезни, концепция личностно-социального восстановления, «Открытый диалог», пациенты-исследователи.

ABOUT ONE OF THE DIRECTIONS OF MODERN CLINICAL PSYCHOLOGY: SERVICE USERS AND NEW FORMS OF COOPERATION

Semenova N.D.¹

¹ FSBI MRIP – a branch of V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

niyami2020@gmail.com

Keywords: the lived experience of psychosis, recovery from mental illness, «Open dialogue», experts by experience.

Изучение субъективного или «живого» опыта больного – весьма важно. До недавнего времени изучение переживаний пациентов в психиатрии было ограниченным. Данный сегмент исключался из-за сложности наблюдения за субъективной жизнью, сложности включения ее

в причинно-следственные связи. По мнению известного философа-феноменолога М. Мерло-Понти [Цит. по 12], данный сегмент (субъективность) – суть «изъян в великом бриллианте мира», некий непокорный объяснительный вброс, заложенный в каждом. Вместе с тем, исследователями предпринимались попытки интенсивно сотрудничать с пациентами, опыт которых изучался. Недавние работы, опубликованные в высокорейтинговых психиатрических журналах [4, 10], систематический обзор и доказательный синтез качественных данных субъективного опыта пациентов, представленные здесь – суть продолжение богатой феноменологической традиции К. Ясперса и Гейдельбергской школы.

Субъективный или «живой» опыт психически больного нашел свое отражение в концепции, по своему революционному влиянию стоящей на одном уровне с де-институционализацией в психиатрии. Речь идет о концепции личностно-социального восстановления (Recovery) [2]. Личностно-социальное восстановление рассматривается не как *результат*, который можно оценить с помощью объективных внешних критериев, а как индивидуальный опыт и *процесс*. По мнению пациентов, объективные внешние критерии не коррелируют с их, пациентов, субъективным ощущением улучшения, не отслеживают собственно процесс овладения навыками, процесс изменения самоощущения и т.п. Концептуальные модели выздоровления разрабатывались через анализ текстов: рассказов, самоотчетов, исповедей. Ворвавшаяся в психиатрию концепция Recovery повлияла на многое: на службы охраны психического здоровья, которые стали Recovery-ориентированными, на научные исследования в психиатрии и клинической психологии. Ведущая роль здесь отводилась качественным исследованиям с использованием соответствующих средств анализа текстов: тематического контент-анализа, интерпретативного феноменологического анализа, анализа дискурса, нарратив-анализа, Q-методологии и др. [7, 8, 9].

Включение личностно-социального восстановления в цели (традиционного) клинического выздоровления, диалог врачей и пациентов в рамках движения Recovery привело к тому, что в разных странах мира появились свои ключевые игроки на этом поле, ролевые модели или лидеры движения потребителей помощи [5, 11]. Появление и развитие такого рода новых форм сотрудничества было своего рода ответом на неудовлетворенность пациентов и врачей традиционной биологически ориентированной психиатрией, психофармакологическими методами лечения [5]. Известно, например, что продолжительность жизни пациентов с шизофренией на 25-30 лет меньше продолжительности жизни здоровых лиц, и ключевыми причинами здесь являются сердечно-сосудистая патология, дислипидемия и др., как побочные действия длительного приема лекарств [6]. Ведущее место среди новых форм сотрудничества и помощи, ориентированной на личностно-социальное восстановление, занимает «Открытый диалог» [13]. Этот подход широко распространен в

мире [16], и основные его принципы включают опору на социальную сеть значимых других, ответственность команды специалистов в определении потребностей пациентов, психологическое сопровождение, непрерывность и преемственность помощи, толерантность к неопределенности, диалогизм и «щадающую» психофармакотерапию.

Выделим два психологических конструкта, составивших, на наш взгляд, ориентировочную основу действий создателей данного подхода. Первый – это толерантность к неопределенности. Понятие введено психологом Э. Френкель-Брунстик [3] и определяется как отношение к динамически меняющейся, вероятностной и противоречивой стимуляции. Нетерпимость к неопределенности описывается как тенденция принимать решения по типу «черное-белое», торопиться быстро все прояснить, игнорируя сложные реалии и отвергая в этом стремлении к ясности – потребности других людей, пациентов и их родственников. В контексте данного подхода это звучит так: «Будьте толерантны к неопределённости, не торопитесь с диагнозом». Второй – это диалог, *открытый диалог* по М.М. Бахтину [1], когда всем сторонам – пациенту, его семье, врачам и значимым другим – дают возможность высказаться.

Пионером в деле привлечения пациентов (потребителей помощи) к реальному участию в исследованиях именно в качестве коллег считают Til Wykes [17]. Ею, совместно с пользователями, написана большая серия книг и статей [15 и др.]. Пациенты, выступающие в данном качестве, разрабатывают методологию исследования, выстраивают приоритеты, указывают на важные клинические реалии и примеры [14]. Новые формы сотрудничества с пациентами (потребителями помощи), привлечение их к реальному участию в исследованиях именно в качестве коллег – суть основа для построения доверия и терапевтического альянса, основа для разработки и выбора диагностических и терапевтических методов.

Литература

1. Бахтин М. М. (1979). Эстетика словесного творчества. Рипол Классик.
2. Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s //Psychosocial rehabilitation journal. – 1993. – Т. 16. – №. 4. – С. 11–23.
3. Frenkel-Brunswik E. Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable //Journal of Personality. – 1949. – №. 18.– С. 108-143.
4. Fusar-Poli P. et al. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics //World Psychiatry. – 2022. – Т. 21. – №. 2. – С. 168-188.
5. Groot P.C., van Os J. How user knowledge of psychotropic drug withdrawal resulted in the development of person-specific tapering medication //Therapeutic advances in psychopharmacology. – 2020. – Т. 10. – С. 2045.
6. Hjørthøj C. et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis //The Lancet Psychiatry. – 2017. – Т. 4. – №. 4. – С. 295-301.
7. Keetharuth A.D. et al. Recovering Quality of Life (ReQoL): a new generic self-reported outcome measure for use with people experiencing mental health difficulties //The British Journal of Psychiatry. – 2018. – Т. 212. – №. 1. – С. 42-49.
8. Knight M.T.D., Wykes T., Hayward P. 'People don't understand': An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) //Journal of Mental Health. – 2003. – Т. 12. – №. 3. – С. 209-222.

9. Pallesen K. et al. An interpretative phenomenological analysis of the experience of receiving a diagnosis of bi-polar disorder //Journal of Mental Health. – 2020. – Т. 29. – №. 3. – С. 358-363.
10. Ritunnano R. et al. Subjective experience and meaning of delusions in psychosis: a systematic review and qualitative evidence synthesis //The Lancet Psychiatry. – 2022. – Volume 9. – №. 6. – June 2022, Pages 458-476.
11. Rose D., Evans J., Sweeney A., Wykes T. A model for developing outcome measures from the perspectives of mental health service users //International Review of Psychiatry. – 2011.– Т. 23(1). – С. 41-46.
12. Sass L. “A flaw in the great diamond of the world”: Reflections on subjectivity and the enterprise of psychology (A diptych) //The Humanistic Psychologist. – 2020. – Т. 50(1). – С. 3-32.
13. Seikkula J. et al. Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia //Ethical human sciences and services. – 2003. – Т. 5. – №. 3. – С. 163-182.
14. Semenova N. Schizophrenia research involving mental health service users: From subjects to partners //The 8th European Conference on Schizophrenia Research (ECSR). ECSR 2021. Virtual. 23 – 25 September 2021.
15. Trivedi P., Wykes T. From passive subjects to equal partners: qualitative review of user involvement in research //The British Journal of Psychiatry. – 2002. – 181(6). – С. 468-472.
16. Wusinich C. et al. Experiences of Parachute NYC: an integration of open dialogue and intentional peer support //Community mental health journal. – 2020. – Т. 56. – №. 6. – С. 1033-1043.
17. Wykes T. et al. Mental health research priorities for Europe //The Lancet Psychiatry. – 2015. – 20152(11), 1036-1042.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Сокуренько Е.Е.¹, Мешкова Т.А.¹

¹ ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

eel.selivanova@gmail.com

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, семейные взаимоотношения.

FEATURES OF FAMILY RELATIONSHIPS IN EATING DISORDERS ACCORDING TO FOREIGN STUDIES

Sokurenko E.E.¹, Meshkova T.A.¹

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

eel.selivanova@gmail.com

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, family relationships.

Расстройства пищевого поведения (РПП) – это расстройства, характеризующиеся отчетливым и длительным нарушением привычек в питании или поведении, сформированных для контроля массы и формы тела, не являющиеся следствием других психических или соматических расстройств [1]. РПП характеризуются серьезными нарушениями пищевого

поведения и изменениями массы тела, либо чрезмерной озабоченностью весом [15]. В классификации расстройств пищевого поведения выделяют три характерных диагноза - нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание.

Феномен нарушений пищевого поведения не теряет своей актуальности. Несмотря на возросший интерес к указанной проблеме, статистические показатели распространенности РПП не уменьшаются. Расстройства этой группы выявлены не менее чем у 9% населения во всем мире [14], при этом зафиксирована повышенная вероятность смертельного исхода, особенно у пациентов с диагностированной нервной анорексией [2].

Проблема семейных взаимоотношений в качестве одного из важных факторов, влияющих на формирование и течение РПП, остается дискуссионной. С одной стороны, признается существенное влияние семьи на нарушения, связанные с питанием, с другой стороны, семейные взаимоотношения являются лишь одной из многих причин, способствующих развитию и прогрессированию данной группы нарушений, а в некоторых случаях сложности в семейных взаимоотношениях являются следствием заболевания.

Исследования показывают, что члены семьи с ребёнком с РПП могут проявлять чрезмерную сплоченность и недостаточную гибкость при дефиците эмоционального выражения [19]. Родители при взаимодействии с дочерьми-подростками с РПП демонстрируют непоследовательность в отношениях в сочетании с низкими уровнями взаимности и эмоциональной гармонии [13]. Наблюдаются также некоторые различия между типами расстройств пищевого поведения в отношении различных элементов функционирования семьи: например, сплоченность и ориентация на достижения были хуже в семьях с анорексией по сравнению с семьями с булимией [8].

Члены семей с плохой сплоченностью, низкой аффективной экспрессией и чрезмерной межличностной зависимостью между собой имеют более высокий риск развития патологического пищевого поведения [7]. Подростки с РПП сообщают о высоком уровне неудовлетворенности семьей [10], указывая на недостаток родительского принятия (семейное тепло, сочувствие, эмоциональная поддержка) и зависимость от членов семьи [9]. В свою очередь родители пациентов с РПП, особенно страдающих нервной анорексией, сообщают о переживании стресса, депрессии и об участившихся семейных конфликтах [16].

В целом семейное функционирование в клинических группах характеризуется более низким качеством, чем в контрольных, однако отдельные компоненты функционирования семьи, такие как эмоциональная вовлеченность, коммуникация и организация демонстрируют неоднозначные результаты [3]. Хотя ухудшение функционирования семьи является решающим элементом, до сих пор не получено эмпирических доказательств существования специфической дисфункциональной модели для семей с РПП, как в целом, так и для

отдельных диагностических категорий РПП [11, 18]. Необходимость заботиться о ребенке с РПП, который проявляет плохие навыки ментализации, ненадежную привязанность и нарушение эмоциональной регуляции, вызывает дистресс и формирует семейную дисфункцию в семьях без постоянной психосоциальной патологии [6].

Современная научная литература отвергает идею о том, что семья является единственной причиной (в этиологическом плане) или основным фактором риска РПП [4]. Влияние семьи в большей степени связано с развитием индивидуально-психологических структур, обуславливающих предрасположенность к РПП, но не является непосредственным предиктором развития заболевания [17]. Академия расстройств пищевого поведения [12] заявляет, что любая обобщенная модель расстройства пищевого поведения, включающая семью в качестве основной причины, должна быть отвергнута, поскольку она неизбежно подразумевает обвинение родителей в болезни их детей. Согласно этой позиции, предполагается, что этиопатогенез расстройств пищевого поведения следует рассматривать как многофакторную причину, связанную с генетическими, психологическими, нейроэндокринными, социокультурными и семейными факторами [5].

Литература

1. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.
2. Arcelus J. et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies //Archives of general psychiatry. 2011. Т. 68. №. 7. С. 724-731.
3. Emanuelli F. et al. Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions //Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2004. Т. 9. №. 1. С. 1-6.
4. Erriu M., Cimino S., Cerniglia L. The role of family relationships in eating disorders in adolescents: A narrative review //Behavioral Sciences. 2020. Т. 10. №. 4. С. 71.
5. Garfinkel P.E., Garner D.M. Anorexia nervosa: A multidimensional perspective, Brunner/Mazel //Inc., New York. 1982.
6. Giles E. M. et al. Disturbed families or families disturbed: a reconsideration //Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2022. Т. 27. №. 1. С. 11-19.
7. Goossens L. et al. The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents //Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2012. Т. 41. №. 4. С. 445-457.
8. Kog E., Vandereycken, W. Family interaction in eating disorder patients and normal controls //International Journal of Eating Disorders. 1989. Т. 8. №. 1. С. 11-23.
9. Laghi F. et al. Development and validation of the efficacious self-presentation scale //The Journal of genetic psychology. 2011. Т. 172. №. 2. С. 209-219.
10. Laghi F. et al. Family functioning and eating disorders in adolescence Funzionamento familiare e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza // Counseling. 2012. №. 5. С. 55-69.
11. Langdon-Daly J., Serpell L. Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research //Journal of eating disorders. 2017. Т. 5. №. 1. С. 1-15.
12. Le Grange D. et al. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders //International Journal of Eating Disorders. 2010. Т. 43. №. 1. С.
13. Paciello M. et al. Moral dilemma in adolescence: The role of values, prosocial moral reasoning and moral disengagement in helping decision making //European Journal of Developmental Psychology. 2013. Т. 10. №. 2. С. 190-205.
14. Preti A. et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project //Journal of psychiatric research. 2009. Т. 43. №. 14. С. 1125-1132.
15. Schmidt U. et al. Eating disorders: the big issue //The Lancet Psychiatry. 2016. Т. 3. №. 4. С. 313-315.
16. Sim L.A. et al. Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa

//International Journal of Eating Disorders. 2009. Т. 42. №. 6. С. 531-539.

17. Suarez-Albor C.L., Galletta M., Gómez-Bustamante E.M. Factors associated with eating disorders in adolescents: A systematic review //Acta Bio Medica: Atenei Parmensis. 2022. Т. 93. №. 3.

18. Wooldridge T. et al. An overview of anorexia nervosa in males //Current Findings on Males with Eating Disorders. 2013. С. 37-47.

19. Zucker N. et al. Emotions and empathic understanding: capitalizing on relationships in those with eating disorders //A collaborative approach to eating disorders. 2013. С. 52-61.

УСТАНОВКИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ КАК ПРЕДИКТОРЫ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ НАПОЛНЕННОСТИ ПРИ НЕВРОЗАХ И В НОРМЕ

Филипович В.И.

ГГМУ, Гродно, Республика Беларусь

runapple@gmail.com

Ключевые слова: интенциональность, установки жизнестойкости, вовлеченность, экзистенциальная наполненность, невротическое расстройство.

HARDY BELIEFS AS PREDICTORS OF EXISTENTIAL FULFILLMENT IN BOTH NEUROTIC AND NORMAL CONDITION

Philipovich V.I.

GSMU, Grodno, Belarus

runapple@gmail.com

Keywords: intentionality, hardiness attitudes, involvement, existential fullness, neurotic disorder.

Введение. Понятия жизнестойкости личности и экзистенциальной наполненности рассматриваются экзистенциальной психологией, которая обращена к реальности переживания человеком опыта жизни. Повторяющиеся переходы между «внешним» миром вещей и «внутренним» миром самоидентичности составляют структурную основу данной реальности и определяют внутреннюю динамику личности. Теоретический конструкт интенциональности может быть объединяющим для понятий жизнестойкости и исполнения экзистенции. Понятие интенциональности существует как в философском, так и в психологическом дискурсе.

Экзистенциальная психология операционализирует опыт диалогической открытости миру как контексту более высокого порядка, опыт, осмысленный экзистенциально и онтологически [4]. Психологический методический инструментарий изучения смыслового опыта неизменно обращается к феноменологическому методу Э. Гуссерля. Идеи

экзистенциальных философов, в первую очередь М. Шелера и М. Хайдеггера, также обретают понятийное оформление в психологической науке [1; 3]. Появляются различные аспекты рассмотрения интенциональности. Процессуально-динамический аспект интенциональности представлен в понятиях самодистанцирования, самотрансценденции, Person (В. Франкл, А. Лэнгле) [1; 3; 4]. Интенциональность понимается также, как структура, на основе которой возможно осмысление опыта и выбор дальнейшей персональной динамики (Р. Мэй) [4]. Экзистирование человека, наполненность (исполненность) экзистенции как духовного персонального измерения человека возможна, как динамический результат данных процессов. Интенциональность как структура осмысления опыта проявляется через персональный выбор. Невротический выбор сужает реальность к легко контролируемым пределам, в которых исключается другой выбор. Невротическое расстройство, понимаемое как нарушения интенциональности, проявляется в виде сужения миропроекта (Л. Бинсвангер), утраты смысла (В. Франкл), блокировки доступа к Person (А. Лэнгле) [1; 3; 4]. Творческий выбор удерживает диалогические отношения с миром. Основным условием творческого выбора является мужество принять тревогу. «Мужество быть» (П. Тиллих) понимается как определяющая форма интенциональности, приводящая к экзистенции (Р. Мэй) [3]. Экзистенциальное мужество, таким образом, понимается, как условие быть открытым миру и самому себе (Person). Понятие «мужество быть» операционализируется в конструкте жизнестойкости личности (С. Мадди) [2]. Установки личности - «вовлеченность», «контроль», «принятие риска» - понимаются как самостоятельные компоненты жизнестойкости, помогающие преодолевать онтологическую тревогу.

Переживание экзистенции операционализируется в конструкте «экзистенциальная наполненность» (А. Лэнгле) [5]. Экзистенциальная наполненность возможна благодаря процессам смысловой динамики «я». Компонент Person имеет отношение к диалогической организации «я», компонент «экзистенция» проявляется как способность «я» осуществиться в мире.

Цель исследования: выявить различия степени экзистенциальной наполненности в зависимости от выраженности жизнестойких установок при невротических расстройствах и в норме.

Материал и методы. Основная группа (ОГ) - пациенты с диагностированными расстройствами невротического спектра (N=51) отделения пограничных состояний учреждения здравоохранения "Гродненский областной клинический центр "Психиатрия-Наркология", деление на нозологические когорты не проводилось. Группа сравнения (ГС) - лица, не имеющие диагностированной психопатологии (N=46). Методики: 1) «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглер [5], 2) «Тест жизнестойкости» С. Мадди в адаптации Д.А.

Леонтьева, Е.И. Рассказовой [2]. Метод пошагового регрессионного анализа позволил определить вклады компонентов жизнестойкости в субъективное переживание экзистенциальной наполненности жизни. В качестве зависимой переменной выступил общий показатель экзистенциальной наполненности, в качестве независимых переменных – предикторов – компоненты жизнестойкости личности.

Результаты и их обсуждение. Для ОГ регрессионная модель является статистически значимой на уровне значимости $p=0,000000$, доля объясненной дисперсии зависимой переменной «экзистенциальная наполненность» составляет 51,6% ($R^2=0,516$; $F=25,584$). Контроль ($\beta=0,393$; $p=0,009$) и вовлеченность ($\beta=0,382$; $p=0,012$) являются значимыми регрессионными коэффициентами с примерно одинаковым вкладом в вариацию экзистенциальной наполненности. В ГС регрессионная модель объясняет 43,3% дисперсии зависимой переменной «экзистенциальная наполненность» ($R^2=0,433$; $F=33,631$; $p=0,000001$), вовлеченность является единственной детерминантой экзистенциальной наполненности ($\beta=0,658$; $p=0,000001$).

Регрессионные модели для зависимых переменных Person и «экзистенция» позволяют дифференцировать вклад жизнестойких установок в способность быть диалогически открытым к самому себе и к миру. В ОГ регрессионная модель для зависимой переменной Person объясняет 42% ее дисперсии ($R^2=0,420$; $F=17,390$; $p=0,000002$). Вовлеченность является статистически значимым регрессионным коэффициентом ($\beta=0,407$; $p=0,014$), компонент контроля не достигает статистической значимости ($\beta=0,290$; $p=0,074$). В ОГ регрессионная модель для зависимой величины «экзистенция» объясняет 41,3% ее вариации и является статистически значимой ($R^2=0,413$; $F=16,885$; $p=0,000003$). Компонент жизнестойкости «контроль» является статистически значимым предиктором «экзистенции» ($\beta=0,416$; $p=0,012$), компонент «вовлеченность» не достигает уровня статистической значимости ($\beta=0,275$; $p=0,092$).

В ГС регрессионная модель, отражающая вклад жизнестойких установок в Person является статистически значимой, объяснено 38,2% вариации зависимой переменной ($R^2=0,382$; $F=27,172$; $p=0,0000$). Влияние вариации вовлеченности на вариацию Person статистически значимо ($\beta=0,618$; $p=0,000005$). В ГС регрессионная модель для зависимой переменной «экзистенция» объясняет 35,8% ее дисперсии ($R^2=0,358$; $F=12,009$; $p=0,000072$). Регрессионные коэффициенты контроля ($\beta=0,335$; $p=0,078$) и вовлеченности ($\beta=0,305$; $p=0,108$) статистически не значимы.

В ОГ компонент жизнестойкости «контроль» является значимым предиктором экзистенциальной наполненности, в отличие от ГС, является предиктором параметра «экзистенция». Жизнестойкий контроль вносит вклад в способность взаимодействовать с

миром, реализовываться в нем, несмотря на отсутствие гарантий. Такая негарантированность ожидаемых результатов во взаимодействия с миром порождает тревогу, к которой здоровые люди готовы, и которую могут контролировать (Р. Мэй). Обращенные к будущему люди, в любой необходимый момент для совладания с онтологической тревогой могут использовать способности психики к символизации, воображению и суждению (С. Мадди). В случае невроза необходима предварительная убежденность личности в способности управлять ходом жизни, чтобы приступить к рассмотрению и реализации возможностей. Такую уверенность личность обретает, например, сужая смысловой горизонт. Интенциональность невротической личности чувствительна к диспозиции контроля.

В обеих группах вовлеченность выступает в качестве предиктора Person. Жизнестойкое убеждение о необходимости активного участия в происходящем вносит вклад в осуществление внутренней субъектной активности, в осуществление смыслового различения регионов «я», «мир», «другие». Активность субъекта в движении к миру является условием осуществления его ценностей. Вовлеченность соотносима с параметрами организации персональной динамики, с характеристиками интенциональности. Вовлеченность может пониматься как диспозициональная проекция интенциональности, как суждение о том, что мир правильное место, чтобы в него устремиться.

В ГК не обнаруживаются значимых жизнестойких предикторов соотнесенности с миром (параметр «экзистенция»). Возможно, данный факт объясняется недостатками организации исследования, требует увеличения числа респондентов. С другой стороны, квантативный инструментарий измеряет фактические поверхностные уровни смысловой динамики, на которых обнаруживаются и фиксированные повторяющиеся ее искажения. Можно предположить также, что свобода и ответственность опираются на какие-то другие составляющие «мужества быть», здесь находится точка размыкания субъектной интенциональной активности, где в норме «предиктором» становится Бытие, не субъектный контроль.

Выводы. Понимание интенциональности как структурной матрицы смысловой динамики личности позволяет предположить существование различий в ее структурной организации при неврозах и в норме. Степень субъективного переживания экзистенциальной наполненности жизни является результатом личностных усилий, структурно детерминированных интенциональностью. Среди жизнестойких убеждений вовлеченность является опорой экзистирования личности, ее структурно-динамическая организация соразмерна паттернам организации интенциональности. Невротическая личность для инициации онтологических отношений нуждается в предварительной убежденности в своей способности влиять на обстоятельства жизни.

Литература

1. Баранникова, Д. Эволюция понятия интенциональности в экзистенциальной философии, психологии и психотерапии / Д. Баранникова, А. Баранников. – Текст : электронный // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. – 2007. – Вып. 10.
2. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
3. Летуновский, В.В. В поисках настоящего: экзистенциальная терапия и экзистенциальный анализ / В.В. Летуновский. – Ростов н/Д : Феникс, 2014. – 379 с.
4. Лэнгле, А. Значение самопознания в экзистенциальном анализе и логотерапии: сравнение подходов / А. Лэнгле // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. – № 4 (35). – С. 150-168.
5. Майнина, И.Н. Стандартизация опросника «Шкала экзистенции» А. Лэнгле, К. Орглер / И.Н. Майнина, А.Ю. Васанов // Психологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 87–99.

ПРОБЛЕМА СОКРЫТИЯ СУИЦИДАЛЬНОСТИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ К ПОМОГАЮЩИМ СПЕЦИАЛИСТАМ

Чистопольская К.А.¹, Ениколопов С.Н.², Николаев Е.Л.³, Садовнича В.С.⁴, Кравцова Н.А.⁵,
Дровосеков С.Э.⁶

¹ ФГБУ НМИЦПН им. В. П. Сербского, Москва, Россия ksenia.chistopolskaya@yandex.ru

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
enikolopov@mail.ru

³ ФГБОУ ВО ЧГУ им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия
pzdorovie@bk.ru

⁴ ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия
veronika.sadovnichaya13@gmail.com

⁵ ФГБОУ ВО ТГМУ, Владивосток, Россия
kranatali@yandex.ru

⁶ Независимый исследователь, Санкт-Петербург, Россия
sergo.nevsky@yandex.ru

Ключевые слова: суицидальные мысли, суицидальное поведение, сокрытие, превенция суицидов, стигма.

THE PROBLEM OF NON-DISCLOSURE OF SUICIDALITY TO HELPING PROFESSIONALS

Chistopolskaya K.A.¹, Enikolopov S.N.², Nikolaev E.L.³, Sadovnichaya V.S.⁴, Kravtsova N.A.⁵,
Drovosekov S.E.⁶

¹ FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

ksenia.chistopolskaya@yandex.ru

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

enikolopov@mail.ru

³ FSBI HE I.N. Ulianov ChSU, Cheboksary, Russia

pzdorovie@bk.ru

⁴ FSBI HE M.V. Lomonosov MSU, Moscow, Russia

veronica.sadovnichaya13@gmail.com

⁵ FSBI HE PSMU, Vladivostok, Russia

kranatali@yandex.ru

⁶ Independent researcher, St. Petersburg, Russia

sergo.nevsky@yandex.ru

Keywords: suicidal ideation, suicidal behavior, non-disclosure, suicide prevention, stigma.

Введение. По разным данным, сокрытие суицидальности доходит до 60% среди пациентов и до 80% в неклинических выборках [6, 8]. При таком сокрытии перед медперсоналом или на скринингах люди в целом опасаются последствий в виде госпитализации, стигмы, нарушения конфиденциальности, а также могут не считать суицидальные мысли чем-то важным [5, 9]. Стигма является важным фактором, способствующим усилению суицидальности [3]. Помимо проблемы несообщения суицидальных мыслей пациентами, существует проблема необращения к специалистам и нераскрытия своей суицидальности людьми помогающих профессий, которые испытывают психологические трудности. Так, полицейские, работники скорой помощи и пожарные, которые участвовали в масштабном исследовании и предпочитали не отвечать на вопросы, связанные с суицидальной активностью, отличались более выраженным психологическим неблагополучием и имели меньше социальной поддержки, а также ожидали больше стигмы, связанной с психическим нездоровьем, на рабочем месте [7].

В связи с описанной проблематикой, было решено исследовать факты несообщения людьми о своей суицидальности медперсоналу на российской интернет-выборке. Целью исследования было узнать масштаб сокрытия данной информации среди людей,

согласившихся участвовать в интернет-исследовании суицидальности в период пандемии COVID-19, а также причины такого поведения.

Материал и методы. Опрос проводился с 16 июня 2020 по 27 мая 2021 года в российском сегменте интернета как часть более крупного международного исследования суицидальности в период эпидемии COVID-19 [4]. Участвовало 720 респондентов (18–72 лет ($M = 27,7$, $SD = 13$); 75,6% женщин, 20,7% мужчин, 3,7% другой гендерной идентификации). Респонденты отвечали на вопросы, были ли у них когда-либо суицидальные мысли и поведение, а также скрывали ли они когда-либо суицидальные мысли от врачей, психотерапевтов или психологов. При положительном ответе на последний вопрос респондентов просили объяснить, почему они так поступали (открытый вопрос). Был произведен анализ таблиц сопряженности и контент-анализ последнего вопроса.

Результаты и обсуждение. Обнаружены значимые взаимодействия между фактами сокрытия значимой информации, суицидальными мыслями и суицидальным поведением. Процент респондентов, которые в течение жизни задумывались о самоубийстве, оказался велик (299 из 720 человек, 41,5%). Из них 79 респондентов (26,4%) не сообщали об этих мыслях профессионалам, и еще 39 из 421 человек (9,3%) ответили на первый вопрос о суицидальных мыслях отрицательно, но позже признались в сокрытии этой информации. Всего в исследовании выявлены 118 человек из 720, скрывавших свою суицидальность (16,4%). Гипотеза о неравенстве выборок подтвердилась ($\chi^2(1) = 37,6$; $p < 0,001$): вероятность сокрытия суицидальности в группе признавших свою суицидальность в анонимном интернет-исследовании была выше, чем в группе людей, отрицавших ее в нем изначально ($OR = 0,28$ (0,19; 0,43)).

Также была выявлена связь между сокрытием суицидальности и наличием суицидальных попыток ($\chi^2(2) = 121$; $p < 0,001$). Доля людей, скрывавших свои суицидальные мысли от помогающих специалистов, среди тех, кто признался в интернет-исследовании, что совершал суицидальные попытки, велика (40 из 69 человек, 58%). Еще 50 человек из 555 (9%) признали, что скрывали суицидальные мысли от специалистов, но отрицали наличие попыток в опросе, и 28 человек из 96 (29,2%) признали сокрытие суицидальности в опросе, но не ответили на предыдущий вопрос о суицидальных попытках.

Всего 96 человек ответили на открытый вопрос о том, почему они скрывали свои суицидальные тенденции при обращении к помогающим специалистам. Мы объединили ответы по темам (несколько тем могли проявиться в одном ответе): «активный отказ предоставить объяснение» (6), ответ «не знаю» (7), «неуместность» (11), «недоверие» (17), «восприятие своей суицидальности как чего-то несерьезного» (20), «чувство стыда» (22), «страх, что об этом узнают родственники, страх стигмы, последствий для профессии, страх

лечения» (34), примеры ответов приведены в Таблице. Эти темы, в свою очередь, можно обобщить. Так, первые две темы можно отнести к активному и пассивному сопротивлению отвечать на вопрос; третью и пятую темы можно объединить как преуменьшение проблем, также третья и четвертая темы касаются сеттинга и взаимодействия со специалистом как не вызывающим доверия и не располагающим к откровенности. Последние две темы – стыда, стигмы, страха последствий – затрагивают отношение к суициду в обществе.

Таблица 1.

Примеры высказываний о причинах сокрытия суицидальных мыслей перед специалистом

Тема	Пример высказывания	Количество ответов
Активный отказ предоставить объяснение	«потому», «не хочу», «почему “шо”?»), «прпрпее» ¹ и т.д. ¹ Подобные парадоксальные, «бессмысленные» фразы мы расценивали как нежелание давать обоснованный ответ и как ответ скорее эмоциональный, выражающий негативное отношение респондента к вопросу.	6
Ответ «не знаю»	«не знаю»	7
Неуместность	«Сессия ограничена по времени и стоит больших денег»; «говорить об этом казалось неуместным»; «Опрос проводился не наедине с врачом, а в присутствии одноклассников (в кабинет заходили группами). В результате никто не хотел говорить о своих проблемах, все стеснялись»	11
Недоверие	«из-за недостаточного к ним доверия»; «не готова о них с кем-либо говорить, в том числе с врачом»; «казалось, что не поймут и будет плохо»	17
Восприятие своей суицидальности как чего-то несерьезного	«я считаю эти состояния временными и не требующими вмешательства врачей»; «потому что не считаю за попытку суицида»; «Потому что знаю, что не сделаю с собой ничего, думаю, такие мысли возникают у многих»; «Не хотелось говорить об этом, казалось глупым»	20
Чувство стыда	«стыдно»; «это спонтанное решение, за которое стыдно»; «Боюсь реакции, которая последует в ответ. Мама может начать унижать и высмеивать “глупость / чушь”»	22
Страх, что об этом узнают родственники, страх стигмы, последствий для профессии, страх	«Потому что я не хочу залечь в психушку. К тому же в нашей семье больные психическими расстройствами считаются сумасшедшими ублюдками»; «Это бы вызвало море проблем и кучу вопросов, и так все не очень шикарно»; «Боялась, что это повлияет на мою карьеру...»;	34

лечения	«Страх»; «Боязнь осуждения»	
---------	-----------------------------	--

Выводы

1. Всего 16,4% респондентов интернет-выборки скрывали свою суицидальность при общении с медиками, 58% респондентов с суицидальными попытками оказались незамеченными профессионалами. Эти цифры сопоставимы с западными исследованиями [6, 8] и демонстрируют серьезную проблему: порядка 60% людей с суицидальным поведением оказываются не охваченными психологической и психиатрической помощью. Они далеко не всегда способны справиться с проблемой самостоятельно и успешно.

2. Контент-анализ показал, что сокрытие происходит в первую очередь вследствие многочисленных страхов: обвинений, стыда, ограничений и нежелательных последствий. Эти же проблемы отмечаются за рубежом [5, 9]. Проблема стигматизации и самостигматизации суицидентов остра [3], и ее требуется решать как на общественном, так и на микросоциальном, и на индивидуальном уровне. Также важно, что люди отмечали проблему недоверия специалисту, ощущение неуместности упоминания о своих суицидальных тенденциях при общении с ним на другие темы, и о специфическом сеттинге, при котором трудно говорить о суицидальности вдумчиво и серьезно.

3. При всей актуальности проблемы она мало исследована в российской психологии и психиатрии. Нами обнаружены лишь работы о «забытых» суицидальных попытках пациентов с алкогольной зависимостью [1, 2]. Вследствие сокрытия люди оказываются не охваченными специализированной помощью, а их состояние может усугубляться переживанием стигмы суицида, секретностью, страхом поделиться своими чувствами как с близкими, так и с медиками.

4. Следует обратить внимание помогающих специалистов на проблему сокрытия пациентами своей суицидальности, создавать условия для получения квалифицированной суицидологической помощи, а также сокращать стигму суицидального поведения в обществе.

Литература

1. Меринов А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин // Суицидология. 2012; 2: 21-23.
2. Меринов А.В., Лукашук А.В. «Забытые» суицидальные попытки у больных алкогольной зависимостью // Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: «Проблемы и перспективы». Сборник материалов конференции / Ред. Н.Г. Незнанов. СПб: Альта-Астра, 2015. С. 901.
3. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. О связи стигмы психической болезни и суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2018; 2: 10–18.
4. Чистопольская К.А., Rogers M.L., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Кравцова Н.А., Садовнича В.С., Дровосеков С.Э. Адаптация «Опросника суицидального кризиса» (SCI-2) на российской интернет-выборке во время эпидемии COVID-19 // Суицидология. 2022; 13 (1): 88-104. DOI: 10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-88-104
5. Blanchard M., Farber B.A. “It is never okay to talk about suicide”: Patients’ reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy // Psychotherapy Research. 2020; 30 (1): 124-136.

6. Høyen K.S., Solem S., Cohen L.J. et al. Non-disclosure of suicidal ideation in psychiatric inpatients: Rates and correlates // *Death Studies*. 2022; 46 (8): 1823–1831. DOI: 10.1080/07481187.2021.1879317
7. Kyron, M. J., Podlogar, M. C., Joiner, T. E. et al. Allowing nondisclosure in surveys with suicide content: Characteristics of nondisclosure in a national survey of emergency services personnel // *Psychological Assessment*, 2020. 32 (12), 1106–1117.
8. McHugh C.M., Corderoy A., Ryan C.J. et al. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value // *British Journal of Psychiatry Open*. 2019; 5(e1): 1–12. DOI: 10.1192/bjo.2018.88
9. Richards J.E., Whiteside U., Ludman E.J. Understanding why patients may not report suicidal ideation at health care visit prior to a suicide attempt: A qualitative study // *Psychiatric Services*. 2018; 70 (1): 40–45.

РАЗДЕЛ 15. ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

СТАТУС ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КЛИНИЧЕСКИМ (МЕДИЦИНСКИМ) ПСИХОЛОГОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ахметов М. Р., Трифонова Т.А.

КИУ им. В. Г. Тимирязова, Казань, Россия

psy.marat@yandex.ru

Ключевые слова: клиническая психология, медицинская психология, психологическая помощь, психиатрия, медицинские учреждения, нормативно-правовое регулирование.

STATUS OF PROVIDING PSYCHOLOGICAL CARE TO THE POPULATION IN MEDICAL INSTITUTIONS BY A CLINICAL (MEDICAL) PSYCHOLOGIST IN THE RUSSIAN FEDERATION

Akhmetov M.R., Trifonova T.A.

V. G. Timiryasov KIU, Kazan, Russia

psy.marat@yandex.ru

Keywords: clinical psychology, medical psychology, psychological assistance, psychiatry, medical institutions, legal regulation.

Обсуждение данной проблематики хотелось бы начать с рассмотрения сообщения «Психические расстройства» Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), опубликованного 6 июня 2022 года на официальном сайте ВОЗ. Там, помимо прочего, указаны статистические данные за 2019 год по психическим расстройствам в мире. Так, в 2019 году тревожными расстройствами страдало 301 миллион человек, включая 58 миллионов детей и

подростков. Второе место занимает депрессия, ей страдало 280 миллионов человек, включая 23 миллиона детей и подростков. Следующее в списке – биполярное расстройство (40 миллионов человек), далее идут шизофрения и расстройство пищевого поведения – по 14 миллионов человек. В 2019 г. диссоциальным расстройством страдало 40 миллионов человек, включая детей и подростков. Также весьма распространены нарушения центральной нервной системы. А в странах, находящихся в вооруженных конфликтах, нередки посттравматические стрессовые расстройства [12].

В Российской Федерации (далее – РФ) также, как и во всем мире, есть пациенты с психическими заболеваниями. Так, «В РФ зарегистрировано более 5 млн. человек, страдающих психическими расстройствами», – сообщил заместитель министра здравоохранения Олег Салагай на XVII съезде психиатров России [13]. Расстройство – не всегда заболевание, однако, оно также требует профессиональной помощи, которая согласно Российскому законодательству [7] представлена в нашей стране врачами – психиатрами и психотерапевтами.

По оценкам экспертов у нас в стране катастрофически не хватает специалистов по оказанию психиатрической помощи. Главный внештатный психиатр Минздрава, директор Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России Зураб Кекелидзе на XVII съезде психиатров России заявил, что «обеспеченность населения врачами – психиатрами – по данным за прошлый год составляет 0,86 на 10 тыс. человек населения, психотерапевтами – 0,09, медицинскими психологами, занятыми в психиатрической службе – 0,28, специалистами по социальной работе – 0,06 соответственно [15]. Весьма важным является вопрос и о нежелании людей обращаться за психиатрической помощью, в связи со страхом постановки и огласки психиатрического диагноза, опасениями, что диагноз может пагубно сказаться на социальной жизни. Для многих людей сам факт обращения к врачу-психиатру является психотравмой [16]. Еще одним немаловажным фактором, как правило, среди мужчин, является убеждение, что со своими психологическими проблемами возможно справиться самостоятельно. Поход же к психиатру и дальнейшее психофармакологическое лечение воспринимается ими как «слабость», «неполноценность», особенно среди военных, прошедших горячие точки. При этом мы не можем оставить эту категорию людей без психологической помощи.

Таким образом, мы констатируем плачевную ситуацию с психотерапевтами, специалистами, призванными лечить людей не только с помощью психофармакологии, но и психологическими методами. Конечно, в стране есть психологи, и они могли бы закрыть эту брешь, однако не все так просто. Изначальная направленность психологов – это работа с психически здоровыми людьми, оказание помощи в решении их житейских проблем и задач, а не борьба с психическими расстройствами. Более того, статус психолога в нашей стране до сих пор не определен, так как не принят единый федеральный закон, регулирующий профессиональную деятельность психолога

[7]. Соответственно, в настоящий момент психологи не имеют права ставить какие-либо официальные диагнозы, проводить лечение, назначать препараты.

Казалось бы, тупик, но решение возможно, а именно направление психологии - клиническая (медицинская) психология. Клинические (медицинские) психологи, являясь звеном между психологами и психотерапевтами, имея достаточную квалификацию, вобрали в себя все лучшее, что дает нам психиатрия и психология, и могут работать именно с психическими недугами. Более того, эти сферы очень похожи и, как указывает В.Д. Менделевич, клиническая психология тесно связана с родственными дисциплинами, в первую очередь, с психиатрией и патопсихологией [5]. Сферой общего научного и практического интереса клинической психологии и психиатрии является диагностический процесс [4]. Примером может быть одно из направлений клинической психологии - нейропсихология, которая сформировалась на стыке психологии, нейрофизиологии и медицины. Уже тогда важнейшей особенностью научного творчества А.Р. Лурии является постоянное соотнесение в анализе поведения человека социально обусловленных влияний с функционированием нервной организации человека [6]. Он понимал, что для лечения когнитивных недугов только медицины недостаточно, нужен психологический подход. Так же можно отметить, процесс подготовки психиатров и клинических психологов во многом схожи по содержанию, и по качеству, и по длительности. К примеру, срок обучения клинического психолога с программой магистратуры длится до 7 лет.

Статус клинического психолога гораздо более регламентирован в нашей стране, нежели у психологов, например, приказом Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи», однако сам круг прав и обязанностей недостаточен на наш взгляд или не раскрыт. Так клинические (медицинские) психологи в нашей стране имеют статус медицинских психологов в лечебно-профилактических учреждениях, хосписах и иных медицинских учреждениях. Они помогают пациентам справиться со своими внутренними переживаниями и психологическими проблемами, полученными в результате понесенных страданий из-за болезней, боли, социальной отчужденности. Безусловно, это важная и необходимая помощь, но в решении вышепоставленных задач недостаточная. Мы считаем, что потенциал у клинических психологов более значим. В высших учебных заведениях учат «клинических психологов», опираясь в первую очередь на западный опыт, откуда данное направление подготовки и пришло [16], а вот в вышеупомянутом приказе Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438 указаны «медицинские психологи».

Если рассматривать именно психиатрическую помощь, то в настоящий момент клинические (медицинские) психологи играют роль помощника психиатра без полноценной самостоятельной практики. Конечно, это хорошо, что координацию деятельности медицинских психологов ведут

врачи, однако многие из них сами не прошли профессиональной подготовки по психологическому направлению, и, соответственно, не могут использовать полноценно весь арсенал медицинской психологии, что опять же тормозит процесс психиатрической помощи населению. Получается, что психиатры перегружены, а потенциал клинических (медицинских) психологов не раскрыт в должной мере, и в итоге страдают пациенты.

В связи с этим хотелось бы внести следующие предложения, а именно:

1. Министр здравоохранения Михаил Мурашко заявил: «Психолого-психиатрическая служба сегодня активно развивается. За последний год сформировано более 20 нормативно-правовых актов, принят основополагающий порядок оказания медицинской помощи – впервые помощь психологов погружена в медицинскую помощь» [15]. Однако сосредоточение внимания только на медицинской помощи, на наш взгляд, недостаточно, необходимо клинических психологов плотнее интегрировать в помощь не только пациентам, находящимся в больницах, но и людям, обращающимся с психологическими недугами. В связи с этим предлагаем предоставить клиническим психологам возможность самостоятельно вести полноценный прием населения в медицинских учреждениях, не отдавая приоритет психодиагностической работе, как это указано в ранее рассматриваемом приказе №438, а именно заниматься полноценной психокоррекцией и психологической помощью, при этом, не выписывая рецептурных препаратов. В случае сложности пациента, или необходимости психофармакологии, обязать клинических психологов направлять их к врачам психиатрам.

В настоящий же момент к врачам психиатрам и психотерапевтам идут все категории людей: с невротами, когнитивными нарушениями, психосоматикой, пограничными состояниями, семейными проблемами, неудавшейся жизнью, и многое другое. При этом нелекарственными методами, то есть психологическими, можно лечить до трети пациентов [1]. Согласимся, врачам стало бы намного легче, если первичный прием вели как раз клинические (медицинские) психологи, отсеивая непсихиатрические и пограничные состояния, с которыми они бы могли бы справиться самостоятельно. При этом направляли бы людей с возможными психическими заболеваниями к врачам. Естественно, постановку диагноза и лечение психических больных мы оставляем за врачами, хотя и в этом случае ведение именно психологической части лечения можно перепоручить клиническим (медицинским) психологам.

2. Если четко не определить место клинических психологов в структуре психолого-психиатрической помощи в Российской Федерации, то «клинических психологов» будут определять как «медицинских психологов», своего рода «психологических медсестер» при врачах. Эту проблему можно решить, дав четкое определение категориального аппарата в клинической психологии, и ее терминов [3] которые позволят, в конечном счете, отделить медицинских и клинических психологов. Нужно разделить эти две профессии с выделением

профессии клинический психолог именно для работы в области психотерапии, а для этого нужна опорная нормативно-правовая база, определяющая права и обязанности клинических психологов, их место в медицине, а также степень их компетенций и ответственности в своей области. Конечно, можно оставить как есть, дополнив медицинские приказы новыми правами и обязанностями медицинских психологов, но сложившаяся практика крайне инертна и новые начинания, скорее всего, канут в лету. Поэтому, чтобы улучшить психотерапевтическую помощь населению, нужна будет новая специально выделенная профессия – клинический психолог.

3. Провести работу в области просветительской деятельности о работе клинических психологов, а именно указывать, что клинический психолог не ставит официальных диагнозов, не выписывает психофармакологию, а как специалист мало уступает врачам-психиатрам. При этом в случае необходимости действует с ними в единой команде. Клинические психологи могли бы помочь всем категориям граждан, не вызывая у них изначально сильных негативных чувств, тревоги и стигматизации.

4. В связи с повысившейся нагрузкой, сложностью и ответственностью выполняемого труда, необходимо проработать вопросы увеличения штата и повышения оплаты труда клинических (медицинских) психологов в медицинских учреждениях в Российской Федерации.

Конечно, пройдет достаточное количество времени, прежде чем клинические психологи докажут свою состоятельность в самостоятельной практике, но учитывая сегодняшнее удручающее положение в области лечения психологических недугов населения, опираясь на отечественную науку и практику, мы верим, что более широкое использование возможностей клинической психологии качественно изменят эту проблематику в положительную сторону.

Литература

1. Бобров А.Е., Довженко Т.В., Кулыгина М.А. Медицинская психология в психиатрии. Методологические и клинические аспекты / А.Е. Бобров, Т.В. Довженко, М.А. Кулыгина // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 24. – № 1. 2014 г. С. 70–75.
2. Березин М.А., Синицкий И.В. Клиническая (медицинская) психология «Статус клинической (медицинской) психологии в здравоохранении за рубежом, в России и в Украине: проблемы и реальность». 2012 г.С.2
3. Залевский Г.В. Актуальные проблемы современной клинической психологии. ТГУ, Сибирский психологический журнал. 2004г. С.3.
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практ. рук. / В.Д.Менделевич. - 4-е изд. - М. :МЕДпресс-информ, 2002 г.С.592
5. Сарычев, С. В. История психологии в 2 ч. Часть 1: учебное пособие для академического бакалавриата / С. В. Сарычев, И. Н. Логвинов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019 г. С.279

Нормативные акты

6. О психологической помощи населению в Российской Федерации: проект Федер. закон N 553338-6. URL: <http://www.asozd2.duma.gov.ru>
7. Федеральный закон от 02.07.1992 года N3185-1 РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании».

8. Постановление Правительства Российской Федерации от 22.01.2007, №30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»
9. Приказ Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи»
10. ГОСТ Р. 52495-2005 "Социальное обслуживание населения. Термины и определения" (утв. Приказом Росстандарта от 30.12.2005 N 532-ст).

Электронные материалы

11. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. Статья «Психические расстройства». Опубликовано 08.06.2022- Электронный ресурс - Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (дата обращения (12.01.2023год))
12. Официальный сайт Новости в России и мире - ТАСС. Статья «В Минздраве рассказали, сколько в РФ зарегистрировано людей с психическими расстройствами». Опубликовано 15.05.2021- Электронный ресурс - Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/11380019> (дата обращения (12.01.2023год))
13. Официальный сайт Новости в России и мире - ТАСС. Статья «Эксперт считает, что в России сложился значительный дефицит психотерапевтов и психиатров». Опубликовано 15.05.2021- Электронный ресурс - Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/11380613> (дата обращения (12.01.2023год))
14. Официальный сайт. Статья www.gazeta.ru «Посчитали шуткой. Почему в России бояться лечить душевные болезни». Опубликовано 08.06.2022- Электронный ресурс - Режим доступа: <https://www.gazeta.ru/social/2020/08/14/13194361.shtml> (19.01.2023год)
15. Официальный сайт. Статья www.RG.ru «Впервые психологи начнут принимать пациентов в поликлиниках». Опубликовано 04.12.2022- Электронный ресурс - Режим доступа: <https://rg.ru/2022/12/04/k-vrachu-idti-ne-strashno.html> (19.01.2023год)
16. Официальный сайт. Compass, B. & Gotlib, I. (2002). Статья Introduction to Clinical Psychology. New York, NY :McGrawHill. Электронный ресурс - Режим доступа [ISBN 0-07-012491-4](https://doi.org/10.1002/9781118111111.ch4). (англ.).

ПОДГОТОВКА КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ МУЛЬТИ-ПАРАДИГМАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Васильева И.В., Андреева О.С.

ТюмГУ, Тюмень, Россия

i.v.vasileva@utmn.ru

o.s.andreeva@utmn.ru

Ключевые слова: клиническая психология, обучение, вуз, мульти-парадигмальное образование.

CLINICAL PSYCHOLOGIST'S PREPARATION AND MULTI-PARADIGMAL EDUCATION

Vasileva I.V., Andreeva O.S.

TyumSU, Tyumen, Russia

i.v.vasileva@utmn.ru

o.s.andreeva@utmn.ru

Keywords: clinical psychology, education, university, multi-paradigm education.

Постановка проблемы и актуальность. Значительные изменения в социальной, экономической и политической ситуации в стране поставили перед системой образования острые вопросы о выборе модели подготовки специалистов в самых разных областях.

Пандемия по новой коронавирусной инфекции повлияла не только на соматическое здоровье людей, но и на их психическое здоровье и психологическое благополучие [2]. Большое количество людей вынуждены до сих пор справляться с последствиями COVID-19. Исследования показывают, что для восстановления полноценного функционирования пострадавшим необходима комплексная помощь: и медицинских работников, и психологов, которые понимают специфику трудностей, которые испытывает человек [4].

Изменение политической ситуации, проведение специальной военной операции, частичной мобилизации ставит перед профессиональным психологическим сообществом задачи оказания психологической помощи не только узким группам (сотрудникам силовых структур, участникам боевых действий), а широким массам населения (родственникам мобилизованных; людям, эвакуированным из пострадавших населенных пунктов; людям, которые не могут справиться с потоком тревожащих новостей).

Активное обсуждение в профессиональной среде проекта федерального закона «О психологической помощи» привело к подъему интереса к обсуждаемой проблеме не только в профессиональной среде, но и на государственном уровне. В рамках II Конгресса молодых ученых 01 декабря 2022 года Президент РФ В.В. Путин поддержал необходимость развития психологических служб в стране.

В связи со всем перечисленным особую актуальность приобретает подготовка медицинских и клинических психологов, которые способны оказывать квалифицированную психологическую помощь людям в условиях экстремальных социальных в том числе именно с кризисными и экстремальными ситуациями [3]. Для их подготовки очевидна недостаточность четырехлетнего образования уровня бакалавриата. Согласно проекту Закона о психологической помощи, обсуждение которого активно ведется и во властных структурах, и в психологическом сообществе, для оказания такого рода психологической помощи психолог должен иметь уровень образования не ниже специалитета.

Кроме того, все большее распространение приобретает негативная практика недобросовестной профессиональной переподготовки. На основе любого высшего образования годовые курсы психологической подготовки (в том числе онлайн, часто в асинхронном формате, где студенты просто слушают лекции и сдают тесты) дают право на осуществление психологической деятельности. Это увеличивает количество специалистов

низкой квалификации, учащаются случаи нарушения профессиональной психологической этики [1].

Все это создает необходимость возвращения специалитета для подготовки психологов, поскольку это позволит обеспечить качество получаемой ими профессиональной квалификации. Однако современные условия задают новые требования к образовательной модели специалитета.

Анализ актуальных образовательных условий. В Тюменской области подготовку по направлению «Психология» 37.03.01. осуществляет Тюменский государственный университет. На базе кафедры общей и социальной психологии осуществляется подготовка на уровнях бакалавриата и магистратуры. На уровень магистратуры часто поступают студенты, не имеющие образования бакалавра по психологии.

В настоящее время Тюменский государственный университет работает по экспериментальной образовательной модели. Происходит переход от модели «индивидуальные образовательные траектории» (ИОТ) к мультипарадигмальному образованию (модель «2+2+2»). ТюмГУ видит свою миссию в «создании национальной экспериментально-образовательной сети центров по разработке, прототипированию и апробации оригинальных образовательных моделей, технологий и дизайнерских решений, соответствующих разным парадигмам высшего образования (свободное образование, проблемно-ориентированное обучение, целевая подготовка специалистов и т.д.), для подготовки профессионалов, способных продуктивно действовать в условиях изменяющегося рынка труда».

В настоящее время первый курс учится в рамках модели «мультипарадигмальное образование», остальные обучаются по модели ИОТ. В мультипарадигмальной модели все студенты первого и второго курсов обучаются в едином образовательном пространстве; профессионализация может начинаться со второго семестра за счет пререквизитов – дисциплин профессионального цикла, которые должен пройти студент, желающий на третьем курсе продолжить образование по выбранному направлению. Третий и четвертый курсы включают только дисциплины профессионального цикла.

При этом нормативный срок подготовки специалистов по специальности «Клиническая психология», согласно ФГОС ВО (Приказ Министерства образования и науки РФ от 12 сентября 2016 г. N 1181), составляет 5,5 лет.

Обоснование подходов к решению проблемы. Таким образом, для подготовки специалистов по клинической психологии необходимо решить несколько организационных и содержательных задач:

1. Создать концепцию специализации «Клиническая психология» на основе мультипарадигмального образования - модель «2+2+1,5».
2. Соотнести требования ФГОС ВО по специальности 37.05.01 «Клиническая психология» и актуальные условия обучения студентов в Тюменском государственном университете.
3. Вписать первые курсы обучения студентов специалитета по клинической психологии в единое образовательное пространство ТюмГУ.
4. Найти образовательных партнеров и базы практики для реализации клинического аспекта обучения.

На наш взгляд, все эти задачи проектирования образовательной программы вполне могут быть решены. Образовательная модель «2+2» может быть дополнена как «2+2+1,5», что позволит сохранить единое образовательное пространство. В качестве партнера образовательной программы может выступить Тюменский государственный медицинский университет, с которым имеются давние традиции сотрудничества.

Заключение. Таким образом возвращение специалитета для подготовки психологов, позволяющее обеспечить качество получаемой ими профессиональной квалификации для работы в экстремальных социальных ситуациях, позволит университету успешно осуществлять «третью миссию», влиять на социальную жизнь г. Тюмени и региона в целом.

Литература

1. Березин М.А. Кризисные явления в подготовке и деятельности клинических и медицинских психологов: что дальше? // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова). М.: изд-во МГППУ; НЦПЗ РАМН, 2013. С.273-291
2. Васильева И.В., Чумаков М.В., Чумакова Д.М., Булатова О.В. Субъективное благополучие студентов психолого-педагогических направлений в период эпидемии COVID-19. Образование и наука. 2021. №10. С. 129–154.
3. Зверева Н.В., Ениколопов С.Н. Юрий Федорович Поляков: человек, ученый, организатор науки и образования // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова). М.: изд-во МГППУ; НЦПЗ РАМН, 2013. С.37-48
4. Шепелева И.И., Чернышева А.А., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Гурина О.И. Covid-19: поражение нервной системы и психолого-психиатрические осложнения // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. №4. С.76-82.

ОБЩЕПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ В ГРОДНЕНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Воронко Е.В.

ГГМУ, Гродно, Беларусь

psiholped@gmail.com

Ключевые слова: общепсихологическая подготовка, студенты, медико-психологический

факультет, кафедра психологии и педагогики.

GENERAL PSYCHOLOGICAL TRAINING OF STUDENTS AT GRODNO STATE MEDICAL UNIVERSITY

Voronko E.V.

GSMU, Grodno, Belarus

psychoholped@gmail.com

Keywords: general psychological training, students, faculty of mental health medicine, department of psychology and pedagogy.

Успешное решение многих профессиональных и социальных задач, организация сотрудничества и общения в системе «врач-пациент», личностно-профессиональный рост обеспечивается уже на этапе профессионализации получением общепсихологических знаний в подготовке врачей разных специальностей. В Республике Беларусь при подготовке студентов лечебного, педиатрического и медико-диагностического профилей получение общепсихологических знаний обеспечивается включением в образовательный стандарт и учебные планы учебных дисциплин «Личностно-профессиональное развитие специалиста» и «Профессиональная коммуникация в медицине».

«Личностно-профессиональное развитие специалиста» – учебная дисциплина, содержащая систематизированные научные знания о человеке как личности, профессионале, семьянине, личностном росте и самосовершенствовании. В содержание включены вопросы развития образования в современных условиях, особенности развития творческого потенциала личности, воспитания (самовоспитания), социальной коммуникации и управления, эффективных моделей и технологий познания и образования, самообразования и акмеологического роста. Цель учебной дисциплины «Личностно-профессиональное развитие специалиста» – формирование универсальной компетенции для продуктивного личностного взаимодействия в профессиональной деятельности, семье и других областях социальной практики.

«Профессиональная коммуникация в медицине» – учебная дисциплина, содержащая систематизированные научные знания о коммуникативном процессе в здравоохранении и психологических детерминантах коммуникативной компетентности врача. Задачи учебной дисциплины «Профессиональная коммуникация в медицине» состоят в формировании у студентов научных знаний о целях и видах коммуникации, организации коммуникативного процесса в системе здравоохранения, принципах бесконфликтного взаимодействия врача с

пациентами, родственниками пациентов и коллегами; умений и навыков, необходимых для эффективного коммуникативного взаимодействия при оказании медицинской помощи населению и формирования у пациентов ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих.

Освоение таких учебных дисциплин студентами позволит решать стандартные задачи профессиональной деятельности на основе применения информационно-коммуникационных технологий; быть способным к саморазвитию и самосовершенствованию в профессиональной деятельности; проявлять инициативу и адаптироваться к изменениям в профессиональной деятельности; использовать психолого-педагогические знания о целях и видах коммуникаций, организации коммуникативного процесса в здравоохранении, применять методы эффективной коммуникации при разрешении конфликтных ситуаций в медицине.

Подготовка медицинских кадров системы здравоохранения в области психиатрии, психотерапии и наркологии в Республике Беларусь осуществляется на медико-психологическом факультете в Гродненском государственном медицинском университете. В состав факультета входят как клинические кафедры, на которых студенты приобретают специальные знания и умения, так и теоретические кафедры, на которых формируется базовая культура личности и профессионала. Общепсихологическая подготовка будущих специалистов в сфере охраны психического здоровья осуществляется на кафедре психологии и педагогики, созданной на базе курса общей психологии кафедры психиатрии в 2008 году. С 1993 года, года открытия медико-психологического факультета, сотрудники курса общей психологии, а теперь и кафедры психологии и педагогики, стали разрабатывать программы психологических дисциплин.

Начинается процесс подготовки студентов с 1 курса освоением учебной дисциплины «Общая психология», раскрывающей основные психологические закономерности поведения человека и психических явлений, позволяющей сформировать систему знаний о структуре, функциях, свойствах познавательной, эмоционально-волевой, потребностно-мотивационной сфер психики человека и регуляции, в соответствии с ними, его деятельности для понимания закономерностей функционирования психики у психически здорового человека. «Общая психология» служит фундаментом не только для всех специальных дисциплин, изучаемых на кафедре психологии и педагогики (психология личности, социальная и возрастная психология, психология индивидуальных различий, общая психодиагностика, история психологии), но и на клинических кафедрах (общая медицинская психология, клиническая психология, клиническая психодиагностика, сексология и сексопатология, общая психопатология, психиатрия и наркология, неврология и нейропсихология).

На 2 курсе преподаются две психологические дисциплины: возрастная психология и

психология личности. «Возрастная психология» – учебная дисциплина, содержащая систематизированные научные знания о закономерностях и динамике психического развития человека на протяжении жизни. В результате изучения студент должен знать основные механизмы, закономерности и теоретические концепции, объясняющие особенности психического развития человека, особенности психического развития людей разных возрастных групп; уметь определять уровень и особенности психического развития, использовать различные теоретические и методологические подходы при решении проблем, связанных с психическим развитием в разные возрастные периоды; конструктивно взаимодействовать с представителями различных возрастных групп. «Психология личности» как учебная дисциплина содержит традиционные и современные теоретические направления в изучении категории «личность»: психодинамические, бихевиоральные, когнитивные, диспозициональные, гуманистические, экзистенциальные, а также концепции психологии личности в отечественной психологии. Студент, освоивший содержание учебного материала учебной дисциплины, должен знать основные категории, понятия психологии личности и психологических теорий личности; структуру личности, закономерности становления и развития личности, основные положения о потребностно-мотивационной сфере личности; уметь сравнивать различные психологические направления в изучении категории «личность» и использовать в практической работе положения различных теорий личности.

На 3 курсе изучение психологических дисциплин продолжается изучением социальной психологии, психологии индивидуальных различий и психологии семейных отношений. «Психология индивидуальных различий» способствует формированию у студентов представлений о групповых, типологических и индивидуальных различиях между людьми, изучению детерминант и диапазона вариативности психологических особенностей человека. Изучение «Социальной психологии» помогает сформировать представления о механизмах и закономерностях общения и взаимодействия, условиях формирования личности в социальной среде, особенностях социального поведения, социально-психологических особенностях групп. Знания об основных социально-психологических феноменах позволят анализировать социальное поведение людей, осуществлять эффективную коммуникацию и использовать закономерности общения в повседневной и профессиональной коммуникации. «Психология семейных отношений» позволяет сформировать умения и навыки для решения прикладных задач по оказанию психологической консультативной помощи супружеским парам, оптимизации детско-родительских отношений, повышению коммуникативной и личностной компетентности в семейных взаимоотношениях.

4 курс обучения на медико-психологическом факультете включает освоение учебной дисциплины «Общая психодиагностика» и написание курсовой работы по этой дисциплине.

Изучение особенностей использования методов психологической диагностики, правил и принципов проведения и организации психодиагностического процесса, вопросов подготовки психологического заключения и постановки психологического диагноза позволит специалистам медико-психологического профиля правильно организовывать психодиагностический процесс и эффективно использовать различные психодиагностические методы в практике, что в существенной степени повысит качество их профессиональной деятельности. Курсовая работа носит творческий исследовательский характер и направлена на приобретение и развитие практических умений и навыков по дисциплине «Общая психодиагностика»: навыки самостоятельной учебной и научно-исследовательской работы; умение логически строить и последовательно излагать материал по теме, формулировать суждения и убедительные выводы и публично их защищать).

«История психологии», преподаваемая на 6 курсе, способствует формированию у студентов интегрированной картины научных представлений о возникновении и динамике развития психологических знаний в мировой истории, умений анализа психологического научного наследия и его использования для решения психологических проблем.

Подготовка будущего врача-психотерапевта, психиатра, нарколога предполагает формирование определенных профессиональных компетенций, включающих знания и умения в области выявления психологических и психосоциальных факторов риска развития психических расстройств; профилактики развития психических и поведенческих расстройств; психодиагностической оценки психологических особенностей пациентов; психокоррекции психологических проблем пациентов. При преподавании общепсихологических учебных дисциплин на кафедре психологии и педагогики используются различные методы и формы работы, направленные на понимание студентами междисциплинарных связей и возможностей использования психологических знаний, умений и навыков в конкретных профессиональных ситуациях, что способствует существенному повышению качества лечения пациентов и организации взаимодействия.

РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В ЭПОХУ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Зуенкова Ю.А.

ФГАОУ ВО РУДН, Москва, Россия

zuenkova@bk.ru

Ключевые слова: ценностно-ориентированное здравоохранение,

пациентоориентированность, клиническая психология, совместное принятие решения, коучинг, коммуникация «врач-пациента».

THE ROLE OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST IN THE ERA OF VALUE-ORIENTED HEALTHCARE

Zuenkova Yu. A.

FSAEI HE RUDN, Moscow, Russia

zuenkova@bk.ru

Keywords: value-based healthcare, shared decision making, decision coaching, decision support techniques, doctor-patient communication, patient orientation.

Введение. Современное здравоохранение характеризует тренд на ценностно-ориентированный подход [1]. Идея ценностно-ориентированного подхода в здравоохранении была предложена М. Porter в 2004 г. в качестве средства повышения качества медицинской помощи [2]. Основная идея данной концепции - оплата медицинской помощи за фактический результат лечения пациента, учет не только клинических, но и «пациентских» показателей исхода. При этом понятие «ценность» рассматривается не только с позиции гуманистического подхода, но предполагает ее многомерное измерение. Внедрение ценностно-ориентированного подхода включает, но не ограничивается:

- оценкой исходов оказания медицинской помощи на уровне каждого конкретного пациента, в том числе значимых для пациентов результатов лечения;
- реализацией системы рейтингования на всех уровнях системы здравоохранения;
- трансформацией системы финансового возмещения медицинской помощи за достигнутый результат лечения;
- внедрение интегрированного междисциплинарного подхода.

За рубежом при реализации концепции ценностно-ориентированного подхода значительную роль играют медицинские психологи, тогда как в России данный подход только начинает использоваться, а место и роль клинических психологов до конца не определены.

Сегодня клиническая психология довольно прочно заняла место в системе здравоохранения [3] и доказала свою эффективность в диагностических, лечебных, экспертных и реабилитационных мероприятиях. В то же время, хотя квалификационные характеристики специалиста «медицинского психолога» определены [4], содержание профессиональной деятельности медицинского психолога не вполне отвечает актуальным требованиям современного здравоохранения, а роль клинической психологии в развитии

российских проектов ценностно-ориентированного здравоохранения ранее не была описана.

Цели и задачи -установить роль медицинского психолога в эпоху ценностно-ориентированного здравоохранения и обозначить направления прикладных мультидисциплинарных исследований.

Материал и методы исследования включали исторический метод исследования, анализ зарубежных стандартов и протоколов с сайтов научных профессиональных сообществ и органов здравоохранения, контент-анализ литературы в базах данных PubMed. На основе синтеза информации, зарубежных практик реализации образовательных программ коучинга, были идентифицированы области участие медицинского психолога в реализации концепции. При анализе использовался проект профессионального стандарта «медицинский психолог».

Результаты. Внедрение ценностно-ориентированного подхода подразумевает использования ряда управленческих инструментов и техник – учета ценностей пациентов, совместного принятия решения о лечении, совершенствование работы мультидисциплинарных клинических команд, определение и корректировки лечения с учетом пациентских показателей исходов.

Изучение ценностей пациентов позволяет совершенствовать коммуникацию «врач-пациент», которая играет важную роль в развитии приверженности пациентов лечению, диагностике, диспансерному наблюдению. В исследовании был разработан пациентоориентированный алгоритм работы на основе системы ценностей пациентов. За основу исследования системы ценностей данных групп пациентов была взята модель ценностных ориентаций Милтона Рокича [5], которая была адаптирована под задачи исследования. Изучение ценностей и потребностей пациентов позволяет улучшить показатели «опыта пациента» [6]. Очевидно, что разные пациенты могут иметь разные ценностные приоритеты и ориентиры. Например, пациент может делать выбор своими «чувствами», выбирая заболевание или ухудшение самочувствия вместо отказа от курения.

Ценности могут меняться у одного и того же пациента под влиянием факторов собственного заболевания, факторов окружающей среды или в результате воздействия средств массовой информации. В некоторых обстоятельствах специфические меры благополучия более достоверны, чем общие показатели [6]. Например, тревога по поводу потребляемой пищи для пациента с сахарным диабетом более оправдана, чем у здорового индивида.

Одним из обязательных условий реализации концепции ценностно-ориентированного подхода является учет мнения пациентов при выборе метода лечения, а соответствующая управленческая технология получила название «совместное принятие решения о лечении» - shared decision-making (ShDM) [7]. Совместное с пациентом принятие решения о лечении рассматривается как один из критериев качества оказания медицинской помощи во многих

странах Европы и США. Совместное принятие решений в медицине — это процесс, в котором и пациент, и врач вносят равносильный вклад в процесс принятия медицинских решений и согласовывают решения о лечении [8]. Зарубежная практика реализации совместного принятия решения о лечении подразумевает предварительный коучинг пациента медицинским психологом.

Коучинг по принятию решений о лечении – это не директивная поддержка, оказываемая квалифицированным медицинским работником, чтобы помочь пациентам подготовиться к активному участию в обсуждении методов лечения с лечащим врачом [9]. Цель данного подхода состоит в том, чтобы помочь пациентам и их родственникам принимать обоснованные и соответствующие их ценностям решения, основанные на доказательной медицине. Коуч позволяет разгрузить лечащего врача, беря на себя вопросы подготовки пациента к принятию клинического решения. Клинико-психологическая помощь в составе мультидисциплинарной бригады специалистов. Кроме того, экспертиза медицинского психолога может быть востребована при разработке средств поддержки принятия пациентских решений (СПППР). СПППР — это научно обоснованные ресурсы, помогающие пациентам в процессе принятия ими решений относительно своего здоровья и лечения [10]. Они предназначены для использования в качестве дополнения при обсуждении с пациентом вариантов лечения.

Валидизация перевода и разработка новых PROM-опросников.

Измерение результатов – отправная точка создания ценности. В качестве подходов к измерению результатов при ценностно-ориентированном подходе учитываются также пациентские показатели исхода [7]. Исходы, сообщаемые пациентами (PROMs – patient relevant outcome measures) — исследования, затрагивающие различные аспекты здоровья пациента и влияние болезни и ее лечения на стиль жизни пациента и, в итоге, на качество жизни. Они представляют собой анкеты, самостоятельно заполняемые опрашиваемыми или иными лицами относительно их самих [7]. Данные оценки представляют собой валидизированные опросные листы, которые охватывают все главные особенности того, чем пациенты обеспокоены. Основным препятствием для измерения PROMs в России в настоящий момент является отсутствие валидизированных переводов многих PROM-опросников [7]. А по некоторым заболеваниям, в частности орфанным, подобные опросники отсутствуют совсем. Роль медицинского психолога важна при валидации и разработке новых опросников, их адаптации в случае необходимости.

Заключение. Таким образом, переход отечественного здравоохранения на ценностно-ориентированный подход обозначает важную роль медицинского психолога в системе оказания медицинской помощи:

1. Клинико-психологическая помощь в составе мультидисциплинарной бригады для подготовки пациента к совместному с врачом обсуждению вариантов лечения;
2. Проведение клинико-психологического обследования познавательных функций, эмоционально-личностной сферы, психологического, социального и семейного функционирования при определении ценностей пациента;
3. Разработка, назначение и проведение психообразовательных мероприятий в формате коучинга;
4. Разработка информационных материалов (СПППР), раскрывающих специфику познавательных функций, эмоционально-личностной сферы, психологического, социального и семейного функционирования.

Литература

1. European Commission, Defining value in “value-based healthcare”. Opinion by the expert panel on effective ways of investing in health. July, 19, 2019
2. Porter M.E., Teisberg E.O. Redefining competition in health care. Harvard Business Review. 2004; 82(6): 64-136.
3. Приказ МЗ РФ от 25 октября 2012 года N 444 О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации (с изменениями на 5 сентября 2022 года).
4. Приказ МЗ от 23 июля 2010г. №541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих».
5. Рокич М. Природа человеческих ценностей М Рокич М., 2005 с.56.
6. Зуенкова Ю.А., Кича Д.И., Абрамов А.Ю., Буйнова Ю.Г., Клисова Л.М. Пациентоориентированный алгоритм работы рентгенотерапевтического кабинета онкологического диспансера// Медицинская радиология и радиационная безопасность.2021. Т. 66. № 5. С.45-49.
7. EIT Health, Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers (Director: Gregory Katz), 2020.
8. Légaré F., Witteman H.O. Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice // Health Affairs. 2013. 32 (2): 276–284.
9. Zhao J., Jull J., FINDERUP J., Smith M., Kienlin S.M., Rahn A.C., Dunn S., Aoki Y., Brown L., Harvey G., Stacey D. Understanding how and under what circumstances decision coaching works for people making healthcare decisions: a realist review. BMC Med Inform DecisMak. 2022. Oct 8;22(1):265.
10. Volk R.J., Llewellyn-Thomas H., Stacey D., et al. Ten years of the International Patient Decision Aid Standards Collaboration: evolution of the core dimensions for assessing the quality of patient decision aids // BMC Med Inform Decis Making. 2013. 13:1–7.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКЕ У СТУДЕНТОВ- ПСИХОЛОГОВ ПЕРВОГО КУРСА

Новикова Т.О., Потапова Е.А.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

tatiana.o.novikova@gmail.com

Ключевые слова: профессиональная этика, мотивы выбора профессии, представления о профессии.

REPRESENTATIONS OF PROFESSIONAL ETHICS IN FIRST-YEAR PSYCHOLOGY STUDENTS

Novikova T.O., Potapova E.A.

FSBI HE SPbSPMU, St. Petersburg, Russia

tatiana.o.novikova@gmail.com

Keywords: professional ethics, motives for choosing a profession, representations of profession

Введение. В фокусе внимания данного исследования профессионально-этические представления студентов-психологов, понимаемые как система отражения в индивидуальном сознании идеалов, норм, ценностей, относящихся к профессии, а также конструирование модели отношений с людьми при выполнении профессиональной деятельности [6]. Структура индивидуально-личностного профессионального сознания включает отражение внешних предписаний (универсальных ценностей культуры, правовых норм, социальных ожиданий и оценок и т.п.) и их внутреннее преломление через осознание субъектности и объектности в реализации профессионально-этических норм и модальности их проявления [5]. Внутреннее содержание профессионально-этического сознания рассматривается в контексте следующих компонентов: индивидуально-личностные характеристики, мировоззренческие установки личности относительно профессиональной этики и субъективный уровень морального измерения профессии. Индивидуально-личностный компонент профессионально-этического сознания рассматривается через чувствительность к человеку, под которой понимается способность выделять Другого как значимого субъекта взаимодействия [4]. Включение в учет перспективы Другого важно, т.к. позволяет вносить изменения в принимаемые человеком при взаимодействии роли [3]. Для психолога это означает профессиональную гибкость, умение понять позицию клиента и выбрать стратегию собственного действия с учетом этого понимания. Мировоззренческие установки личности включают в себя интериоризированные субъектом знания о профессиональной этике, а также об общеэтических ценностях и нормах культуры. Еще одним элементом профессионально-этического сознания выступает осмысление человеком профессионального выбора как морального выбора. Рецепция морального измерения профессии означает не только осмысление выбора определенной сферы деятельности, но «самоопределения человека к определенной профессии с характерной для нее нормативно-ценностной системой» [2, с. 191].

Цель настоящего исследования состоит в изучении профессионально-этических представлений у студентов-психологов 1 курса во взаимосвязи с осознанностью профессионального выбора, конструктивной мотивацией к учебе и выраженной

чувствительностью к другим людям.

Материалы и методы. Эмпирическое исследование проводилось в ноябре – декабре 2022 года на базе ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава РФ. Выборка формировалась методом доступных случаев среди студентов 1 курса специальности «Клиническая психология». Исследование проходило в формате онлайн. Этические гарантии исследования обеспечивались предоставлением участникам перед исследованием информации о ключевых этических принципах проекта, а также о мерах соблюдения анонимности и конфиденциальности участия. В исследовании участвовало 79 человек (респондентов женского пола $n=67$, мужского – $n=12$). Возраст участников составил от 17 до 24 лет ($M=18,41$, $SD=1,1$). Для оценки демографических характеристик, изучения специфики профессионального выбора использовалась авторская анкета. Психодиагностические методы: «Мотивация обучения в вузе» Т. И. Ильиной, «Тест-опросник для определения уровня профессиональной направленности студентов» Т.Д. Дубовицкой, «Профессионально-этические представления» А.М. Шевелевой, «Опросник по выявлению уровня выраженности чувствительности к человеку» А.Г. Маралова и Т.П. Мараловой. Математический анализ проводился с помощью программы SPSS 23.0.

Результаты и их обсуждение. Отвечая на вопросы анкеты о выборе профессии и учебного заведения значительная часть студентов (74,7% $n=59$) отмечает, что определились с выбором профессии в старшей школе, 15,2% ($n=12$) – сразу после окончания школы. В 81% случаев ($n=64$) респонденты говорят, что это их самостоятельный выбор. О конструктивности профессиональной мотивации свидетельствуют результаты, полученные с помощью методики «Мотивация обучения в вузе»: доминирующими мотивами выступают «Приобретение знаний» ($M=7,94$, $SD=2,76$) и «Овладение профессией» ($M=6,61$, $SD=1,62$). Респонденты стремятся к приобретению знаний, им важно сформировать профессионально значимые качества и овладеть профессиональными компетенциями. О высоком уровне профессиональной направленности большинства опрошенных студентов (94,9% $n=75$) свидетельствуют результаты, полученные с помощью методики Т.Д. Дубовицкой. Кроме того, в анкетах 91,1% ($n=75$) респондентов отвечали, что в будущем они планируют работать клиническими психологами, и 72,1% ($n=57$) уже сейчас предполагают область собственных интересов в специальности.

На основе анализа корреляционных взаимосвязей можно сделать заключение о связи содержания этических представлений в русле должного, эталонного образца (шкала «Должное») с уровнем профессиональной направленности ($r_p=222$, $p=0,049$) и мотивом «Приобретение знаний» ($r_p=249$, $p=0,028$). Также уровень профессиональной направленности связан с развитостью представлений о правовых нормах безотносительно профессии ($r_p=256$,

$p=0,023$), а мотив «Приобретение знаний» – со степенью интериоризации универсальных ценностей и норм культуры ($r_p=0,267$, $p=0,017$). Для большинства студентов (98,7% $n=78$) характерен высокий (44,3% $n=35$) или очень высокий (54,4% $n=43$) уровень специфической чувствительности к другим людям. При внутригрупповом анализе компонентов чувствительности установлена статистическая разница ($F=43,13$, $df=3$, $p=0,000$). Структурообразующими компонентами оказываются «Эмпатия» ($M=3,94$ $SD=1,18$) и «Помощь» ($M=4,16$ $SD=0,94$). В модели А.Г. Маралова и Л.В. Романюк [4] эмпатия определяется как умение «быть с другим человеком», реализующееся в форме сочувствия, сопереживания и содействия. На уровне содействия эмпатия тесно связана с «Помощью», понимаемой как ее деятельностный компонент. Эмоционально сочувствуя другому человеку, студенты будут предпринимать действия «с целью “возвращения” объекта помощи в исходное состояние или состояние лучшее, чем исходное» [4, с. 184]. Статистически менее выражены в структуре чувствительности к другому «Интерес» и «Понимание», которые подразумевают учет перспективы. Другого в процессе взаимодействия. Поскольку фокус оценки реализации этических предписаний имеет эгоцентрическую ориентацию, а функция профессиональной этики в понимании студентов направлена на действие в пользу интересов самих респондентов ($W z=-3,47$, $p=0,001$; $F=34,26$ $df=3$, $p=0,000$), то можно предполагать, что респонденты в большей степени руководствуются эгоцентрическими, нежели альтероцентрическими мотивами оказания помощи. Корреляционный анализ взаимосвязей позволяет сделать вывод, что «Помощь» оказывается взаимосвязана с «Должным» в содержании профессионально-этических представлений ($r_p=0,316$, $p=0,005$). Развитость деятельностного компонента эмпатии у респондентов связана с ориентацией их собственного профессионального поведения на эталонные образцы. Высокая выраженность психологической проницательности, понимания особенностей другого, а также причин их обуславливающих, связана с выстраиванием респондентами индивидуальных этических представлений на основе конкретных должностных инструкций и ориентацией на функциональные обязанности в конкретной профессиональной позиции ($r_p=0,260$, $p=0,021$). Обнаружены различия в структуре корреляционных взаимосвязей у студентов с высоким и очень высоким уровнем выраженности чувствительности к другому. У студентов с высоким уровнем чувствительности эмоциональное сочувствие и сопереживание другому взаимосвязано с личностной субъектностью в реализации профессионально этических норм ($r_p=0,426$, $p=0,011$), в то время как у студентов с очень высоким уровнем чувствительности развитая эмпатия коррелирует с невыраженностью полагания на универсальные законы и нормы ($r_p=-0,316$, $p=0,039$) и общечеловеческие этические ценности ($r_p=-0,361$, $p=0,017$). У студентов с высоким уровнем чувствительности общая сензитивность связана с выраженностью

эгоцентричности в отношении направленности реализации этических норм ($r_p=0,358$, $p=0,035$), преимуществом рестриктивного содержания профессионально-этических представлений ($r_p=0,374$, $p=0,027$) и с ориентацией на универсальные культурные ценности ($r_p=0,393$, $p=0,019$).

Для студентов характерен удовлетворительный уровень развития профессионально-этических представлений. При решении этических дилемм в профессии им будет свойственно давать эмоциональную оценку, при этом моральная оценка будет носить неустойчивый характер. Содержание представлений о профессиональной этике у студентов выстраивается на основе знаний о запретах (Шкала «Должное» $M=40,81$ $SD=5,11$; Шкала «Недопустимое» $M=43,38$ $SD=5,2$; $W z=-4,24$, $p=0,000$). Образ профессиональной морали как рестрикции сводит мораль к регуляции поведения. При таком понимании профессионал вынужден ограничивать и контролировать себя в проявлении собственных потребностей и побуждений [1]. В большей степени ($F=75,92$, $df=3$, $p=0,000$) индивидуальные этические представления у студентов основаны на наличии персонифицированного образца (Шкала «Личный пример» $M=18,51$ $SD=3,66$). При этом только 39,2% студентов ($n=31$) указали, что у них есть образец для подражания среди представителей профессии. В качестве такого образца студенты чаще упоминали преподавателей. Только 25 студентов (31,6%) отметили наличие в собственном окружении психологов. Рестриктивное содержание профессионально-этических представлений и отсутствие идеалов у студентов основаны на фиксации в сознании недопустимых для профессионала качеств и форм поведения и выстраивании альтернативной модели действия. Эту гипотезу подтверждает и выраженность шкалы «Должностные инструкции» из блока «Источник» (Шкала «Должностные инструкции» $M=17,58$ $SD=2,98$). В меньшей степени профессионально-этические представления студентов опираются на интериоризированные в личном опыте универсальные ценности и нормы культуры (Шкала «Универсальные ценности и культура» ($M=14,23$ $SD=3,06$)).

Заключение. Таким образом, у студентов-психологов 1 курса профессионально-этические представления развиты удовлетворительно и основываются на запретах и ограничениях. Гипотезу о связи профессионально-этических представлений с профессиональной мотивацией и направленностью удалось подтвердить лишь отчасти. Для студентов-психологов характерен высокий уровень чувствительности к другим. Основу чувствительности составляет развитое чувство эмпатии и готовность помогать Другому. Для респондентов с высоким уровнем чувствительности при эмоциональном контакте свойственно опираться на профессиональную субъектность, что, по сути, обеспечивает гибкость при взаимодействии с клиентом. Тогда как для респондентов с очень высоким уровнем чувствительности характерна более жесткая структура, при которой развитая эмпатия коррелирует с невыраженностью полагания на

универсальные этические законы, что может нести риски в рамках профессионального взаимодействия.

Поскольку студенты первого курса не включены в профессиональную деятельность, профессионально-этические представления формируются у них пассивно через обобщение имеющегося опыта решения этических дилемм и тех знаний, которые они получают в процессе обучения. При этом значительную роль в становлении профессионально-этических представлений играют «эталонные образцы», которыми выступают преподаватели и те специалисты, с которыми студенты взаимодействуют в рамках учебного процесса.

Литература

1. Апресян Р.Г. Идея морали и базовые нормативно-этические программы. М., 1995.
2. Бакштановский В.И., Согомонов Ю.В. Этика профессии: миссия, кодекс, поступок. Тюмень: НИИ прикладной этики ТюмГНГУ, 2005.
3. Гофман И. Представление себя другим в повседневной жизни. М.: «КАНОН-пресс-Ц», «Кучково поле», 2000.
4. Маралов, В. Г., Романюк Л. В. Влияние чувствительности к человеку на принятие позиций взаимодействия студентами // Знание. Понимание. Умение. 2018. № 3. С. 180–195.
5. Шевелева, А. М. Опросник профессиональных этических представлений // Профессиональные представления. 2016. № 1(8). С. 34–45.
6. Шевелева, А. М., Абляимова Э. И. Профессионально-этические представления студентов разных направлений обучения // Профессиональные представления. – 2021. № 1(13). С. 143–153.

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ

Рогачева Т.В.

ГАУ ОЦРИ, Екатеринбург, Россия

TVRog@yandex.ru

Ключевые слова: реабилитационная диагностика, система комплексной реабилитации и абилитации.

REGULATORY LEGAL ASPECTS OF REHABILITATION DIAGNOSTICS

Rogacheva T.V.

SAI RCRD, Yekaterinburg, Russia

TVRog@yandex.ru

Keywords: rehabilitation diagnostics, complex rehabilitation and habilitation system.

По данным Росстата на 01.01.2022 г. в Российской Федерации насчитывается 11,5 млн. граждан с инвалидностью, из них 728,9 тыс. (2,3 процента общей численности детского

населения) - дети-инвалиды. Сопровождение инвалида, ребенка-инвалида, оказание ему и членам его семьи (законным представителям) поддержки является актуальной задачей всего общества. В России разработаны нормативные правовые акты, на основании которых функционируют различные организации и учреждения, цель которых – формирование или восстановление способностей инвалида к различным видам деятельности. Так, в конце 2021 года Распоряжением Правительства РФ была принята Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года [8]. В Концепции подчеркивается, что, несмотря на важную роль медицинской реабилитации, «реабилитация и абилитация инвалидов не может быть ограничена только или преимущественно медицинскими мерами» [8]. В данном нормативном документе закреплены основные направления социальной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. ранее перечисленные в ФЗ – 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [9]: социально-бытовая, социально-средовая, социально-психологическая, социально-педагогическая и социокультурная реабилитация и абилитация.

При внимательном изучении Концепции появляются вопросы и выявляются противоречия с другими нормативными правовыми документами, в частности с Федеральным законом №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Сама система определена в Концепции как «совокупность мер по обеспечению детей-инвалидов научно обоснованными, доступными, эффективными и безопасными реабилитационными и абилитационными услугами и техническими средствами реабилитации в сочетании с мерами, направленными на их социальную адаптацию и интеграцию» [8]. Однако в данном документе нет как определения социальной адаптации, так и понятия «интеграция». Таких определений нет и в ФЗ - 181, по которому функционирует большинство реабилитационных организаций системы социальной защиты.

В Концепции появляется понятие «целевые реабилитационные группы», трактуемые как «объединенные в зависимости от структуры и степени нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности в целях использования наиболее эффективных подходов к устранению или компенсации нарушений этих функций и ограничений жизнедеятельности при оказании услуг по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» [8]. В качестве критерия выделения целевых реабилитационных групп выступает нарушение структур и функций организма, что указывает на медицинскую модель инвалидности.

В Концепции появляется важное для педагогики и психологии понятие «психолого-педагогическая реабилитация и абилитация», которое отсутствует, как указано в Концепции, в других нормативных документах РФ. В научной психолого-педагогической литературе

также отсутствует четкое понимание, что такое «психолого-педагогическая реабилитация». Чаще всего под данным понятием понимается обеспечение подготовки детей-инвалидов к полноценной жизни в обществе. Как указывает, например, Г.М. Гусейнова, «психолого-педагогическая реабилитация осуществляется в рамках социальной реабилитации – комплексного целенаправленного процесса возвращения человека, имеющего те или иные жизненные ограничения, в продуктивную полноценную социальную жизнь, включения его в систему общественных отношений в ходе специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий, а также с помощью комплекса психотехнических и педагогических средств, направленных на целостное развитие индивида как личности» [1, с. 52].

В.З. Кантор, Н.Н. Немирова, В.В. Казанкин провели контент-анализ употребления термина «психолого-педагогическая реабилитация», правда относительно узкой группы инвалидов – с нарушениями зрения, в нормативных и методических документах. Анализ показал, что «психолого-педагогическая реабилитация инвалидов не рассматривается и не понимается региональными организациями ВОС как самостоятельный и самодостаточный вид реабилитационной практики» [3, с.35]. Такие же выводы можно сделать и по отношению к другим группам инвалидов.

М.В. Ликеева и О.В. Васляева предлагают отнести к психолого-педагогической реабилитации «организацию учебной, досуговой, творческой деятельности с учетом физических возможностей подростка» [4, с.45], определяя критерии такой организации, к которым отнесены «комфортность настроения и психологического состояния - сформированность коммуникативных навыков - адекватность самооценки» [4, с.45]. Б.Т. Дзусова указывает, что «целью психолого-педагогического сопровождения студентов с ОВЗ и инвалидов является обучение их самостоятельности при решении собственных проблем, что предполагает глубокое познание себя, собственных ресурсов и адекватное восприятие окружающего мира» [2, с. 175].

Достаточно много работ, в которых авторы предлагают рассматривать психолого-педагогическую реабилитацию как вариант психолого-педагогического сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в реабилитационном процессе. Например, екатеринбургские коллеги считают, что это «вид социального сопровождения, представляющий собой деятельность специалистов различного профиля, направленную на актуализацию внутренних ресурсов семьи, обеспечивающих возможности ее функционирования в ситуациях, связанных с развитием и воспитанием ребенка с инвалидностью, позволяющую создавать необходимое для ребенка развивающее пространство, реализовывать стратегии воспитания в соответствии с существующими у него

потребностями с учетом родительских установок» [5, с. 363].

Научная дискуссия относительно применения понятия «психолого-педагогическая реабилитация», длящаяся практически 20 лет, несомненно, актуализировала необходимость категориально определиться в понятийном аппарате реабилитологии. Однако, если «спуститься с научных небес на землю», то у практических специалистов, оказывающих услуги по реабилитации и абилитации есть стандарты, на основании которых и проводится практическая деятельность. В Концепции указывается, что необходимо «внедрение правового механизма формирования на федеральном уровне базового перечня реабилитационных (абилитационных) услуг для инвалидов, в том числе для детей-инвалидов» [8]. На сегодняшний день утверждены Федеральные стандарты предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. Стандарты разработаны для каждой целевой реабилитационной группы. В стандартах, кроме формы оказания услуг (стационарная и полустационарная), в соответствии с действующим законодательством среди основных направлений социальной реабилитации и абилитации детей-инвалидов определены: социально-психологическая, социально-педагогическая реабилитация и профориентация (для детей с 14 лет) как разные виды реабилитационных мероприятий. Эти виды услуг принципиально отличаются по содержанию и перечню исполнителей услуги. Социально-психологическая реабилитация определена как «комплекс мероприятий, направленных на восстановление (формирование) компонентов психической деятельности, включая личностные характеристики, способствующие повышению активности и участию в жизни общества» [6]. Перечисленные в проекте стандарта специалисты - психолог, медицинский психолог. Социально-педагогическая реабилитация это «комплекс мероприятий, направленных на восстановление (формирование) базовых образовательных компетенций (счет, чтение, письмо, владение компьютерными технологиями и т.д.), необходимых для последующего получения образования и осуществления социально-значимой продуктивной деятельности» [6]. К специалистам, осуществляющим социально-педагогические услуги, относятся педагог-психолог, логопед, дефектолог, специалист по работе с семьей, социальный педагог. Понятно, что квалификация специалистов и содержание услуг по данным реабилитационным мероприятиям разная и требует разных методов и технологий.

Здесь встает другой вопрос, который только поставлен в Концепции и назван ключевым: «Ключевыми для развития системы комплексной реабилитации и абилитации в Российской Федерации являются вопросы развития ее кадрового потенциала» [8]. Например, специалист по работе с семьей будет оказывать, в соответствии со стандартами, социально-педагогические услуги. Однако в профессиональном стандарте специалиста по работе с семьей вид профессиональной деятельности сформулирован как «предоставление социально-

психологической помощи семьям и семьям с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, кризисной ситуации, социально опасном положении», что позволяет трактовать основную цель профессиональной деятельности как скорее психологическую услугу: «оказание помощи разным типам семей и всесторонней поддержки семьям с детьми на основе выявления семейного неблагополучия с помощью различных технологий, разработки программы реабилитации, реинтеграции ребенка и семьи в социум, с привлечением ближайшего окружения для изменения отношений между членами семьи, оздоровления социально-психологической обстановки в семье, повышения ответственности родителей за воспитание детей» [7].

Еще один вопрос, непосредственно связанный с организацией комплексной реабилитации и абилитации инвалиду, и не решенный в правовом поле, это подготовка реабилитационных менеджеров или интеграционных консультантов. Во-первых, такие специалисты отсутствуют в стандартах. В Порядке предоставления услуг по социальной реабилитации, абилитации инвалидов и детей-инвалидов реабилитационными организациями (Приложение 15) [8] появляется куратор реабилитационного курса. Концепцией предусматривается, что такой специалист выступает «персональным помощником, который при необходимости помогает инвалиду, семье, воспитывающей ребенка-инвалида, решать проблемы, возникающие в процессе жизнедеятельности, связанные с инвалидностью, по запросу инвалида осуществляет информационное и организационное сопровождение при реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов в организациях различной ведомственной подчиненности в рамках реализации комплексного подхода к реабилитации и абилитации» [8]. Введение штатной единицы интеграционного консультанта или реабилитационного менеджера в учреждение социальной защиты, в структуре которого есть социально-реабилитационное отделение, вполне вероятно, во многом, упростит и сделает доступнее получение реабилитационных и абилитационных услуг инвалидами, в том числе детьми-инвалидами. Но в законодательном поле РФ отсутствуют нормативные документы, позволяющие как обучать, так и брать на работу таких специалистов. До сих пор нет профессионального стандарта такого специалиста. Несомненно, отсутствие правовых механизмов индивидуального сопровождения инвалида, ребенка-инвалида и членов его семьи (законных представителей) на протяжении всего реабилитационного или абилитационного процесса специалистами различных учреждений, затрудняет доступность реабилитационных (абилитационных) услуг, особенно для тех, кто проживает в отдаленных и сельских территориях.

В Концепции также подчеркивается, что в РФ «отсутствуют достаточно эффективное законодательное и нормативное правовое обеспечение, а также практические механизмы

осуществления межведомственного взаимодействия между участниками реабилитационного и абилитационного процесса при реализации индивидуальных программ реабилитации, что приводит к ведомственной разобщенности и затруднениям при разработке, а также реализации межведомственного реабилитационного и абилитационного маршрутов» [8].

Анализ российских нормативных правовых документов в области комплексной реабилитации и абилитации позволяет научному сообществу актуализировать усилия по дальнейшей разработке проблемных зон, связанных с операционализацией основных понятий, специалистам - практикам – адекватно применять полученные учеными результаты в практической деятельности по формированию и восстановлению различных видов жизнедеятельности инвалида, ребенка-инвалида.

Литература

1. Гусейнова Г.М. Актуальные проблемы психолого-педагогической реабилитации детей, попавших в трудную жизненную ситуацию // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2014. № 41. С.51 – 56.
2. Дзусова Б.Т. Федеральный государственный образовательный стандарт как гарантия качества национального образования // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2020. Т. 8. №2 (29). С. 172-181.
3. Кантор В.З., Немирова Н.Н., Казанкин В.В. Психолого-педагогическая реабилитация как практика институционализированного сообщества инвалидов по зрению // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. 2020. № 2. С. 33–56.
4. Ликеева М.В., Васляева О.В. Медицинская и психолого-педагогическая реабилитация пациентов подросткового возраста // МедиАль. 2010. № 1. С. 44-49.
5. Меренков А. В., Осипова Е. А., Шарф А. С. Психолого-педагогическое сопровождение семей детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях реабилитационного центра // Перспективы науки и образования. 2019. № 6 (42). С. 360-371.
6. Приказ Минтруда РФ от 28 марта 2022 г. n 176 «Об утверждении методики определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности» [Электронный ресурс] // www.consultant.ru (дата обращения: 22.05.2022).
7. Профессиональный стандарт «Специалист по работе с семьей» (утв. приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 ноября 2013 г. N 683н) [Электронный ресурс] // mintrud.gov.ru (дата обращения: 22.03.2022 г.).
8. Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 N 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» [Электронный ресурс] // www.consultant.ru (дата обращения: 22.02.2023).
9. Федеральный закон №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // www.consultant.ru (дата обращения: 21.02.2023).

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ

Сафуанов Ф.С.^{1,2}

¹ ФГБУ НМИЦПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

² ФГОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

safuanovf@rambler.ru

Ключевые слова: медицинский психолог, клиническая психология, кабинет медико-психологического консультирования, профессиональный стандарт «Медицинский психолог».

REGULATORY AND LEGAL REGULATION OF THE ACTIVITIES OF MEDICAL PSYCHOLOGISTS

Safuanov F.S.^{1,2}

¹ FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

² FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

safuanovf@rambler.ru

Keywords: medical psychologist, clinical psychology, medical and psychological counseling office, professional standard "Medical psychologist".

Юрий Федорович Поляков – не только выдающийся отечественный психолог и ученый, но и организатор практической деятельности и образования медицинских (клинических) психологов. Значителен его вклад и в создание специальности «Клиническая психология» и стандарта университетской подготовки психологов по клинической психологии: он входил в состав Координационного совета по подготовке клинических (медицинских) психологов (Приказ Минздрава России от 26 марта 1999 года № 101), одной из задач которого была разработка изменений и дополнений в Государственные стандарты базового и последипломного образования по клинической (медицинской) психологии.

Должность медицинский психолог, участвующий в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи, была введена Приказом Минздравмедпрома России от 30.10.1995 № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи». Данным Приказом были утверждены тарифно-квалификационные характеристики по должности медицинский психолог, участвующий в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи, и Положение о медицинском психологе, участвующем в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи. В Постановлении Минтруда и соцразвития Российской

Федерации от 27.08.1997 № 43 «О согласовании разрядов оплаты труда и тарифно-квалификационных характеристик» утверждается уже должность медицинский психолог, без указания на участие в психиатрической и психотерапевтической помощи. Квалификационные требования к должности заключались в высшем психологическом образовании и дополнительном образовании по медицинской психологии.

Не осталась без внимания и проблема подготовки медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь. Приказом Минздрава России от 26.11.1996 № 391 утверждено Положение о подготовке медицинских психологов, в котором впервые вводилась додипломная подготовка не только в университетах и иных вузах, но и в медицинских вузах. Поскольку специальность в психологии была только одна – «Психология», дополнительная подготовка приобрела сложный характер. Для лиц, обучавшихся на факультетах медицинской психологии вузов, а также получивших подготовку по медицинской психологии университетов, последипломная подготовка осуществляется в очной и очно-заочной форме в течение не менее одного года. Для психологов, не имеющих подготовки по медицинской психологии, последипломная подготовка осуществляется в очно-заочной форме в течение 2 лет. Для лиц, имеющих основное высшее образование гуманитарного профиля и получивших 2 высшее образование по психологии на факультетах психологии университетов, последипломная подготовка осуществляется очно-заочно в течение 3 лет.

В 1997 г. в порядке эксперимента на базе Самарского и Курского государственных медицинских университетов была открыта подготовка в рамках специальности Лечебное дело по специализации Медицинская психология. Согласно Приказу Минобразования от 2.06. 1997 выпускникам присваивалась квалификация Практический медицинский психолог, и предполагалась не менее чем 2-летняя последипломная подготовка с целью получения сертификата с квалификацией Клинический (медицинский) психолог.

Однако такая система образования медицинских психологов не была реализована в полной мере, поскольку в 2008 г. Приказом Минобразования № 686 была введена специальность высшего профессионального образования 022700 Клиническая психология. Возникла необходимость переподготовки практически всех медицинских психологов, работающих в организациях Минздрава России. Согласно циркулярному письму Минздравмедпрома от. № 9858-ВС «О подготовке медицинских психологов» устанавливалось, что «Лица с высшим психологическим образованием, допущенные до 1997 года к работе на должности Медицинский психолог при наличии в 1997 году стажа работы в учреждениях здравоохранения по специальности Психология не менее 5 лет, могут продолжать работу на должности Медицинский психолог без соблюдения вышеуказанного

требования о дополнительном образовании по специальности Клиническая психология».

Впервые штатные нормативы медицинского психолога были введены приказом Минздравмедпрома России от 30.11.1995 № 294. Дальнейшее взаимодействие медицинского психолога с врачами-психотерапевтами определилось приказом Минздрава России от 16.09.2003 № 438: должность медицинского психолога устанавливалась не только в психотерапевтическом кабинете и психотерапевтическом отделении, но и в психотерапевтическом центре. Штатные нормативы были введены и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.05. 2000 № 165 «О медицинском психологе в судебно-психиатрической экспертизе».

Сейчас специализация профессиональной деятельности определяется Приказом Минздрава России от 14.11.2022 г. № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Должность медицинского психолога предусматривается почти во всех структурных подразделениях психоневрологического диспансера и психиатрической больницы.

С 1.07. 2023 вводится новое подразделение – кабинет медико-психологического консультирования при медицинских учреждениях (поликлиниках): в нем предусмотрена только ставка медицинского психолога – одна должность на 25 тыс. населения. Кабинет осуществляет функции клинико-психологической диагностики, консультирования, участия в оказании помощи лицам с психическими расстройствами, связанными со стрессом; направления лиц с признаками психических расстройств к психиатру. Большое значение придается взаимодействию медицинского психолога кабинета с общеобразовательными организациями, профессиональными образовательными организациями и организациями высшего образования, медицинскими организациями.

Должность медицинского психолога предусмотрена и в таких областях, как наркология, неврология, акушерство и гинекология, дерматовенерология, детская эндокринология, туберкулез, сердечно-сосудистые заболевания, ревматология, педиатрия, медицинская реабилитация взрослых и детей, санаторно-курортное лечение, паллиативная помощь.

Следует отметить тенденцию к закреплению обязательного участия медицинского психолога в определенных видах психиатрической деятельности – в судебно-психиатрической экспертизе (Приказ Минздрава России от 19.05. 2000 № 165) и при проведении медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием (Приказ Минздрава России от 26.11. 2021 № 1104н).

Перспективы повышения эффективности нормативно-правовой регуляции деятельности медицинских психологов связаны с принятием профессионального стандарта «Медицинский психолог». Это необходимо для оптимизации квалификационных характеристик должности

медицинского психолога; учета профессиональных компетенций при построении программ профессионального высшего и постдипломного образования по клинической психологии.

ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА: ВЫЯВЛЕНИЕ СКРЫТОГО

Степанчук Н.Н.

ГУ «Институт проблем искусственного
интеллекта», Донецк, ДНР, Россия

stepanchuk_natala@mail.ru

Ключевые слова: стресс, личность, среда, соответствие.

PREVENTION OF PROFESSIONAL STRESS: REVEALING THE HIDDEN

Stepanchuk N.N.

SI Institute of Problems of Artificial Intelligence, Donetsk, DPR, Russia

stepanchuk_natala@mail.ru

Keywords: stress, personality, environment, compliance.

Работа может способствовать формированию и развитию самоуважения, гарантировать социальную поддержку и материальное вознаграждение, быть одним из важнейших салутогенных факторов жизни человека. Это происходит, когда её требования выполнимы, когда работникам разрешено проявлять разумную степень автономии, когда организационный «климат» является дружественным и поддерживающим. Противоположные характеристики условий труда могут вызвать серьёзное ухудшение здоровья. Современная медицина признаёт, что многие опасные заболевания с кумулятивным, «накопительным» эффектом, могут быть вызваны или усугублены стрессом [3, с. 15]. Глубинный подход к изучению неочевидных и неосознаваемых латентных факторов, оказывающих влияние на различные аспекты физического и психического здоровья, значительно облегчает профилактику и раннее выявление профессионального стресса и его последствий.

Цель работы – описание концепции глубинного подхода при раннем выявлении предпосылок возникновения профессионального стресса.

Э. Артур (2005) утверждает, что термин «стресс» «имеет так много разных значений, что это сбивает с толку, он неуловим и на слуху так часто, что его значение часто искажается, а последствия воспринимаются как должное» [5]. В 1920-х годах термин «стресс» ввёл в медицину физиолог У. Кеннон. Разработал концепцию стресса Г. Селье (1936), предложив две

идеи: организм демонстрирует похожий набор реакций на очень широкий спектр стрессоров; если действие стрессоров продолжается слишком долго, это может привести к физическим заболеваниям [3, с.21]. Позже он описывал феномен «стресса», обращая внимание на «скорость изнашивания организма» [8, с. 3].

Профессиональный стресс определяется как «эмоциональная, когнитивная, поведенческая и физиологическая реакция на неприятные и вредные аспекты работы, рабочей среды и организации труда. Это состояние, характеризующееся высоким уровнем возбуждения и дистресса, а также часто повторяющимся ощущением неспособности справиться (с задачей. – Прим.авт.)» [2]. Так, например, стресс работников здравоохранения ведёт к возникновению нежелательных эффектов в профессиональной деятельности, увеличивается количество ошибок при назначении терапии [2, с. 3]. Врачи могут стремиться покинуть рабочее место как можно скорее, могут прилагать минимальные усилия к тому, чтобы выслушать пациента. Это напрямую приводит к ослаблению комплаенса, снижению удовлетворённости качеством лечения. Считается общепринятым и нормальным, что медработники не позволяют себе выделять время для отдыха и ухода, что создаёт ситуацию отчуждения, воспринимаемую абсолютно «естественной» частью их профессионального выбора, восходящей к историческим описаниям самоотречения. Возникающее чувство раздражения и разочарования вынуждает врача чувствовать себя стеснённым внешними факторами, отдаляя его от личных и профессиональных идеалов [2, с. 5-6]; вызывает сомнения в правильности выбора профессии, её соответствии индивидуальным потребностям и особенностям.

Теории стресса признают важность характеристик как личности, так и среды в понимании причин и последствий стресса. Фундаментальная идея «соответствия личности и среды» («person-environment fit» – PE-fit, French, 1974) состоит в том, что по своим качествам некоторые люди лучше подходят для одних условий, чем для других. Адекватность индивида окружающей профессиональной среде влияет на мотивацию человека, его поведение, общее психическое и физическое здоровье, при этом индивид может соответствовать или не соответствовать важнейшим характеристикам и требованиям организационной (корпоративной) среды [6, 7].

Если существует соответствие между характеристиками сотрудника и среды, его функционирование в организации облегчается: люди находят смысл в работе, удовлетворяют свои биологические и психологические потребности, резонирующие с личными ценностями и интересами, составляющими основу самооценки, идентичности и положения в обществе (Робертс, Робинс, 2004). В случае несоответствия человек может страдать от дезадаптации, что создает напряжение как на его стороне (неудовлетворённость работой, дискомфорт, стресс), так и на стороне среды (снижение производительности, временная

нетрудоспособность, прогулы, инвалидность, текучесть кадров) [6, с. 3].

Частным случаем подхода PE-fit, по мнению Дж. Ланг и коллег (2020), является модель дисбаланса усилий-вознаграждений («effort-reward imbalance» – ERI, Siegrist, 2006), основанная на принципе обмена и учитывающая индивидуальные различия людей. Приложенные к работе усилия являются частью социального контракта, условия которого предполагают достаточное вознаграждение (оплата, признание, продвижение по службе). Если человек ощущает дисбаланс между большими усилиями и низким вознаграждением, это приведёт к стрессу и эмоциональному истощению. Особенно страдают те, кто имеет ограниченные ресурсы для преодоления трудностей или высокий уровень приверженности к работе [9].

Известен факт, что «в медицине, как и в науке, власть даётся старшим, и это открыто признаётся. Если ты не следуешь за стадом, ты будешь изгоем, и точно так же, как на школьной площадке, ты будешь объектом оскорблений». Японская пословица гласит: «Торчащий гвоздь забивают».

Когда дело доходит до появления симптомов профессионального стресса, врачи либо слишком заняты, чтобы их замечать, либо слишком стойчески переносят их, либо пытаются справиться с ними самостоятельно, опасаясь обвинений в слабости и некомпетентности. Имея лёгкий доступ к вызывающим привыкание болеутоляющим средствам, врачи нередко прибегают к самолечению в попытке улучшить самочувствие или ослабить последствия стресса. Проявление эмоций, обсуждение личных проблем в медицинской среде считается непрофессиональным поведением, поэтому проблемы «запираются» внутри человека, вызывая депрессивные реакции, а иногда и суицидальные мысли.

Тем не менее, существует множество методик оценки стрессовых состояний. Чаще всего это психофизиологические пробы и стандартизированные опросники и тесты, которые исключают индивидуальный подход к испытуемым во время тестирования, а у людей с пониженной стрессоустойчивостью могут вызвать определённые нарушения саморегуляции. Часты случаи, когда испытуемые опасаются социального неодобрения, не желают признавать у себя сильные негативные эмоции или не в состоянии осознать их наличие. Такого рода обман или «самообман не смогут обнаружить даже подробнейшие анкеты; чтобы выявить его, психологи традиционно полагаются на менее структурированные, более свободные (проективные. – Прим. авт.) тесты (типа «Что вы видите на этом рисунке?») [3, с. 378].

По мнению Л. Э. Абта, «личность, изучаемую проективными способами, считают процессом, на который постоянно влияют взаимодействия индивида с собственной физической и социальной средами, с одной стороны, и состояние, и сила его потребностей с другой. <...> И физическая, и социальная реальности изменяются для индивида таким образом, как это

продиктовано его системами потребностей и ценностей, и здесь приобретает важность представление индивида о его взаимосвязи с физической и социальной средами» [1, с. 38-39]. В рамках теории RE-fit измерение потребностей представлено в терминах «количество, частота или интенсивность, а не важность измерения» [7, с. 18]. По предположению Дж. Эдвардса (1990), для количественной оценки параметров соответствия человека и среды необходимы эквивалентные шкалы, использующие одни и те же метрики и словесные якоря [7, с. 42] (ключевые слова. – Прим. авт.), выявление которых возможно при интеллектуальной обработке проективной продукции, представленной в виде текста.

Примером реализации предложенного подхода к определению соответствия личности и профессиональной среды, и в частности – к выявлению и измерению потребностей личности, служит разработанная автором модельная проективная методика с компактным набором визуального стимульного материала и простой инструкцией. Реакция, ответ соискателя на задания проективной методики представляет собой структурированный текст, включающий самые разнообразные элементы [4, с. 204-205].

Предложенный подход реализует функции двойного кодирования – наличия нескольких смыслов: «верхнего», «поверхностного», очевидного и общедоступного кода и скрытого глубинного, интеллектуального, подтверждающего компетентность «декодера». Полученная проективная продукция позволяет сконструировать информационно-поисковые тезаурусы, предназначенные для алгоритмизации процедур профессионального отбора (отсева, скрининга), что позволяет:

- улучшить организационное соответствие на ранних этапах цикла занятости и повысить уровень контекстуальной производительности (действия, которые вносят вклад в социальное и психологическое ядро организации, например помощь коллегам) по сравнению с выполнением задач (действия, которые способствуют укреплению технического ядра организации) [6, с. 9];
- предотвратить пагубное влияние хронического стресса, вызванного низким уровнем соответствия человека и среды, и всевозможных тяжёлых психологических реакций, включая отчуждение, деперсонализацию, эмоциональное истощение, цинизм и тревогу [6, с. 11].

Технологии искусственного интеллекта обеспечивают более быструю, полную и глубокую обработку неструктурированных текстовых данных, полученных в качестве результата проективного тестирования.

Литература

1. Беллак, Л. Проективная психология / Л. Беллак, Л. Абт. и др. – М.: Психотерапия, 2010. – 416 с.
2. Котова, О. В. Стресс у медицинских работников. Пути преодоления / О. В. Котова // Стресс под контролем. – 2017. – № 1. – С. 3-9.
3. Сапольски, Р. Почему у зебр не бывает инфаркта. Психология стресса / Р. Сапольски. – СПб.: Питер, 2019. – 480 с.

4. Степанчук, Н. Н. Искусственный интеллект и мультимодальный подход к интервьюированию соискателей в задачах профессионального отбора // Новые информационные технологии и системы : сб. науч. ст. по материалам XIX Межд. научно-техн. конференции. – Пенза: ПГУ, 2022. – С. 202-207.
5. Arthur, A. R. When stress is mental illness: A study of anxiety and depression in employees who use occupational stress counselling schemes / A. R. Arthur // *Stress and Health*. – 2005. – N 21(4). – P. 273-280.
6. Cooman, R. D. Person-Environment Fit: Theoretical Perspectives, Conceptualizations, and Outcomes / R. D. Cooman, W. Vleugels // *Business and Management*. – 2022. – P. 1-28.
7. Edwards, J. R. Person-Environment Fit Theory: Conceptual Foundations, Empirical Evidence, and Directions for Future Research / J. R. Edwards, R. D. Caplan, R. V. Harrison – In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress*, 1998. – P. 28-67.
8. Guidance on work-related stress «Spice of Life – or Kiss of Death?» / *Employment & social affairs. Health and safety at work*, 1999. – 105 p.
9. Lang, J. Metodological and conceptual issues in studying effort-reward fit / J. Lang, S. Van Hoek, J. M. Runge // *Journal of Managerial Psychology*. – 2020. – P. 1-32.

Научное издание

*Материалы всероссийской научно-практической
конференции с международным участием
23–24 марта 2023 года*

ПОЛЯКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ 2023
ТРЕТЬИ ПОЛЯКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ
ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
(К 95-ЛЕТИЮ Ю. Ф. ПОЛЯКОВА)

Под редакцией:

Кандидата психологических наук, доцента Н.В. Зверевой
Кандидата психологических наук, доцента И.Ф. Рожиной

Верстка – М.В. Зверева

ФГБОУ ВО «Московский государственный
психолого-педагогический университет»

Адрес: 127051, Москва, ул. Сретенка, д. 29

www.mgppu.ru

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Адрес: 115522, Москва, Каширское шоссе, 34

www.psychiatry.ru